



Sílvia Cardoso Madureira

**OBESIDADE INFANTIL: UM PROBLEMA NÃO PERCEBIDO PELOS PAIS
ESTUDO DA PERCEÇÃO MATERNA SOBRE O ESTADO NUTRICIONAL E
COMPORTAMENTO ALIMENTAR DOS FILHOS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

2011

Universidade Do Porto
Faculdade De Psicologia E De Ciências Da Educação

OBESIDADE INFANTIL: UM PROBLEMA NÃO PERCEBIDO PELOS PAIS
ESTUDO DA PERCEÇÃO MATERNA DO ESTADO NUTRICIONAL E DO
COMPORTAMENTO ALIMENTAR DOS FILHOS

Sílvia Cardoso Madureira

Outubro, 2011

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade
do Porto, orientada pela Professora Doutora Sandra Torres
(F.P.C.E.U.P.).

Resumo

A obesidade atinge crianças, adolescentes e adultos em todo o mundo. Actualmente, é encarada como um grande problema de saúde da sociedade globalizada, devido à sua elevada prevalência e relacionamento com diversas doenças físicas e perturbações do foro psicológico. A obesidade pode ser considerada como o resultado de múltiplas interacções nomeadamente, entre componentes genéticas, metabólicas, sociais, económicas e psicológicas. O sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, bem como, a errada percepção parental do estado nutricional dos filhos são alguns dos factores que podem contribuir para o desenvolvimento de excesso de peso e de obesidade na população infantil.

Atendendo a estes factores, este estudo pretendeu aprofundar a análise da percepção materna do peso dos filhos. Especificamente, procurou-se 1) descrever a prevalência de excesso de peso e obesidade; 2) verificar se as mães percebem correctamente ou incorrectamente o peso dos filhos; 3) verificar se factores como o sexo e idade dos filhos e o peso das próprias mães estão associados à percepção errada do peso dos mesmos e 4) analisar se o comportamento alimentar dos filhos varia em função, tanto da percepção materna sobre o peso dos filhos, como do peso real destes.

Neste estudo participaram 560 mães e respectivos filhos, com idades compreendidas entre 2 e 8 anos. Os resultados obtidos sugerem que as mães não reconhecem o excesso de peso e obesidade dos filhos. Contudo, identificaram comportamentos alimentares promotores de excesso de peso. Verificou-se ainda, que o comportamento alimentar de crianças difere consoante os estatutos de peso. Os resultados encontrados vão ao encontro da teoria revista e reforçam a necessidade para as intervenções de prevenção da obesidade, nesta faixa etária, terem como objectivo de primeira linha, consciencializar as mães para o estado de peso dos filhos, visando mudanças nos hábitos de vida; orientadas para um comportamento alimentar mais saudável e actividade física regular.

Abstract

Obesity affects children, adolescents and adults all over the world. Nowadays, it is seen as a major health problem for the global society, due to its high prevalence and relationship with various physical ailments and psychological disturbances. Obesity can be considered as a result of multiple interactions such as those found between genetic, metabolic, social, economic and psychological components. The sedentary behavior, the inadequate dietary habits from parents, as well as the wrong parental perception of their children's nutritional status, are some of the factors that may contribute to the development of overweight and obesity in children.

Given these factors, this study sought to deepen the analysis of maternal perception of their children's weight. Specifically, we sought to 1) describe the prevalence of overweight and obesity, 2) verify if mothers do rightly or wrongly perceive their children's weight, 3) determine whether factors such as sex and children's age and their mother's own weight are associated with the wrong perception of their weight and 4) analyze if their children's eating behavior varies depending on both maternal perception of their children's weight and their actual weight.

This research studied 560 mothers and their children aged between 2 and 8 years. The results suggest that mothers do not recognize overweight and obesity among their children. However, they identified eating behaviors capable of promoting overweight. It was also found that children's eating behavior differs according to their weight statute. The results are in line with the revised theory and reinforce the need for interventions to prevent obesity in this age group in which the main objective is the mother's raise awareness for the children's weight status, seeking changes in lifestyle oriented to a healthy eating behavior and a regular physical activity.

Résumé

L'obésité atteint les enfants, les adolescentes et les adultes dans tout le monde. Actuellement, l'obésité est vue comme un grand problème de santé de la société en général, en raison de sa forte prévalence et de sa relation avec de diverses maladies physique et des perturbations du plan psychologique. L'obésité peut être considéré comme étant un résultat de multiples interactions, notamment, entre les composants génétiques, métaboliques, sociales, économiques et psychologiques. Le sédentarisme, les habitudes alimentaires inappropriées, ainsi que les perceptions erronées parentales de l'état nutritionnel des enfants sont quelques-uns des facteurs qui peuvent contribuer au développement de l'excès de poids et de l'obésité dans la population infantile.

Compte tenu de ces facteurs, cette étude a prétendu approfondir l'analyse de la perception maternelle du poids des enfants. Plus spécifiquement, on a cherché à : 1) décrire la prévalence de l'excès de poids et de l'obésité ; 2) vérifier si les mères perçoivent correctement ou incorrectement le poids de leurs enfants ; 3) vérifier si les facteurs comme le sexe et l'âge des enfants et le poids des propres mères sont liés à la perception erronées du poids de ceux-ci ; 4) analyser si le comportement alimentaire des enfants varie en fonction de la perception maternelle sur le poids des enfants ainsi comme du poids réels de ceux-ci.

Ont participé à cette étude 560 mères et respectifs enfants, âgé de 2 à 8 ans. Les résultats obtenus suggèrent que les mères ne reconnaissent pas l'excès de poids et l'obésité des enfants. Cependant, on a identifié des comportements alimentaires de promotion de l'excès de poids. On a aussi vérifié que le comportement alimentaire des enfants diffère selon le statut de leurs poids. Les résultats sont d'accord avec la théorie révisée et renforcent le besoin d'intervention dans la prévention de l'obésité, dans ce groupe d'âge, en tenant compte comme objectif de première ligne, la sensibilisation des mères à l'état de poids de leurs enfants, visant le changement d'habitude de vie; orientée vers un comportement alimentaire plus sains et une activité physique régulière.

Agradecimentos

Este espaço é dedicado àqueles que directa ou indirectamente contribuíram para a realização desta dissertação. A todos eles deixo aqui o meu agradecimento sincero.

Agradeço à minha orientadora de mestrado, Professora Doutora Sandra Torres, por todo o conhecimento transmitido, pelas sugestões úteis e pela disponibilidade constante em todas as fases que levaram à concretização deste trabalho.

Gostaria de agradecer à Professora Doutora Susana Vale por ter disponibilizado a sua amostra de tese de doutoramento, pela cooperação e informação transmitida.

Às minhas amigas, com quem partilhei momentos únicos ao longo de todo o percurso académico, agradeço a amizade e apoio inestimável que me dedicaram. Um agradecimento especial à Ida pela partilha de desabafos e dúvidas ao longo deste trabalho.

Agradeço ao João por sempre me ter apoiado e acreditado nas minhas capacidades, pela paciência e pela constante presença.

À minha família, em especial à minha mãe, o meu maior agradecimento, por estar sempre disponível e por me ter transmitido as bases para crescer e me tornar naquilo que hoje sou.

Índice Geral

Resumo	II
Abstract	III
Résumé	IV
Agradecimentos	V
Índice Geral	1
Índice de Quadros	3
1. Introdução	4
2. Enquadramento Teórico	5
2.1 Obesidade	5
2.1.1 Definição	5
2.1.2 Diagnóstico, classificação e avaliação.	5
2.1.3 Epidemiologia.....	6
2.1.4 Etiologia	9
2.1.5 Comorbilidades.....	14
2.1.6 Impacto psicológico e social	14
2.2 Percepção Materna de Excesso de Peso e de Obesidade dos Filhos	17
2.3 Factores Associados aos Erros de Percepção Materna do Peso dos Filhos	19
3. Pertinência do Estudo e Objectivos	23
4. Método	24
4.1 Participantes	24
4.2 Material	24
4.3 Procedimento.....	25
5. Resultados	27
5.1 Análise da prevalência de excesso de peso e obesidade dos participantes	27
5.2 Análise comparativa entre a percepção materna do peso dos filhos e o peso real	27
5.3 Análise dos factores associados aos erros de percepção materna do peso dos filhos	29

5.4 Efeito da percepção das mães sobre o peso dos filhos na variação da avaliação do comportamento alimentar dos mesmos	31
5.5 Efeito do peso real dos filhos na variação da avaliação das mães do comportamento alimentar dos mesmos	33
6. Discussão	36
6.1 Análise da prevalência de excesso de peso e obesidade dos participantes	36
6.2 Análise comparativa entre a percepção materna do peso dos filhos e o peso real	36
6.3 Análise dos factores associados aos erros de percepção materna do peso dos filhos	39
6.4 Efeito da percepção das mães sobre o peso dos filhos na variação da avaliação do comportamento alimentar dos mesmos	40
6.5 Efeito do peso real dos filhos na variação da avaliação das mães do comportamento alimentar dos mesmos	41
7. Conclusão	43
Referências	45

Índice de Quadros

Tabela 5.1.1: Descrição do estado de peso dos participantes	27
Tabela 5.2.1: Análise comparativa entre a percepção materna - avaliação da escala verbal - e o peso real dos filhos	28
Tabela 5.2.2: Análise comparativa entre a percepção materna - avaliação da escala visual - e o peso real dos filhos	28
Tabela 5.3.1: Análise comparativa entre a percepção materna (escala verbal) e o sexo dos filhos	29
Tabela 5.3.2: Análise comparativa entre a percepção materna (escala visual) e o sexo dos filhos	29
Tabela 5.3.3: Análise comparativa entre a percepção materna (escala verbal) - e a idade dos filhos	30
Tabela 5.3.4: Análise comparativa entre a percepção materna (escala visual) - e a idade dos filhos	30
Tabela 5.3.5: Análise comparativa entre a percepção materna (escala verbal) e o peso das mães	30
Tabela 5.3.6: Análise comparativa entre a percepção materna (escala visual) e o peso das mães	31
Tabela 5.4.1: Diferenças nas sub-escalas do CEBQ em função da percepção verbal do peso dos filhos.....	32
Tabela 5.4.2: Diferenças nas sub-escalas do CEBQ em função da percepção visual do peso dos filhos.....	33
Tabela 5.5.1: Diferenças nas sub-escalas do CEBQ em função do peso real das crianças.....	34
Tabela 5.5.2: Comparações <i>post-hoc</i> entre os grupos de peso dos filhos nas sub-escalas do CEBQ.....	35

1. Introdução

A obesidade é um problema tão antigo quanto os primeiros passos do ser humano na terra. Em algumas sociedades, a obesidade chegou a ser considerada como um símbolo de saúde, fertilidade e de beleza (Strauss, 2000). Porém, actualmente a obesidade é um complexo e comum problema alimentar (Flamenbaum, 2006) que ameaça à saúde pública e afecta toda a população, em qualquer idade (Barros, 2004; Sousa, Loureiro & Carmo, 2008; Wang & Lobstein, 2006), mas em especial as crianças, uma vez que compromete o seu funcionamento e desenvolvimento saudável futuro.

A sua associação a elevadas complicações físicas, psicossociais e a altas taxas de mortalidade, justifica a necessidade de estudos que promovam a sua compreensão. A obesidade infantil têm sido objecto de discussão cada vez mais frequente, quer no campo médico-científico, quer nos meios de comunicação, ultrapassando as fronteiras dos círculos de especialistas. Ao nível da investigação, uma das áreas que tem sido objecto de estudo relaciona-se com a percepção que as mães têm sobre o peso dos filhos. Vários autores verificaram que a ocorrência de erros na percepção materna está especialmente associada ao estatuto de excesso de peso e obesidade dos filhos (Baughcum, Chamberlin, Deeks, Power & Whitaker, 2000). Contudo, os trabalhos desenvolvidos neste âmbito são todos eles realizados no estrangeiro, sendo fundamental aprofundar o estudo da percepção materna do peso dos filhos na população portuguesa, visto que o excesso de peso e obesidade têm vindo a aumentar em Portugal, em particular nas crianças e adolescentes (Direcção-Geral de Saúde (DGS), 2005) e pela influência da gastronomia portuguesa e da cultura que fomenta a ideia de que as crianças são mais saudáveis e bonitas se forem mais “gordinhas”.

Neste sentido, o presente trabalho está organizado em duas partes distintas. A primeira, dedicada ao enquadramento teórico do tema da dissertação, destina-se a uma conceptualização teórica sobre a obesidade infantil; a percepção materna sobre o peso dos filhos e ainda sobre os factores que influenciam essa percepção. A segunda parte, dedicada ao estudo empírico, destina-se à explanação do estudo desenvolvido, isto é, primeiramente pretende descrever o método utilizado para a concretização deste estudo, prosseguindo-se com a análise dos resultados obtidos, tendo por base os objectivos delineados. Posteriormente segue-se a discussão dos resultados e finaliza-se com a conclusão, na qual se sistematiza uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido, e com algumas sugestões para futuros trabalhos de investigação nesta área.

2. Enquadramento teórico

2.1 Obesidade

2.1.1 Definição

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a obesidade é definida como uma doença na qual o excesso de gordura corporal, resultante de sucessivos balanços energéticos positivos, ou seja, a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia dispendida, é acumulado de tal forma que a saúde pode ser fortemente afectada. Trata-se de uma doença crónica incapacitante com génese multifactorial, associada à morbidade e mortalidade e atinge a população tanto em idades precoces como mais avançadas (World Health Organization, WHO, 2000).

Estima-se que a obesidade seja à escala mundial, a segunda causa de morte passível de prevenção (depois do tabagismo) (DGS, 2005). Sendo a sua prevalência a nível mundial tão elevada, a OMS considerou esta doença como a “epidemia global do século XXI” (WHO, 2000).

2.1.2 Diagnóstico, classificação e avaliação

A classificação de obesidade em idade pediátrica não é fácil, dadas as características dinâmicas dos processos de crescimento e maturação das crianças, isto é, pelo facto da altura e da composição corporal das crianças estarem em constante alteração, sendo que estas podem ocorrer em diferentes taxas e momentos entre populações diferentes. Por esta razão, não existe um critério consensualmente aceite para a classificação de excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes (Cole, Bellizzi, Flegal, & Dietz, 2000).

No adulto, um valor de Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou superior a 25 kg/m^2 e um valor de IMC igual ou superior a 30 kg/m^2 são reconhecidos pela OMS como sendo as definições de pré-obesidade e obesidade, respectivamente (WHO, 2000).

No entanto, na criança e no adolescente, com velocidades de crescimento que registam, em ambos os sexos, uma enorme variabilidade inter e intra-individual, tal associação não foi ainda provada (*ibidem*). De salientar, que a massa gorda responsável pelo aumento de peso, sofre inúmeras variações durante o crescimento, sendo diferente consoante

o género (Cole et al., 2000). Deste modo, torna-se fundamental estabelecer um intervalo de valores relacionado com a idade e com o género que permita identificar e definir excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes (Sousa et al., 2008).

De acordo com a literatura existem diferentes métodos que permitem realizar a avaliação nutricional da criança (Rito & Anjos, 2002). Assim, uma das metodologias de avaliação mais utilizada é o uso de tabelas de percentis que relacionam o peso e a altura com a idade das crianças, obtendo-se uma tabela de percentis para o IMC. Nestas tabelas, os valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 85 e inferiores ao percentil 95 permitem fazer o diagnóstico de pré-obesidade, enquanto os valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 95 perfazem o diagnóstico de obesidade (Cole et al., 2000; DGS, 2005; Krebs et al., 2007).

No entanto, mesmo que se considere o IMC um indicador válido para a detecção do risco e presença de obesidade em crianças e adolescentes é necessário ter em conta que o seu uso exclusivo apresenta algumas limitações, pois apesar de ter uma elevada especificidade, na medida em que identifica correctamente não-obesos, apresenta uma sensibilidade variável nesta faixa etária, designadamente, na identificação de crianças e adolescentes verdadeiramente obesos (Cole et al., 2000; Tremblay & Willms, 2000). Assim, para a avaliação da presença de pré-obesidade e obesidade em crianças e adolescentes é importante recolher informações complementares como a história clínica da criança ou adolescente com obesidade, nomeadamente, sobre os antecedentes pessoais e familiares, bem como dados comportamentais referentes ao estilo de vida, tais como: os níveis de actividade física/sedentarismo e hábitos alimentares (Cole et al., 2000; Krebs et al., 2007).

2.1.3 Epidemiologia

A epidemiologia da obesidade tem como finalidade definir a frequência, a distribuição e determinantes da obesidade na população (Burniat, Cole, Lissau, & Poskitt, 2002).

Todos os dados relativos à prevalência de excesso de peso e obesidade indicam para um aumento em todo o mundo a um ritmo alarmante, sobretudo, em países desenvolvidos, mas também em países em desenvolvimento (OMS, 2003). Além disso, a obesidade atinge homens e mulheres de todas as raças e idades (OMS, 2003; Yang, Kelly & He, 2007). Estima-se que, se não se tomarem medidas drásticas para prevenir e tratar esta doença, mais de 50% da população mundial será obesa em 2025 (WHO, 2000).

A *International Obesity Task Force* (IOFT) estima que existem 320 milhões de obesos adultos no mundo inteiro e que 750 milhões estão com excesso de peso (IOTF, 2004). Relativamente à população infantil, 1 em cada 10 crianças apresentam excesso de peso e aproximadamente 30 a 45 milhões são obesas (*ibidem*).

De acordo com os dados da OMS (2003) a tendência da obesidade em crianças e adolescentes é especialmente inquietante, pois a taxa anual de aumento da prevalência de obesidade infantil tem crescido de forma constante e a taxa actual é 10 vezes superior à da década de 1970. Mais de 60% das crianças estão acima do peso antes da puberdade e apresentam grande vulnerabilidade de ter excesso de peso na idade adulta.

Nos EUA a prevalência da obesidade tem aumentado nas últimas décadas. Verificou-se que entre 1960 e 1962, a prevalência de adultos obesos era de 13,4%, tendo aumentado para 14,5% entre 1971 e 1974; aumentou 15% entre 1976 e 1980; 23,3% entre 1988 e 1994 e sofreu um acréscimo de 30,9% entre 1999 e 2000. A pré-obesidade e a obesidade são neste país, responsáveis por 14% das mortes por cancro no homem e por 20% das mortes por cancro na mulher (DGS, 2005).

Na Europa há uma grande variabilidade na prevalência de excesso de peso e de obesidade. Porém, esta doença triplicou nos últimos vinte anos (Currie et al., 2004), verificando-se que nesta neste continente, a obesidade é a epidemia em maior crescimento, afectando cerca de 10 a 40% da população adulta (DGS, 2005). De referir que na Europa 14 milhões e 3 milhões de crianças têm excesso de peso e obesidade, respectivamente (IOTF, 2004). No que concerne a faixas etárias, aos 13 anos a prevalência varia entre 3% e 35% e aos 15 anos, varia entre 5% e 28%, com maior prevalência nos rapazes do que nas raparigas em todos os países da Europa, excepto na Irlanda onde se verificou o contrário. Dos 32 países da Europa que fizeram parte do estudo, Portugal é o quinto país com maior prevalência de obesidade aos 13 anos em ambos os sexos e o oitavo e décimo nono país com maior prevalência aos 15 anos, para rapazes e raparigas, respectivamente (WHO, 2007). Os países do sul da Europa apresentam um maior aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças em comparação com o Norte (20-30% versus 10-20%) (IOTF, 2004).

De salientar ainda, que o relatório da *Internacional Life Sciences Institute Europe* aponta para níveis de prevalência de obesidade entre crianças jovens (abaixo dos 5 anos) são relativamente baixos (resultados de 1 a 4%), quando comparados com crianças mais velhas (7 a 11 anos – relatos de 2 a 23%) e adolescentes (12 a 18 anos – reportaram valores entre 2 a 29%). Demonstra ainda, que em alguns estudos as diferenças de género foram inconsistentes (Hedley et al., 2004).

De facto, nos países industrializados a pré-obesidade e a obesidade constituem a perturbação nutricional mais frequente em crianças e adolescentes (Kotani, Nishida, Yamashita, Funahashi & Fujioka, 1997). No entanto, este desequilíbrio alimentar também se verifica em países em desenvolvimento (Burniat et al., 2002), nomeadamente, na Tailândia e na Arábia Saudita (Wang et al., 2006).

Em Portugal mais de 50% da população adulta sofre deste grave problema de saúde pública. Carmo et al. (2006) verificou no seu estudo, que entre 1995 e 1998 quase metade da amostra (49.6%) tinha excesso de peso ou obesidade. Sendo que, os valores eram mais elevados no sexo masculino do que no sexo feminino (41.1% e 30.8%, respectivamente). Do mesmo modo, entre 2003 e 2005 evidenciou um aumento de excesso de peso e obesidade relativamente ao estudo anterior (de 49.6% para 52.4%), mantendo-se a tendência de uma maior prevalência entre o sexo masculino (59.5% comparativamente com 47.2% observado no sexo feminino) (Carmo et al., 2006).

Relativamente à população portuguesa com idades compreendidas entre 2 e 15 anos de idade, Moreira (2007) demonstrou no seu estudo, que em crianças entre 3 e 5 anos de idade, o excesso de peso atingiu 13.6% nos rapazes e 20.4% nas raparigas e a obesidade variou entre 6.5% e 6.9%, respectivamente. Entre 6 e 10 anos de idade a prevalência de excesso de peso nos rapazes variou entre 14.7% e 30.5% e a obesidade entre 5.3% e 13.2%; por sua vez, nas raparigas os valores de excesso de peso variaram de 16.5% a 29.1% e obesidade de 6.4% a 12.6%. O estudo avaliou ainda, adolescentes com 13 e 14 anos. Nos rapazes, a prevalência de excesso de peso foi de 16.9%, e a prevalência de obesidade foi de 11.3%; nas raparigas, o excesso de peso foi de 16.0% e o percentual de obesidade foi de 9.2% (Moreira, 2007).

De um modo global, estes resultados apontam para pouca variação da prevalência de excesso de peso e obesidade consoante o género e as idades das crianças. Não obstante, os valores indicam que a prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes portugueses pode ser considerada preocupante.

Resultados preocupantes obtiveram também Vale et al. (2011) num estudo com crianças entre os 3 e 6 anos da área metropolitana do Porto. Os autores verificaram uma prevalência de excesso de peso e obesidade de 33.1%, tendo sido significativamente maior em meninas (37.2%) do que em rapazes (29.6%) (Vale et al., 2011).

Outra pesquisa realizada por Padez et al. (2004), com crianças portuguesas entre os 7 e os 9 anos, no período de 1970 a 2002, demonstrou que a prevalência de excesso de peso e de obesidade foi de 20.3% e 11.3%, respectivamente. As crianças do sexo feminino apresentaram valores superiores aos do sexo masculino. Similarmente, Campos et al. (2007)

verificaram no seu estudo realizado em Bragança, com 226 crianças dos 6 aos 9 anos de idade, que 21.68% apresentaram excesso de peso e 11.06% obesidade (Padez, Fernandes, Mourão, Moreira & Rosado, 2004).

Existem no entanto, disparidades a nível regional quanto à prevalência da pré-obesidade e obesidade. No interior norte e centro do país, verifica-se a maior prevalência de pré-obesidade, e em Setúbal e Alentejo destaca-se a maior prevalência de obesidade (DGS, 2005). Portanto, de acordo com vários autores é esperado que nestas regiões também haja uma maior prevalência do excesso de peso e obesidade nas crianças visto que para tal, influenciam entre outros factores, os hábitos alimentares dos pais e factores genéticos (Ferreira & Marques-Vidal, 2008; Ogden, 2004; Rhee, Lago, Arscott-Mills, Mehta & Davis, 2005; Singhal, Schwenk & Kumar, 2007; Strauss & Knight, 1999).

Por outro lado, os portugueses mais escolarizados apresentam cerca de metade da prevalência de pré-obesidade e um quarto da prevalência de obesidade, quando comparados com os de baixa escolaridade. A prevalência da obesidade é também mais elevada nas classes sociais mais desfavorecidas. Além disso, as actividades sedentárias e o grau de urbanização do local de residência influenciam também, a prevalência da obesidade (Carmo et al., 2008; DGS, 2005). Contrariamente, em França, tanto em 2000 como em 2007 verificou-se que o risco de crianças entre os 7-9 anos de idade estarem com excesso de peso ou obesidade foi significativamente menor para as crianças cujos pais ocupavam altos cargos profissionais, contra as categorias profissionais menos privilegiadas (Salanave, Peneau, Rolland-Cachera, Hercberg & Castetbon, 2007). Neste estudo constatou-se, para além de uma associação entre a prevalência e o estatuto socioeconómico, uma estabilização da prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças, entre 2000 e 2007 (18.1% e 3.8%; 15.8% e 2.8%, respectivamente) (*ibidem*).

Desta forma, a tendência crescente da prevalência do excesso de peso e de obesidade revelam a importância de um maior empenho a nível mundial para a construção de políticas de saúde, nomeadamente, estratégias de prevenção e intervenção precoce. (Nobre, Jorge, Macedo e de Castro, 2004).

2.1.4 Etiologia

O termo obesidade provém do latim *obesus*, derivado das raízes *ob* - “acima”, e *edere* - “comer”. Esta definição pressupõe que a obesidade seja uma entidade única resultante de

uma causa também ela única: “comer em excesso” (Straub, 2005). No entanto, esta visão simplista deixa muito por explicar sobre a etiologia da obesidade.

De acordo com Mendes e Barros (2004, p. 284) “Considera-se hoje, o pressuposto de que existem outros factores associados à obesidade, quer na constituição da doença, ou na convivência com a mesma. Isto significa dizer que a obesidade se situa hoje, além do paradigma entre saúde e doença.”.

Vários estudos epidemiológicos fornecem evidências sobre a etiologia do excesso de peso na população (Seidell & Flegal, 1997). Ora, de acordo com vários autores a etiologia da obesidade é multifactorial, isto é, pode surgir da interacção e combinação de factores genéticos, metabólicos, ambientais, comportamentais, psicológicos (Ogden, 2004; Salim & Bicalho, 2004; Singhal et al., 2007; Strauss & Knight, 1999; WHO, 2000; Yang et al., 2007), socioeconómicos (Garn, Bailey, Solomon, & Hopkins, 1981; Margarey, Daniels, Boulton & Cockington, 2001; Salanave et al., 2009) e demográficos (Seidell & Flegal, 1997). Os mecanismos que levam a este processo de aumento do tecido adiposo são complexos (WHO, 2000, Yang et al., 2007), sendo os dados da literatura em relação à acção desses factores ainda conflitantes (Oliveira, Cerqueira, Souza & Oliveira, 2003).

Os factores genéticos dizem respeito à influência da hereditariedade na génese e desenvolvimento da obesidade. De acordo com Margarey et al. (2001) os factores genéticos têm acção permissiva para que os factores ambientais possam actuar, como se criassem um “ambiente interno” favorável ao desenvolvimento de excesso de peso e obesidade.

Os estudos que apontam para o papel de factores biológicos no desenvolvimento de obesidade, referem-se aos casos em que o peso é uma característica familiar e a possibilidade de uma criança ter excesso de peso relaciona-se com o peso dos pais (Ogden, 2004). Neste sentido, estudos realizados com pais de crianças com obesidade demonstraram que em mais de 50% dos casos, pelo menos um dos progenitores é também obeso, sendo a distribuição da gordura corporal semelhante, tanto na criança como no progenitor com obesidade (Rhee et al., 2005). As investigações têm demonstrado que uma criança com um dos pais obesos tem 40% de probabilidades de também o vir a ser. Por outro lado, no caso de ambos os pais terem obesidade a probabilidade da criança apresentar obesidade é de 80%. Porém, nestes casos é preciso atender também a factores ambientais, pois pais e filhos não só partilham o mesmo património genético, como também o mesmo ambiente (Ogden, 2004).

É importante ter em conta que a população infantil é do ponto de vista psicológico, socioeconómico e cultural, dependente do ambiente onde vive, que na maioria das vezes é constituído pela família, sendo que as suas atitudes são reflexo desse ambiente. Quando

desfavorável, o ambiente poderá propiciar condições que levam ao desenvolvimento de problemas alimentares, que uma vez instalados poderão permanecer caso não se altere o contexto (Oliveira et al., 2003; Singhal et al., 2007). Deste modo, os factores ambientais modificam a influência genética, facilitando ou limitando o aumento do peso (Oliveira & Escrivão, 2001).

Apesar de se reconhecer a influência dos factores genéticos e ambientais, o peso atribuído aos mesmos não reúne consenso. Alguns autores defendem que apenas uma pequena percentagem de obesidade em crianças e adolescentes está associada a alterações genéticas ou hormonais. De facto, estima-se que apenas 1 a 5% dos casos de obesidade sejam motivados por causas endógenas (resultante principalmente, de causas genéticas e/ou endócrinas, mas também de causas neurológicas, psicológicas e consumo de fármacos), sendo os restantes 95 a 99%, motivados por uma causa exógena (motivada essencialmente, por ingestão excessiva, quando comparada com o gasto energético do indivíduo). A distinção entre obesidade endógena e obesidade exógena é de grande valia, na medida em que a identificação de uma obesidade de origem exógena pode ser avaliada e tratada no sentido da correcção da origem do desequilíbrio, com a normalização dos índices corporais (Singhal et al., 2007).

Contrariamente, existem estudos realizados com gémeos e crianças adoptadas que revelaram maior evidência da importância dos factores genéticos sobre os ambientais (Page et al. 2005).

Relativamente aos factores comportamentais, a influência da actividade física e dos hábitos alimentares na origem e evolução da obesidade tem vindo a ser estudada (Ogden, 2004), pois o gasto de energia depende da taxa de metabolismo basal, da quantidade de ingestão alimentar e da actividade física. No entanto, esta última é a que sofre uma influência menor de interacções genéticas, pelo que é a mais susceptível de ser modificada (Singhal et al., 2007).

Assim sendo, a actividade física como fonte de gasto energético possui um papel fundamental na manutenção do equilíbrio do peso (Singhal et al., 2007; Yang et al., 2007). Contudo, tem-se verificado principalmente nos países industrializados, uma tendência para um nível de actividade em crianças e adolescentes cada vez menor (Currie et al., 2004; Wrotniak, Epstein, Paluch, & Roemmich, 2004).

Os estudos demonstraram que o estilo de vida sedentário (e.g. permanecer no computador e ver televisão durante grandes períodos de tempo) pode ser responsável pelo aumento de peso, principalmente em crianças mais jovens (Giammattei, Blix, Marshak, Wollitzer & Pettitt, 2003; Pimenta & Palma, 2001; Wrotniak et al., 2004). O acto de ver

televisão aumenta o risco de excesso de peso devido à diminuição do dispêndio energético e promoção da ingestão alimentar (Temple, Giacomelli, Kent, Roemmich, & Epstein, 2007). A obesidade é nove vezes mais frequente em crianças ou adolescentes que assistem a mais de cinco horas de televisão por dia (Proctor et al., 2003).

Pimenta e Palma (2001) verificaram no seu estudo com crianças entre os dez e onze anos e meio que a média de tempo semanal dedicado à actividade física perfazia um total de 476,25 minutos por criança, enquanto a média de tempo destinado a assistir televisão era de 1.103,03 minutos. Para além de mais de metade da amostra evidenciar uma alta prevalência de obesidade, os dados revelaram ainda uma elevada tendência para o sedentarismo. Por outro lado, Carvalho, Padez, Moreira e Rosado (2006) evidenciaram no seu estudo em Portugal com crianças de 7 a 9 anos de idade, uma menor prática de actividade física por parte das raparigas do que dos rapazes. Porém, estas também passam menos tempo a jogar jogos de computador e a assistir TV em relação aos rapazes.

Relativamente aos padrões e escolhas alimentares, nos últimos anos tem-se assistido a grandes mudanças nas estruturas familiares (Wrotniak et al., 2004). A análise da “transição nutricional”, isto é, da mudança alimentar, recentemente verificada nas dietas por todo o mundo, revelou um aumento considerável do consumo de gorduras e açúcares (Oliveira et al., 2003; Viana, 2002), favoráveis ao acúmulo de energia e conseqüentemente, ao desenvolvimento de excesso de peso e obesidade. Estas mudanças ocorrem sobretudo, devido à diminuição do tempo disponível para a confecção de refeições saudáveis e equilibradas, e conseqüentemente, levam a uma maior procura e acessibilidade a alimentos já preparados (Singhal et al., 2007) com alto teor calórico, proveniente essencialmente, de gorduras saturadas e de colesterol (Oliveira & Escrivão, 2001).

O comportamento alimentar é complexo e depende de muitos factores, incluindo olfactivos, visuais, emocionais, cognitivos e factores internos (Friedman, 2000). Assim, é fundamental compreender o conceito de estilo alimentar, na medida em que este contribui para a compreensão de factores comportamentais que levam à obesidade (Viana, Sinde & Saxton, 2008). A este respeito, há alguma evidência na literatura para a susceptibilidade das características dos comportamentos alimentares, tais como a resposta de saciedade serem hereditárias (Wardle, 2007). No estudo de Viana et al. (2008) sobre o comportamento alimentar numa amostra de crianças portuguesas, verificou-se que as crianças que tinham excesso de peso e obesidade exibiram respostas mais fracas de saciedade e respostas mais fortes de apetite para alimentos em comparação com crianças com peso normal, o que apoia a ideia de que uma fraca resposta de saciedade à comida ingerida torna as crianças menos

capazes de regular o seu consumo alimentar e, portanto aumenta o risco de excesso de peso e de obesidade. Na base destes efeitos estão fundamentos como os de Braet e Strien (1997), segundo os quais o stress emocional pode conduzir à inibição do apetite em indivíduos não-obesos, e por outro lado, pode funcionar como um estimulante do apetite para os indivíduos em risco de obesidade.

Segundo o estudo de Salim e Bicalho (2004), as mudanças familiares, tais como o nascimento de um irmão, a separação dos pais, a mudança de cidade, país e/ou escola, a perda de um ente querido, ausência de um dos pais, dificuldades financeiras, adopção e ansiedade foram factores de cariz psicológico determinantes para a causa da obesidade. Estes dados são ainda mais relevantes, tendo em conta que nenhum caso de obesidade da amostra tinha aparentemente como causa primária, a influência de factores endógenos. Por outro lado, os problemas familiares, como alterações do vínculo mãe-filho, podem levar as mães a utilizarem os alimentos como forma de dar afecto (Oliveira & Escrivão, 2001).

Considerando factores psicológicos, sociais e consumo alimentar, é possível verificar que existe uma interacção conjunta entre eles. Repare-se como é habitual utilizar a comida (e.g., doce preferido) como prémio na educação infantil ou ainda, como é prática comemorar acontecimentos de vida importantes com comida (Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2008). Tanto o significado social da comida (e.g. convívio, festa, religião, jantares de domingo, etc.) como a utilização de alimentos como recompensa (e.g. do bom comportamento) são inculcados desde os primeiros anos de vida e são na verdade, práticas alimentares que compreendem processos sociais e culturais.

Ainda, identificou-se a existência de três períodos críticos na criança para o desenvolvimento da obesidade. O primeiro corresponde ao período pré-natal; o segundo ocorre entre os 5 e os 7 anos e o terceiro durante a adolescência (WHO, 2000). Outros autores apontaram para o primeiro ano de vida, devido ao desmame precoce e introdução inadequada de alimentos sólidos e a adolescência, devido ao aumento fisiológico do tecido adiposo, ao consumo exagerado de *fast-food* e aos problemas emocionais frequentes neste período (Oliveira & Escrivão, 2001).

Em suma, a obesidade tem uma etiologia derivada de múltiplos factores, sendo importante perceber este problema alimentar como o “produto” de uma interacção e sobreposição de diversos e complexos factores que contribuem para uma maior vulnerabilidade para o seu aparecimento e desenvolvimento.

2.1.5 Comorbilidades

As comorbilidades associadas à obesidade resultam essencialmente de alterações metabólicas que ocorrem nesta doença e podem ser muito extensas e intensas. Ou seja, além de muito variadas, determinam a gravidade desta doença (DGS, 2005).

Entre as várias patologias que podem estar associadas ao aumento excessivo do peso e à obesidade destacam-se: 1) factores de risco relativo (RR) elevado como, diabetes do tipo II, doença vesicular, dislipidémia, insulinoresistência, dispneia e apneia do sono; 2) factores RR moderado, tais como, doença coronária, hipertensão, osteoartrose (joelho), hiperuricémia e gota, e ainda, 3) factores RR ligeiro nomeadamente, cancro (mama, na pós-menopausa endométrio), síndrome do ovário poliquístico, alterações das hormonas de reprodução, diminuição da fertilidade, dor lombar, risco anestésico e malformações fetais associadas à obesidade materna (*ibidem*).

Nas crianças e adolescentes as consequências do excesso de peso e obesidade são semelhantes às dos adultos (Deckelbaum & Williams, 2001) e incluem entre outras: aumento do risco de doenças cardiovasculares; hipertensão; diabetes mellitus; arteriosclerose prematura; hiperlipidemia; alterações ortopédicas; perturbações do crescimento; alterações cutâneas; alterações gastrointestinais e hepáticas; apneia do sono; alterações no eixo gravitacional, acarretando modificações na postura com sobrecarga nos joelhos e nos quadris e ainda, alterações psicossociais. Em casos mais graves pode verificar-se insuficiência respiratória por dificuldade de expansão da caixa torácica pela camada de gordura e compressão extrínseca das vias altas por excesso de gordura (Oliveira & Escrivão, 2001).

Existem ainda evidências que apontaram para possibilidade de crianças obesas se tornarem adultos obesos (WHO, 2000). Num estudo a este respeito verificou-se que cerca de 60% das crianças com obesidade e 70 a 80% dos adolescentes com obesidade permaneceram adultos obesos (Whitaker, Wright, Pepe, Seidel, & Dietz, 1997). Estas crianças e adolescentes para além do risco elevado para se manterem obesos na fase adulta, aumentam o risco de morbilidade para as doenças referidas anteriormente (Garn et al., 1981; Oliveira & Escrivão, 2001; WHO, 2000).

2.1.6 Impacto Psicológico e Social

Actualmente, a preocupação generalizada com a beleza, obsessão relativamente à magreza e repulsão face à gordura em adultos e em alguns casos em crianças, implica que a

obesidade signifique referir-se a uma população discriminada e excluída pela sociedade (Mendes & Barros, 2004; Ogden, 2004). Neste sentido, o corpo surge não só como objecto de idealização, mas também como alvo de estigmatização.

Deste modo, os indivíduos com obesidade, ou por outras palavras, os indivíduos que não atendem aos padrões estereotipados de uma “imagem atraente” podem vir a desenvolver complicações do foro emocional (como auto-estima e auto-imagem negativa, depressão, dificuldades de interacção social e diminuição na qualidade de vida (Ogden, 2004; Salim & Bicalho, 2004).

A literatura tem vindo a evidenciar a relação entre a obesidade infantil e aspectos psicológicos (Luiz, Byrne, Zubrick & Davis 2005) sendo que, sentimentos de tristeza, irritabilidade e agressividade, dependendo da intensidade e da frequência, podem ser indícios de quadros depressivos em crianças (Fu, Curatolo & Friedrich, 2000).

De acordo com Viner e Cole (2005) a consequência mais comum de obesidade em países industrializados deve-se ao conflito psico-social. Estes autores verificaram que a maioria das crianças e adolescentes associaram as silhueta de um corpo com excesso de peso a alguém com pouca interacção social, insucesso académico e pouca saúde, bem como, a defeitos de personalidade (e.g. preguiçoso, falta de auto-controlo, etc.).

Neste sentido, os resultados do estudo de Salim e Bicalho (2004) com crianças, utilizando nomeadamente desenhos de sujeitos para representar uma pessoa bonita e uma feia, indicaram que a pessoa bonita é representada pela pessoa magra e a pessoa feia é representada pelo excesso de peso. Os resultados deste estudo demonstraram ainda que aspectos psicológicos como: não-aceitação social, isolamento e baixo nível de auto-estima estavam presentes nas consequências da obesidade. Outros estudos obtiveram conclusões semelhantes ao verificarem que as crianças obesas eram mais propensas a experienciar problemas psicológicos/psiquiátricos do que as crianças com peso saudável (Reilly et al., 2003). Verificaram ainda, que as raparigas estavam em maior risco do que os rapazes de desenvolver esses problemas e que o risco de morbilidade psicológica aumentava com a idade (*ibidem*).

Acrescentando, Strauss (2000) no seu estudo referiu que crianças com obesidade e baixa auto-estima demonstraram níveis significativamente elevados de solidão, tristeza e nervosismo. Por outro lado, afirmou que estas crianças eram mais prováveis de desenvolver comportamentos de alto risco (e.g., tabagismo, álcool). O autor referiu ainda, outros factores associados à obesidade e que podem contribuir para níveis mais baixos de auto-estima de adolescentes, tais como a diminuição dos níveis de actividade física, o aumento dos níveis de depressão e ambientes familiares desestruturados.

Se por um lado ainda à margem de dúvida para as evidências de que a auto-estima seja significativamente afectada em crianças com obesidade, por outro lado, em adolescentes, os estudos demonstram uma relação consistente entre peso corporal, auto-estima e imagem corporal. Nesta fase da vida a aparência física é de grande importância, daí que os adolescentes formem juízos sociais negativos sobre a obesidade (WHO, 2000).

Ora, as críticas dirigidas aos indivíduos com obesidade são inevitáveis. Alguns estudos demonstraram que as reacções dos adolescentes perante as críticas eram, segundo as mães, de muita tristeza, choro e isolamento. Além disso, muitos reagiam com agressão verbal e física e outras ficavam nervosas ou ansiosas e conseqüentemente, comiam em demasia (Salim & Bicalho, 2004), utilizando assim a comida como estratégia adaptativa. Neste sentido Wardle, Guthrie, Sanderson e Rapport (2001) denominaram estas situações de “Sobre-Ingestão Emocional”, isto é, perante a acção de factores emocionais (e.g., stress) o sujeito em risco de desenvolver obesidade tende a comer mais do que o habitual.

De acordo com Luiz et al. (2005) as crianças e adolescentes manifestaram grande incómodo em serem gordos, alvo de discriminação pelos colegas e exteriorizaram o desejo de emagrecer. No entanto, para Menezes (1998), há crianças que embora não gostem do seu corpo por ser demasiado “grande”, continuam a ingerir os alimentos em excesso, pois têm a crença que sendo gordas serão mais amadas ou admiradas.

Salienta-se ainda, que o excesso de peso na infância e adolescência também pode estar associado a problemas sociais e económicos futuros. Um estudo prospectivo realizado nos EUA, demonstrou que mulheres com excesso de peso durante a adolescência e os primeiros anos da vida adulta apresentavam maior probabilidade de não constituir família, taxas mais elevadas de pobreza e taxas menores de casamento do que mulheres com várias outras formas de deficiência física ou crónica durante a adolescência (WHO, 2000).

Apesar das evidências dos estudos referidos, Ogden (2004) afirma que na idade adulta, embora alguns sujeitos com obesidade possam encontrar-se perturbados, não existem evidências consistentes da existência de uma relação directa e objectiva entre a grandeza do corpo e a ocorrência de problemas psicológicos.

Assim, os vários factores mencionados fazem parte de uma bagagem que dizem respeito a experiências pessoais, situações e representações sociais que envolvem a alimentação, hábitos, gostos, valores, etc. e que regem o comportamento alimentar de forma complexa. Sendo que, para a compreensão do real risco que tais determinantes exercem sobre a

gênese da obesidade é fundamental que sejam analisados de forma integrada, de modo a compreender como interagem entre si e ao longo do desenvolvimento do indivíduo.

2.2 Percepção parental de excesso de peso e de obesidade dos filhos

As práticas alimentares adoptadas na infância são fundamentalmente, da responsabilidade dos pais (Flamenbaum, 2006). Portanto, estes desempenham um papel importante na regulação da alimentação das suas crianças e na prevenção do aparecimento e desenvolvimento de complicações associadas a uma alimentação incorrecta (Jain et al. 2001).

Contudo, verifica-se com frequência que os pais de crianças com excesso de peso e de obesidade para além de não reconhecerem a presença e magnitude do problema dos filhos (Eckstein et al., 2006; Etelson, Brand, Patrick & Shirali, 2003; Maynard, Galuska, Blanck & Serdula, 2003), não evidenciaram preocupação com o peso das suas crianças (He & Evans, 2007; Lampard, Byrne, Zubrick, & Davis, 2008) o que contribui para o aumento da prevalência desta patologia.

Deste modo, salienta-se a necessidade de caracterizar as percepções dos pais sobre o estado nutricional dos seus filhos para travar atempadamente o desenvolvimento da obesidade (Chuproski & Mello, 2009) evitando assim, as repercussões a ela associadas.

São vários os estudos descritos na literatura relativamente à percepção dos pais sobre o estado do peso dos filhos, sendo que na sua maioria verifica-se uma elevada percentagem de pais que não reconhecem correctamente o peso dos filhos, especialmente perante o excesso de peso e obesidade. Um exemplo disso foi verificado num estudo espanhol com crianças de 2 e 6 anos de idade em que 54.07% das mães perceberam o peso dos filhos adequadamente, 41.48% das mães subestimaram o peso dos filhos e 4.44% das mães o sobrestimaram (Bracho & Ramos, 2007). Neste estudo, as percepções erradas do peso foram superiores em crianças com excesso de peso e obesidade em idade pré-escolar do que em idade escolar (86.49% e 73.13%, respectivamente) (*ibidem*). Outro estudo, realizado no mesmo ano, revelou do mesmo modo, uma associação positiva entre a percepção materna errada e a menor faixa etária dos filhos (Boa-Sorte et al. 2007).

Também He e Evans (2007) evidenciaram no seu trabalho que as percepções dos pais sobre o peso dos filhos foram diferentes do peso real das crianças. Cerca de 22% dos pais classificaram erradamente o peso normal das crianças como sendo “baixo peso” e 63% perceberam seus filhos com obesidade como apresentando apenas “excesso de peso”.

À semelhança deste estudo, outros autores demonstraram que os pais para além de subestimarem o peso das suas crianças, não estavam preocupados com o peso excessivo ou obeso dos seus filhos (Costa & Silva, 2009; Diaz, 2000; He e Evans (2007); Muhammad, Omar, Shah, Muthupalaniappen & Arshad, 2008; Young-Hyman, Herman, Scott & Schlundt, 2000).

Resultados bastante expressivos obtiveram Carnell, Edwards, Croker, Boniface & Wardle, (2005), pois verificaram que apesar de grande parte das crianças evidenciarem excesso de peso ou obesidade no seu estudo, apenas 6% de seus pais as descreveram como tendo "excesso de peso" e nenhum deles as descreveu como sendo "obesa". Além disso, a esmagadora maioria dos pais de crianças com excesso de peso ou obesidade (94%) não as classificou de forma correcta. Este erro na percepção parental do estado de peso das crianças foi nitidamente superior a duas grandes pesquisas realizadas nos EUA por Baughcum et al. (2000) e Maynard et al. (2003).

Num estudo recente com crianças de 4 e 5 anos, Luttikhuis, Stolk & Sauer (2010) demonstraram que, as que têm um peso normal foram consideradas pelos pais como “um pouco magras” ou “muito magras”. Por sua vez, o excesso de peso foi considerado “peso normal” e a obesidade variou entre “peso normal” ou “um pouco acima do peso”. Mais ainda, num estudo realizado em 2011, os autores verificaram que 57% (69 em 120) de pais de crianças com excesso de peso consideraram o peso dos filhos como sendo “normal” (Vanhala et al. 2011). Noutro estudo, uma minoria de pais (15.1%) reconheceram correctamente que os filhos apresentavam peso excessivo (Adams, Quinn & Prince, 2005). Deste modo, verifica-se que a percepção de um peso normal ou excessivo em crianças é distorcido e subestimado. O que pode reflectir a ideia de padrão de beleza para esta idade (Salim e Bicalho 2004; Pizzinatto, 1992).

Um aspecto importante a ressaltar neste sentido, é que os pais que perceberam os seus filhos como tendo menos peso do que consideram como peso ideal pode associar-se a interações negativas com os filhos. Ou seja, podem incentivá-los a comer ou simplesmente, não se importarem com o que os filhos comem, desencadeando assim, comportamentos pouco saudáveis nos seus filhos (Gilliland et al. 2007). Deste modo, os pais que não reconhecem o excesso de peso ou obesidade dos seus filhos podem ser menos propensos a apresentar-lhes o apoio para alcançar um peso saudável.

Em conclusão, a revisão bibliográfica dos estudos existentes neste domínio, todos eles realizados no estrangeiro, sugere que a percepção distorcida do peso é um fenómeno bastante frequente e que tende a ocorrer, sobretudo, em situação de excesso de peso. Sendo a

percepção inadequada dos pais do estado nutricional dos filhos uma problemática na dinâmica familiar que possibilita uma maior vulnerabilidade de desenvolver obesidade, salienta-se a necessidade de identificar e entender os factores que contribuem para esta percepção errada em relação ao peso dos filhos de modo a intervir mais eficazmente.

2.3 Factores associados aos erros de percepção parental do peso dos filhos

As razões para os pais não reconhecerem o estado real do peso dos seus filhos e para a minimização aparente do risco do excesso de peso e obesidade não são totalmente compreendidos, uma vez que a investigação sobre este assunto tem apresentado divergências (He & Evans, 2007; Jain et al. 2001).

A literatura destaca essencialmente sete factores que poderão exercer influência sobre o nível de preocupação dos pais e conseqüentemente, sobre a percepção do excesso de peso dos filhos. Esses factores são: 1) culturais, nomeadamente os padrões de normalidade estabelecidos pela comunidade e os padrões de beleza da actualidade (Baughcum et al. 2000; Flamenbaum, 2006; Young-Hyman et al., 2000; Pinheiro & Giugliani, 2008); 2) factores relacionados com o nível de educação; 3) factores económicos (Baughum et al., 2000; Intagliata, Edward, Gesell, Shari & Barkin, 2008; Jain et al., 2001; Johnson, Cooke, Croker & Wardle, 2008; Warschburger & Kröller, 2009); 4) IMC da mãe (Baughcum et al., 2000; Bracho & Ramos, 2007; Johnson et al., 2008; Maynard et al., 2003; Warschburger et al., 2009); 5) ao género da criança; 6) factores associados à idade e finalmente, 7) factores associados com a saúde (Eckstein et al., 2006; Hernandez, Cheng & Serwint, 2010; Jain et al 2000; Lampard et al., 2008; Young et al., 2000; Warschburger et al 2009). Seguidamente analisa-se mais detalhadamente cada um destes factores.

Relativamente aos aspectos culturais, a comparação social é descrita por alguns autores como um factor que pode contribuir para uma menor capacidade de reconhecimento do peso como sendo demasiado elevado. Neste sentido, dados internacionais têm sugerido que a percepção de excesso de peso está relacionada com os níveis de excesso de peso na população local, apoiando a hipótese de norma social, ou seja, se em determinada comunidade a obesidade se torna comum, a tendência será percebê-la como “normal” (Johnson et al., 2008; Wardle, Haase & Steptoe, 2006).

Outra possível explicação refere-se ao tipo de imagens frequentemente usadas pelos meios de comunicação e em campanhas de informação de saúde. Tais imagens, por vezes,

retratam apenas casos extremos de obesidade (e.g. imagens chocantes e estereotipadas com casos atípicos da população com excesso de peso) e isso pode desencadear indesejavelmente nos indivíduos com excesso de peso, a ideia que as mensagens sobre a alimentação saudável e o exercício físico não são destinadas a eles pois, não se consideram retratados nessas imagens (Campbell, Williams, Hampton & Wake, 2006 e Wardle et al., 2006). Outros estudos contudo, não verificaram uma associação entre percepção de excesso de peso e factores culturais, nomeadamente a etnia dos pais (Carnell, et al. 2005).

No que diz respeito à educação parental, vários estudos apontaram para que níveis menores de educação materna estejam associados a falhas na percepção do excesso de peso e obesidade das crianças (Baughcum et al. 2000; He & Evans, 2007; Intagliata et al. 2008, Warschburger & Kröller, 2009). Resultados diferentes obtiveram outros autores, na medida em que não evidenciaram associações neste domínio (Carnell et al. 2005; He & Evan, 2007; Muhammadd et al. 2008).

Relativamente aos factores económicos, resultados de um estudo qualitativo de mães de baixos rendimentos nos EUA sugeriram que o maior peso poderia ser visto como um indicador da boa saúde (Jain et al., 2001) e neste sentido o excesso de peso e obesidade não eram vistos como uma situação negativa.

Quanto ao estatuto do peso materno, Maynard et al. (2003) defenderam que as mães com menores valores de IMC tiveram maiores probabilidades de considerar os seus filhos como "acima do peso" e não como "peso normal" ou "peso baixo". Porém, apesar da existência de estudos que obtiveram resultados semelhantes a este (Baughcum et al., 2000; Bracho & Ramos, 2007; He & Evans, 2007; Johnson et al., 2008; Maynard et al., 2003; Warschburger & Kröller, 2009), existem outros que não evidenciaram uma associação entre a percepção de excesso de peso ou obesidade com o estado de peso dos pais (Carnell et al., 2005; Hernandez, et al. 2010).

Por outro lado, há investigações que apontaram para a influência de género dos filhos na percepção parental dos mesmos. Assim sendo, Maynard et al. (2003) constataram que as mães tinham quase três vezes mais hipóteses de classificar as filhas em risco de obesidade em comparação com os filhos (Maynard et al. 2003). Logo, estavam mais propensas a ter uma percepção incorrecta do peso dos rapazes do que das raparigas (He & Evans, 2007; Jeffery, Voss, Metcalf, Alba & Wilkin, 2005; Mamum et al., 2008; Maynard, et al. 2003; Young-Hyman et al. 2000). Nesta perspectiva, as normas sociais sobre o peso ideal para meninos e meninas parece ter um papel importante, nomeadamente, na maior pressão para as meninas manterem formas elegantes (Maynard et al. 2003).

Esta constatação tem implicações positivas e negativas. Por um lado, pode ser desejável que as mães reconheçam as suas filhas em risco, com excesso de peso ou obesidade, na medida em que podem alterar o ambiente alimentar da família ou incitar a criança a manter uma dieta mais saudável e a tornar-se mais activa (*ibidem*). Por outro lado, a percepção mais negativa das mães relativamente ao estado de peso das filhas pode contribuir para que as meninas sejam extremamente pressionadas a participar em práticas de controlo de peso (WHO, 2007) muitas vezes, prejudiciais à saúde física e mental, para melhorar a auto-estima. Alguns autores constataram estas evidências em meninas com idades precoces, sendo que este comportamento relaciona-se com a maior preocupação dos pais sobre o seu estado de peso das filhas e com a restrição alimentar materna (Davison & Birch, 2001; Hill & Pallim, 1998).

Em contrapartida, sendo os filhos do sexo masculino avaliados segundo um padrão de beleza diferente do das raparigas, tal torna menos provável o fornecimento de uma orientação sobre a importância de uma boa nutrição e exercício físico regular aos rapazes (*ibidem*). Sendo que, esta menor preocupação com o peso dos rapazes pode justificar uma maior prevalência de obesidade nos rapazes (verificada aos 15 anos, em todos os países da Europa, excepto na Irlanda) (WHO, 2007).

Assim, estes resultados sugerem que os esforços parentais para impedir o desenvolvimento ou agravamento do estado de excesso de peso da criança devem ser tratados com delicadeza para não prejudicar o auto-conceito da criança. Contudo, existem ainda estudos em que esta associação não foi verificada (Carnell et al., 2005; Warschburger et al., 2009; West, Raczynski, Phillips, Bursac, Gauss & Montgomery, 2008).

De acordo com várias pesquisas, verificou-se que a idade da criança também está associada aos erros de percepção parental sobre o peso dos filhos. Assim, Jain et al. (2001) verificou ser menos provável que as mães de filhos mais velhos tivessem uma errada percepção do excesso de peso destes comparativamente com crianças mais jovens. Por outro lado, com crianças mais novas, as mães tendiam a acreditar que seu filho ia superar o excesso de peso uma vez que a criança se torna mais velha, mais alta e mais activa (Young-Hyman et al., 2000). Ainda, algumas mães referiram que, apenas manifestam preocupação com o peso dos filhos quando estes são alvo de críticas (Jain et al., 2000) o que provavelmente acontecerá numa faixa etária posterior, especialmente na adolescência.

À semelhança de Salim e Bicalho (2004), Menezes (1998) referiu que até certa idade, ser-se gordo é admirado pelos pais, na medida que este facto significava que os seus filhos eram “fortes” e que tinham bom apetite. Nestas situações de obesidade infantil, Pizzinatto (1992) ressaltou que por vezes, as famílias percepcionavam erradamente os seus filhos como

sendo normais, felizes, satisfeitos, isto é como tendo uma infância livre de problemas. O excesso de peso numa criança de três, quatro anos é apreciado pela família – o que traduz o conceito de beleza para essa idade. Porém, com a adolescência este conceito de beleza perde sentido e o excesso de peso tornam-se fonte de sofrimento (Salim & Bicalho, 2004). Outros estudos, porém não verificaram associações a este nível (Carnell et al., 2005; Warschburger & Kröller, 2009).

Por fim, ao nível dos factores associados à saúde, a percepção de risco familiar de excesso de peso ou obesidade parece ter um impacto na preocupação das mães sobre o peso da criança (e.g. casos em que na família paterna ou o pai têm obesidade e portanto, devido a factores hereditários a criança esteja em risco de desenvolver problemas de peso) (Campbell et al., 2006).

A falta de acompanhamento pediátrico (Hernandez et al., 2010); a falta de conhecimento sobre a relação entre a obesidade infantil e risco para a saúde e o reconhecimento das limitações que a criança tem no desempenho da actividade física (Eckstein et al. 2006; Jain et al., 2000; Lampard et al., 2008; Warschburger & Kröller, 2009; Young-Hyman et al., 2000) e ainda a percepção de boa saúde mesmo perante o excesso de peso dos filhos, isto é a crença de que enquanto a criança brincasse, fosse alegre e tivesse um bom apetite seria saudável e portanto, não haveria razões para se preocuparem com o peso (Jain et al., 2000) também exercem influência sobre a eficácia no reconhecimento do excesso de peso e obesidade dos filhos.

Em suma, a percepção materna do estado do peso dos seus filhos poderá ter, efectivamente implicações importantes para o sucesso ou o fracasso da prevenção do excesso de peso e da obesidade e para os esforços de intervenção em crianças. Deste modo, programas para prevenir ou tratar o excesso de peso e obesidade na infância são susceptíveis de não serem bem sucedidos se os pais não reconhecerem os seus filhos como tendo excesso de adiposidade, ou se não reconhecerem a existência de riscos ao nível da saúde e qualidade de vida associados com o acúmulo de gordura em excesso.

3. Pertinência do Estudo e Objectivos

Como já foi referido anteriormente, a errada percepção parental do estado nutricional dos filhos pode contribuir para o desenvolvimento de excesso de peso e de obesidade na população infantil. Contudo, não são ainda claros os factores que estão associados aos erros na percepção parental relativamente ao peso dos filhos (nomeadamente a idade e sexo das crianças e o peso das mães).

Apesar de existirem diversos estudos a este respeito, especificamente em Portugal a percepção que os pais têm do peso dos filhos, assim como os factores que interferem na percepção são dimensões que ainda não foram exploradas, tanto quanto é do nosso conhecimento. Esta abordagem torna-se pertinente num país em que, cultural e historicamente a gastronomia é muito valorizada. Por outro lado, ressalta-se que as dificuldades económicas vividas ainda em pleno século XX tornaram o posterior acesso à comida, como um indicador na melhoria nas condições de vida; mais ainda, culturalmente no nosso país a prestação de cuidados aos recém-nascidos e às crianças é muito centrada na alimentação, pelo que uma criança magra pode representar socialmente a “falta de cuidados dos pais”.

A pertinência deste estudo foca-se ainda noutra caracterização inovadora que consiste na análise, não só da percepção do peso dos filhos, mas também da percepção do comportamento alimentar dos mesmos. Ou seja, mais do que verificar se as mães percebem correctamente ou incorrectamente o peso dos filhos, permite compreender que dimensões específicas do comportamento alimentar dos filhos, as mães percebem como alteradas.

Tendo por base estas considerações, o presente estudo está orientado pelos objectivos: 1) descrever a prevalência de excesso de peso e obesidade; 2) analisar, comparativamente, a percepção materna do peso dos filhos com o peso real dos mesmos; 3) verificar se factores como o sexo e idade dos filhos e o peso das próprias mães estão associados à percepção errada do peso dos mesmos e 4) analisar se avaliação que as mães fazem do comportamento alimentar dos filhos varia em função, tanto da sua percepção sobre o peso dos filhos, como do peso real destes.

4. Método

4.1 Participantes

Os participantes deste estudo foram avaliados no âmbito do “Preschool Physical Activity, Body Composition and Lifestyle Study” (PRESTYLE), iniciado no ano de 2008. A amostra foi composta por 560 mães e respectivos filhos da zona metropolitana do Porto. Entre os filhos, 266 eram do sexo feminino e 294 do masculino, com idades entre os entre 35 meses (± 2.11 anos) e 93 meses de idade (± 7.9 anos). O IMC das crianças variou entre os 11.76 kg/m² e os 25.67 kg/m² (M=17.11; DP=2.23). Relativamente ao IMC das mães, este variou entre os 16.35 kg/m² e os 44.22 kg/m² (M=25.04; DP= 4.15).

4.2 Material

O protocolo de avaliação utilizado foi organizado em duas partes. A primeira envolveu a avaliação subjectiva das mães sobre a percepção que têm do peso dos filhos através dois métodos: 1) uma escala verbal e 2) uma escala visual. Para verificar a percepção materna sobre o peso do filho através da escala verbal, as mães tiveram de completar a seguinte frase: “Acha que o seu filho tem, neste momento, um peso...” dando 1 em 7 opções de resposta: “muito baixo”, “baixo”, “ligeiramente magro”, “normal”, “ligeiramente com excesso de peso”, “excesso de peso” ou “obesidade”. E para determinar a percepção materna sobre o peso do filho através da escala visual, as mães completaram a frase: “Qual destas figuras é semelhante ao seu filho?” dando 1 em 7 opções de resposta com esboços corporais de crianças que representavam os pesos descritos anteriormente. Esta última foi baseada no projecto *Pilot European Regional Interventions for Smart Childhood Obesity Prevention in Early Age* (PERISCOPE).

A segunda parte do protocolo foi composta pelo Questionário do Comportamento Alimentar da Criança (CEBQ) (Wardle, Guthrie, Sanderson, & Rapoport, 2001). Este instrumento foi desenvolvido para estudar o estilo alimentar das crianças e jovens no contexto da obesidade (Wardle, et al. 2001) e validado à população portuguesa (Viana et al. 2008) de modo a discriminar o comportamento alimentar de crianças com diferentes estatutos de peso, nomeadamente, revelando boas qualidades psicométricas.

Este questionário é composto por 35 itens que avaliam, numa escala de Likert de cinco pontos (“nunca”, “raramente”, “por vezes”, “muitas vezes” ou “sempre”), o comportamento

no contexto alimentar de crianças e jovens. Inclui oito dimensões relacionadas com o apetite. Essas dimensões ou factores são: 1) “Prazer na comida”, 2) “Resposta à comida”, 3) “Sobre-Ingestão emocional” e 4) “Desejo de bebida”, que dizem respeito à “Atracção pela Comida”, ou seja, reflectem interesse pela comida; 5) “Resposta à saciedade”, 6) “Selectividade alimentar”, 7) “Sub-ingestão emocional” e 8) “Ingestão lenta”, que avaliam o “Evitamento da Comida”, isto é reflectem desinteresse pela comida e conseqüentemente, respostas negativas do apetite) (Viana et al, 2008).

Os factores “Prazer na comida” e “Resposta à comida” traduzem um maior interesse pelos alimentos e uma maior resposta às pistas externas com eles relacionadas (e.g., aspecto, cor, aroma, etc.) (Viana et al. 2008). O “Desejo de beber” refere-se ao interesse por bebidas açucaradas tais como refrigerantes e sumos (Viana & Sinde, 2008). Quanto aos factores de ingestão emocional, a “Sobre-ingestão emocional” e a “Sub-ingestão emocional” reflectem reactividade emocional à comida (Viana et al. 2008), ou seja, o factor “Sobre-ingestão emocional” indica que perante a acção de factores emocionais o sujeito tende a comer mais do que o habitual e o factor “Sub-ingestão emocional” aponta para que perante factores emocionais o sujeito perde o apetite e come menos do que o habitual. A “Resposta à saciedade” reflecte a sensibilidade às pistas internas de saciedade, traduzindo controlo da ingestão calórica, isto é, limita o consumo alimentar em excesso (Viana et al. 2008). Também a “Ingestão lenta” e “Selectividade alimentar” (exclusão de certos alimentos) espelham falta de prazer e desinteresse pelos alimentos (Viana & Sinde, 2008).

Ainda, a estatura e massa corporal das crianças foram determinadas por métodos antropométricos estandardizados. Para a avaliação da primeira utilizou-se um estadiómetro digital portátil e para a massa corporal, utilizou-se uma escala de feixe digital portátil (Tanita Inner Scan BC 532).

4.3 Procedimento

A recolha da amostra foi realizada em diversas pré-escolas e escolas, públicas e privadas, do distrito do Porto, durante o período de Janeiro de 2008 e Janeiro de 2009. O preenchimento do protocolo de avaliação foi realizado pelas mães em casa durante um período máximo de sete dias.

Os procedimentos deste estudo obtiveram a aprovação da Fundação Portuguesa para a Ciência e Tecnologia e pelo Comité de Ética de Programa Doutoral em Actividade Física e Saúde da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

A estatura foi medida ao milímetro com os pés descalços (ou de meias) através de um estadiómetro digital portátil. A massa corporal foi medida o mais próximo dos 0,1 kg, com os participantes com pouca roupa (cueca e t-shirt) usando uma escala de feixe digital portátil (Tanita Inner Scan BC 532). A média das duas medições foi usada tanto para altura como para o peso. O IMC foi usado para definir baixo peso através das referências estabelecidas por Cole, Flegal, Nicholls e Jackson (2007), e o excesso de peso e obesidade foram definidos utilizando as referências estabelecidas por Cole et al. (2000), como recomendado pela International Obesity Task Force (IOTF). Desta forma, resultaram 4 categorias de definição do peso das crianças: “peso baixo”, “peso normal”, “excesso de peso” e “obesidade”.

O IMC das mães foi calculado com base nos seus auto-relatos para a altura e peso, dividindo o peso, em quilogramas, pela altura em metros elevada ao quadrado ($\text{peso}/\text{altura}^2$). Adoptando os critérios da OMS, o seu peso foi classificado de acordo com as seguintes categorias: “peso baixo”, “peso normal”, “excesso de peso” e “obesidade” (WHO, 2000).

Tendo em conta as variáveis em estudo, os métodos estatísticos implementados incluíram a análise comparativa entre a percepção materna do peso dos filhos e outras variáveis como, o peso real, sexo e idade dos filhos e ainda o peso das próprias mães através do teste de independência do Qui-quadrado. E a análise do efeito, tanto da percepção materna do peso dos filhos, como do peso real dos filhos na variação da avaliação das mães do comportamento alimentar dos mesmos, através do teste de análise da variância multivariada, one way MANOVA.

5. Resultados

5.1 Análise da prevalência de excesso de peso e obesidade dos participantes.

No presente estudo, conforme demonstra a tabela 5.1.1, verifica-se que as crianças apresentaram uma prevalência de excesso de peso e obesidade de 30.7% (19.9 e 10.8, respectivamente), sendo que a frequência de excesso de peso e obesidade foi semelhante em ambos os sexos. Em relação às mães, 42.7% destas apresentaram excesso de peso e obesidade (30.1% e 12.6%, correspondentemente).

Tabela 5.1.1

Descrição do estado de peso dos participantes.

	Filhos			Mães N (%)
	Raparigas N (%)	Rapazes N (%)	Total N (%)	
Estado do peso				
Peso baixo	2 (0.4%)	6 (1.3%)	8 (1.7%)	9 (1.8%)
Peso normal	146 (31.5%)	166 (35.9%)	312 (67.5%)	286 (55.5%)
Excesso de peso	44 (9.5%)	48 (10.4%)	92 (19.9%)	155 (30.1%)
Obesidade	24 (5.2%)	26 (5.6%)	50 (10.8%)	65 (12.6%)
Total	215 (46.6%)	246 (53.2%)	462 (100%)	515 (100%)

5.2. Análise comparativa entre a percepção materna do peso dos filhos e o peso real.

A percepção materna do peso dos filhos foi avaliada segundo dois parâmetros: avaliação verbal do peso e definição visual da silhueta dos filhos. Para cada um deles, considerou-se uma divisão em 4 categorias de peso: baixo, normal, excesso de peso e obesidade, sendo que os valores obtidos integram cada uma delas. O peso real das crianças foi classificado, igualmente, segundo estas 4 categorias tal como foi descrito no método.

Seguidamente, apresenta-se uma tabela descritiva e comparativa entre a percepção materna (avaliação da escala verbal) e o peso real dos filhos. A análise da tabela 5.2.1 permite avaliar a concordância entre a apreciação verbal das mães sobre o peso dos filhos e o peso real dos mesmos, e os seus resultados sugerem uma elevada frequência de erros de percepção materna sobre o peso real dos filhos. Verifica-se uma tendência para as mães subestimarem o peso dos filhos, sendo a percentagem de mães de crianças com obesidade que não reconheceram o peso dos filhos como tal, de 100%, ou seja, nenhuma mãe percepcionou os filhos obesos como tendo obesidade. Refere-se ainda, que quase todas as mães de crianças

com excesso de peso e a quase metade das mães de crianças com obesidade consideraram que os filhos tinham um peso normal.

Tabela 5.2.1

Análise comparativa entre a percepção materna - avaliação da escala verbal - e o peso real dos filhos.

	Percepção verbal do peso dos filhos				
	Peso Baixo N (%)	Peso Normal N (%)	Excesso de peso N (%)	Obesidade N (%)	Total N (%)
Peso Real dos Filhos					
Peso Baixo	3 (1.0%)	2 (0.6%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (1.6%)
Peso Normal	36 (11.5%)	176 (56.4%)	0 (0%)	0 (0%)	212 (67.9%)
Excesso de Peso	0 (0%)	51 (16.3%)	7 (2.2%)	0 (0%)	58 (18.5%)
Obesidade	0 (0%)	14 (4.5%)	23 (7.4%)	0 (0%)	37 (11.9%)
Total	39 (12.5%)	243 (77.8%)	30 (9.6%)	0 (0%)	312 (100%)

A comparação entre o peso real dos filhos e a percepção subjectiva das mães foi igualmente efectuada adoptando como referência a classificação visual das silhuetas. Os resultados expressos na tabela 5.2.2 indicam que as mães têm dificuldade em perceber o peso dos filhos correctamente, não se tendo observado casos de mães de crianças com obesidade a reconhecerem a condição de obesidade nos filhos. Tendencialmente, as mães subestimaram o peso dos filhos. Neste sentido, verifica-se que existem mães de crianças com “peso normal” que as classificaram com “peso baixo” e mães de crianças com excesso de peso e obesidade que perceberam o peso das suas crianças como sendo “peso baixo” e “peso normal”.

Tabela 5.2.2

Análise comparativa entre a percepção materna - avaliação da escala visual - e o peso real dos filhos.

	Percepção visual do peso dos filhos				
	Peso Baixo N (%)	Peso Normal N (%)	Excesso de peso N (%)	Obesidade N (%)	Total N (%)
Peso Real dos Filhos					
Peso Baixo	3 (1.0%)	2 (0.6%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (1.7%)
Peso Normal	101 (33.0%)	98 (32.0%)	6 (0%)	0 (0%)	205 (67%)
Excesso de Peso	7 (2.3%)	37 (12.1%)	16 (5.2%)	0 (0%)	60 (19.6%)
Obesidade	3 (1.0%)	7 (2.3%)	26 (8.5%)	0 (0%)	36 (11.8%)
Total	114 (37.3%)	144 (47.0%)	48 (15.7%)	0 (0%)	306 (100%)

5.3. Análise dos factores associados aos erros de percepção materna sobre o peso dos filhos.

Tendo como base a inconsistência de resultados descrita na literatura relativamente aos factores que poderão estar associados aos erros de percepção materna sobre o peso dos filhos, foi analisado o efeito das seguintes variáveis: 1) sexo das crianças; 2) idade das mesmas e 3) peso das mães.

Em seguida, apresentam-se duas tabelas descritivas e comparativas entre a percepção materna (escala verbal e escala visual) do peso dos filhos e o sexo dos mesmos. A análise das tabelas 5.3.1 e 5.3.2 permitem observar se a percepção que as mães têm do peso dos filhos é tendencialmente mais correcta ou incorrecta de acordo com o sexo destes, e os seus resultados sugerem uma frequência semelhante, tanto dos erros de percepção materna, como das correctas percepções sobre o peso dos filhos em ambos.

Tabela 5.3.1

Análise comparativa entre a percepção materna (escala verbal) do peso dos filhos e o sexo dos mesmos.

	Percepção verbal do peso dos filhos			
	Baixa N (%)	Correcta N (%)	Excessiva N (%)	Total N (%)
Sexo dos filhos				
Raparigas	55 (37.2%)	93 (62.8%)	0 (0%)	148 (100%)
Rapazes	69 (42.1%)	93 (56.7%)	2 (1.2%)	164 (100%)
Total	124 (39.7%)	186 (59.6%)	2 (0.6%)	312 (100%)

Tabela 5.3.2

Análise comparativa entre a percepção materna (escala visual) do peso dos filhos e o sexo dos mesmos.

	Percepção visual do peso dos filhos			
	Baixa N (%)	Correcta N (%)	Excessiva N (%)	Total N (%)
Sexo dos filhos				
Raparigas	85 (58.6%)	58 (40%)	2 (1.4%)	145 (100%)
Rapazes	96 (59.6%)	59 (36.6%)	6 (3.7%)	161 (100%)
Total	181 (59.2%)	117 (38.2%)	8 (2.6%)	306 (100%)

No que diz respeito à comparação entre a percepção materna, através da escala verbal e da escala visual, do peso dos filhos e a idade destes, os resultados expressos, tanto na tabela 5.3.3 como na tabela 5.3.4, indicam que a frequência das mães que perceberam o peso

dos filhos tende a ser semelhante, tanto nas crianças em idade pré-escolar, como escolar. Isto é, a avaliação materna no peso dos filhos não parece diferir de acordo com a idade destes.

Tabela 5.3.3

Análise comparativa entre a percepção materna (escala verbal) do peso dos filhos e a idade dos mesmos.

	Percepção verbal do peso dos filhos			
	Baixa N (%)	Correcta N (%)	Excessiva N (%)	Total N (%)
Idade dos filhos				
2-4 anos	8 (29.6%)	19 (70.4%)	0 (0%)	27 (100%)
4-6 anos	54 (42.2%)	72 (56.3%)	2 (1.6%)	128 (100%)
6-8 anos	62 (39.5%)	95 (60.5%)	0 (0%)	157 (100%)
Total	124 (39.7%)	186 (59.6%)	2 (0.6%)	312 (100%)

Tabela 5.3.4

Análise comparativa entre a percepção materna (escala visual) do peso dos filhos e a idade dos mesmos.

	Percepção visual do peso dos filhos			
	Baixa N (%)	Correcta N (%)	Excessiva N (%)	Total N (%)
Idade dos filhos				
2-4 anos	15 (53.6%)	12 (42.9%)	1 (3.6%)	28 (100%)
4-6 anos	72 (59%)	48 (39.3%)	2 (1.6%)	122 (100%)
6-8 anos	94 (60.3%)	57 (36.5%)	5 (3.2%)	156 (100%)
Total	181 (59.2%)	117 (38.2%)	8 (2.6%)	306 (100%)

Relativamente à comparação entre a percepção do peso dos filhos, através da escala verbal e visual, e o peso das próprias mães, os resultados descritos na tabela 5.3.5 e 5.3.6 indicam que de um modo global, a percepção destas tende a ser semelhante nas 4 categorias de peso.

Tabela 5.3.5

Análise comparativa entre a percepção materna (escala verbal) do peso dos filhos e o peso das próprias mães.

	Percepção verbal do peso dos filhos			
	Baixa N (%)	Correcta N (%)	Excessiva N (%)	Total N (%)
Peso das mães				
Peso baixo	3 (75.0%)	1 (25.0%)	0 (0%)	4 (100%)
Peso normal	62 (38.8%)	97 (60.6%)	1 (0.6%)	160 (100%)
Excesso de peso	36 (39.1%)	55 (59.8%)	1 (1.1%)	92 (100%)
Obesidade	19 (54.2%)	23 (54.8%)	0 (0%)	42 (100%)
Total	85 (28.5%)	213 (71.5%)	2 (0.6%)	298 (100%)

Tabela 5.3.6

Análise comparativa entre a percepção materna (escala visual) do peso dos filhos e o peso das próprias mães.

	Percepção visual do peso dos filhos			
	Baixa N (%)	Correcta N (%)	Excessiva N (%)	Total N (%)
Peso das mães				
Peso baixo	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)	4 (100%)
Peso normal	95 (60.1%)	60 (38.0%)	3 (1.9%)	158 (100%)
Excesso de peso	55 (58.5%)	35 (37.2%)	4 (4.3%)	94 (100%)
Obesidade	23 (56.1%)	17 (41.5%)	1 (2.4%)	41 (100%)
Total	176 (59.3%)	113 (38%)	8 (2.7%)	297 (100%)

5.4. Efeito da percepção das mães sobre o peso dos filhos na variação da avaliação do comportamento alimentar dos mesmos.

Foi realizada uma MANOVA para verificar se a avaliação das mães relativamente ao comportamento alimentar dos filhos (medida pela escala CEBQ) se distinguia em função de uma correcta ou incorrecta percepção do peso real dos mesmos. Recorde-se que a avaliação da percepção das mães sobre o peso dos filhos foi avaliada sob duas metodologias diferentes: 1) avaliação verbal do peso e 2) avaliação visual do peso com base no contorno da figura humana. Desta forma, e para cada uma destas duas metodologias implementou-se uma MANOVA.

No que diz respeito à percepção verbal sobre o peso dos filhos, consideraram-se dois grupos de mães de acordo com a comparação entre a avaliação verbal do peso efectuada pelas mesmas e o peso real. Um grupo foi composto por mães que realizaram uma avaliação adequada do peso dos filhos – grupo “percepção do peso dos filhos correcta” – e o outro foi composto por mães que consideraram que os filhos eram mais magros do que na realidade eram – grupo “percepção do peso dos filhos baixa”. É de salientar que não se detectou nenhuma mãe que tivesse avaliado em excesso o peso do filho, com base nesta metodologia.

Os resultados da MANOVA indicaram que os dois grupos de mães se distinguiram quanto à avaliação do comportamento alimentar dos filhos, considerando o efeito conjunto das diferentes sub-escalas do CEBQ: Wilks' Lambda = 0.91; $F(8, 205) = 2.559$; $p = .011$; *partial eta squared* = 0.091. Contudo, e analisando especificamente cada subescala, constatou-se que apenas a resposta à saciedade produziu resultados estatisticamente significativos entre os dois grupos de mães, sendo as que avaliaram correctamente o peso dos seus filhos as que

identificaram valores mais elevados de saciedade nos filhos (ver significância de *F* Tabela 5.4.1).

Tabela 5.4.1

Diferenças nas sub-escalas do CEBQ em função da percepção verbal do peso dos filhos.

	Percepção verbal do peso dos filhos			<i>Partial Eta Squared</i>
	Baixa M (DP)	Correcta M (DP)	<i>F</i>	
CEBQ Subescalas				
Resposta à comida	10.61 (4.34)	9.57 (3.11)	3.94	.018
Prazer em comer	11.91 (2.84)	10.83 (2.68)	7.01	.032
Sobre ingestão emocional	7.44 (2.67)	6.65 (1.98)	5.75	.026
Desejo de beber	6.64 (3.14)	6.38 (2.90)	0.34	.002
Resposta à saciedade	12.34 (2.78)	14.17 (3.53)	13.59*	.060
Ingestão lenta	10.47 (3.39)	12.06 (3.20)	10.71	.048
Sub ingestão emocional	9.50 (2.91)	9.71 (2.85)	0.23	.001
Selectividade	17.33 (3.95)	18.03 (4.15)	1.33	.006

* Ajustamento de Benferroni, $p < 0.001$.

Relativamente à avaliação visual das mães com base na silhueta dos filhos, foram considerados três grupos. Um grupo foi composto por mães que realizaram uma avaliação adequada do peso dos filhos – grupo “percepção do peso dos filhos correcta” – outro foi composto por mães que consideraram que os filhos eram mais magros do que na realidade eram – grupo “percepção do peso dos filhos baixa” – e o terceiro referente às mães que apreciaram o peso dos filhos como sendo superior ao real – “percepção do peso dos filhos excessiva”.

A MANOVA revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos de mães na combinação dos factores da CEBQ: Wilks' Lambda=.860; $F(16, 394) = 1.929$; $p=.017$; *partial eta squared*=.073. Considerando cada um dos factores isoladamente verificou-se que ambos os grupos diferiram apenas em relação ao factor resposta à saciedade (ver significância de *F* Tabela 5.4.2), à semelhança do que se verificou na análise anterior, com base na percepção verbal do peso dos filhos.

Tabela 5.4.2

Diferenças nas sub-escalas do CEBQ em função da percepção visual do peso dos filhos.

	Figura dos filhos			<i>F</i>	<i>Partial Eta Squared</i>
	Baixa M (DP)	Correcta M (DP)	Excessiva M (DP)		
CEBQ Subescalas					
Resposta à comida	10.52(4.42)	9.40 (2.98)	12.80 (4.76)	4.05	.038
Prazer em comer	11.97 (2.82)	10.62 (2.65)	13.20 (3.35)	6.64	.061
Sobre ingestão emocional	7.38 (2.73)	6.60 (1.99)	8.20 (2.17)	3.44	.033
Desejo de beber	6.60 (3.16)	6.33 (2.96)	6.20 (2.17)	0.18	.002
Resposta à saciedade	12.24 (2.77)	14.30 (3.58)	12.80 (2.39)	7.97*	.072
Ingestão lenta	10.28 (3.43)	12.23 (3.20)	10.20 (3.49)	7.85	0.71
Sub ingestão emocional	9.14 (2.80)	9.66 (2.91)	11.00 (0.71)	1.36	.013
Selectividade	17.05 (3.85)	18.17 (4.28)	18.20 (2.39)	1.52	.015

* Ajustamento de Benferroni, $p < 0.001$.

As comparações *post hoc* (teste de Scheffé) efectuadas com o intuito de identificar nesta variável as fontes das diferenças demonstram que o grupo das mães com percepção do peso dos filhos baixa avaliou de forma significativamente inferior a “Resposta à saciedade” dos filhos comparativamente com as mães com percepção do peso dos filhos correcta. O grupo de mães com percepção do peso dos filhos baixa e o grupo de mães com percepção do peso dos filhos excessiva não apresentaram diferenças significativas entre si. O mesmo aconteceu entre o grupo de mães com percepção correcta e percepção do peso dos filhos excessiva.

5.5 Efeito do peso real dos filhos na variação da avaliação das mães do comportamento alimentar dos mesmos.

A análise da variância, one way MANOVA foi realizada para verificar se a avaliação das mães relativamente ao comportamento alimentar dos filhos (medida pela escala CEBQ) se distinguia em função do peso real dos mesmos. Neste sentido, considerou-se o peso dos filhos de acordo com três categorias: 1) “não excesso de peso”; 2) “excesso de peso” e 3) “obesidade”. Nesta análise, os grupos “peso baixo” e “peso normal” foram agrupados constituindo a categoria “não excesso de peso” na medida em que para o peso baixo $N < 30$.

Os resultados da MANOVA indicam que os estatutos de peso real dos filhos se distinguiram na combinação dos factores do CEBQ: Wilks' Lambda=.831; $F(16, 686)=4.157$; $p<.001$; *partial eta squared*=.089. Analisando especificamente cada factor, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de peso relativamente aos factores: “Resposta à comida”; “Prazer em comer”; “Resposta à saciedade” e “Ingestão lenta” (ver significância de F Tabela 5.5.1).

Tabela 5.5.1

Diferenças nas sub-escalas do CEBQ em função do peso real das crianças.

	Peso real dos filhos			F	<i>Partial Eta Squared</i>
	Não excesso de peso M (MD)	Excesso de peso M (MD)	Obesidade M (MD)		
CEBQ Subescalas					
Resposta à comida	9.41 (2.98)	9.53 (3.55)	12.73 (4.87)	17.41*	.091
Prazer em comer	10.69 (2.88)	11.53 (2.98)	12.83 (3.11)	10.33*	.056
Sobre ingestão emocional	6.87 (2.03)	7.12 (2.53)	7.76 (2.68)	2.91	.016
Desejo de beber	6.46 (2.99)	6.78 (2.77)	6.66 (3.34)	0.35	.002
Resposta à saciedade	14.56 (3.58)	12.85 (2.77)	12.37 (3.28)	12.11*	.065
Ingestão lenta	12.41 (3.20)	11.21 (3.25)	10.00 (3.23)	11.92*	.064
Sub ingestão emocional	10.06 (2.88)	9.39 (2.88)	9.80 (3.01)	1.52	.009
Selectividade	18.42 (4.15)	17.07 (4.03)	17.54 (4.58)	3.25	.018

*Ajustamento de Benferroni, $p<0.001$.

As comparações *post hoc* (teste de Scheffé) efectuadas com o intuito de identificar para cada variável as fontes das diferenças (ver tabela 5.5.2) demonstram que o grupo “Não excesso de peso” diferiu significativamente do grupo “obesidade” em todas as variáveis dependentes consideradas nesta análise. Os grupos que não apresentaram diferenças entre si em todos os factores, excepto na “Resposta à comida” foram o grupo “excesso de peso” e “obesidade”. No que diz aos grupos “não excesso de peso” e “excesso de peso” as diferenças estatisticamente significativas entre ambos, verificaram-se apenas na “Resposta à saciedade” e “Ingestão lenta”.

Tabela 5.5.2Comparações *post-hoc* entre os grupos de peso dos filhos nas sub-escalas do CEBQ.

	Peso real dos filhos		
	Não excesso de peso	Não excesso de peso	Excesso de peso
	vs	vs	vs
	Excesso de peso	Obesidade	Obesidade
CEBQ Subescalas			
Resposta à comida	n.s.	***	***
Prazer em comer	n.s.	***	n.s.
Resposta à saciedade	***	***	n.s.
Ingestão lenta	***	***	n.s.

n.s. ($p > .05$); *** $p < .001$

6. Discussão

6.1 Análise da prevalência de excesso de peso e obesidade dos filhos.

De um modo global, os resultados apontaram para uma escassa variação da prevalência de excesso de peso e obesidade consoante o género das crianças. Neste sentido, verificou-se que 14.7% (68 em 215) das raparigas e que 16% (74 em 246) dos rapazes apresentaram excesso de peso e obesidade, perfazendo um total de 30.7%. Hernandez et al. (2010) obtiveram valores de excesso de peso e obesidade semelhantes aos verificados neste estudo (32.7%).

Não obstante, a prevalência de excesso de peso e obesidade dos filhos verificados neste estudo podem ser considerados preocupantes. Vários estudos demonstraram evidências consistentes entre o peso excessivo em idade pediátrica e peso excessivo em fases da vida posteriores, e apontaram para o aumento do risco de morbilidade (Garn et al., 1981; 2000). As razões para este importante problema de saúde não são claras, uma vez que alguns estudos revelaram que vários factores, nomeadamente, genéticos, ambientais e comportamentais (Ogden, 2004; Singhal et al., 2007; Yang et al., 2007) estão envolvidos de forma complexa no desenvolvimento da obesidade nestas idades (Yang et al., 2007).

Por outro lado, ressalta-se ainda que a população infantil é do ponto de vista psicológico, socioeconómico e cultural, dependente do ambiente onde vive (Oliveira et al., 2003; Singhal et al., 2007), ou seja, da sua família, sendo que as mães deste estudo apresentaram uma prevalência de excesso de peso e obesidade de 42.7% (220 em 515). Neste sentido, é importante ter em consideração que os comportamentos e atitudes alimentares das mães podem propiciar condições que levem ao desenvolvimento de problemas alimentares nos filhos

6.2 Análise comparativa entre a percepção materna do peso dos filhos e o peso real dos mesmos

A análise comparativa entre a percepção materna sobre o peso dos filhos (através de uma escala verbal e de uma escala visual), com o actual peso dos mesmos foi semelhante em ambas as metodologias e permitiu constatar, de uma forma expressiva, que as mães subestimaram o peso das crianças, sobretudo se estas apresentavam excesso de peso ou obesidade. Estes resultados são consistentes com a maioria dos estudos prévios realizados

noutros países e confirmam que as mães tendem a perceber os filhos como sendo mais magros do que são na realidade (Chaimovitz, Issenman, Moffat, & Persad, 2008; Hackie & Bowles, 2007; Killion, Hudges, Went, Pease & Nicklas, 2006; Vanhala et al. 2011; Vuorela, Saha & Salo, 2010; West et al. 2008).

Nesta análise, apesar da clara ocorrência de erros de subestimação, verificou-se ainda uma minoria de mães (n=10) que estimaram em excesso o estatuto de peso das crianças. Contudo, devido à escassa representatividade de mães que avaliaram o peso dos filhos como sendo superior ao real, estes erros de percepção não foram considerados relevantes.

Relativamente à análise da percepção verbal materna sobre o peso dos filhos, verificou-se que as mães avaliaram com maior precisão o peso dos seus filhos quando estes não apresentavam excesso de peso ou obesidade. Em relação às crianças com excesso de peso, apenas 7 das 58 mães o perceberam correctamente. Dados idênticos foram encontrados por Adams et al. (2005). Por outro lado, nenhuma mãe considerou o filho “obeso” como tal, à semelhança dos estudos efectuados por Carnell et al. (2005) e Etelson et al. (2003). Relembra-se que a prevalência da população infantil com excesso de peso e obesidade nesta amostra é de 30.7% (19.9% e 10.8%, respectivamente), sendo que quase todas as mães (51 em 58) de crianças com excesso de peso e a quase metade das mães (14 em 37) de crianças com obesidade consideraram que os filhos tinham um “peso normal”. Estes resultados foram semelhantes aos verificados noutros estudos (Manios et al. 2008; Jeffery et al., 2005; Vanhala et al., 2011).

No geral, houve 59.9% de percepções correctas e 40.3% de percepções erradas, sendo que destas últimas, a grande maioria (88 em 126) se reportam a mães que não reconheceram correctamente o excesso de peso e obesidade dos filhos.

No que diz respeito à análise da percepção visual materna sobre o peso dos filhos, observou-se igualmente uma dificuldade das mães reconhecerem o real peso dos mesmos, sendo que em relação às crianças com excesso de peso, apenas 5.2% (16 em 60) mães perceberam este peso correctamente e nenhuma considerou o filho “obeso” como tal.

Nesta análise verificou-se que uma minoria de mães (10 em 96) classificou o peso excessivo e obeso dos filhos como sendo “peso baixo”. Constatou-se ainda, que quase metade (44 em 96) das mães de crianças com excesso de peso e obesidade perceberam o peso dos mesmos como “peso normal”. Resultados ainda mais expressivos obtiveram Waschburger e Kröller (2009) no seu estudo, utilizando a mesma metodologia para a avaliação do peso dos filhos, com 80% de percepções erradas para o excesso de peso dos filhos.

No geral, houve 38.2% de percepções correctas e 61.8% de percepções erradas, sendo que destas últimas verificou-se que quase metade das mães (26.2%) não reconheceu o excesso de peso e obesidade dos filhos. Estes dados são comparáveis aos verificados por Hernandez et al. (2010), em que ocorreu erros de percepção em mais de metade das crianças. Por outro lado, a percentagem de subestimações desta investigação foi superior a outros estudos (Lazzaretti et al., 2006).

Comparando as duas metodologias utilizadas para avaliar a percepção materna do peso dos filhos, vários autores defendem, tendo em conta os resultados que obtiveram nas suas investigações, que esta percepção é mais ajustada à realidade quando é avaliada através da escala visual (Eckstein et al. 2006; Hernandez et al. 2010; Killion et al. 2006; Warschburger & Kröller, 2009). Contudo, no presente estudo, não se observou genericamente uma melhoria a este nível. Pelo contrário, a avaliação verbal do peso dos filhos revelou um maior número de percepções correctas (59.9% vs 38.2) e um menor número de percepções erradas (40.3% vs 61.8%). Todavia, considerando em específico a categoria “excesso de peso” constatou-se que a escala visual foi efectivamente mais sensível para identificar esta condição, quando comparada com a escala verbal (5.2% vs 2.2%). Este dado sugere que, apesar de as mães verem uma silhueta correspondente ao excesso de peso, não o consideram como tal. Esta discrepância realça a importância de se utilizarem as duas escalas na avaliação da percepção parental, na medida em que o conceito pessoal que se desenvolve sobre o excesso de peso pode não corresponder à realidade observável. Efectivamente, o conceito sobre peso (in)correcto é subjectivo e idiossincrático. Em termos de intervenção, importa que a percepção do peso efectuada pelos pais das crianças com excesso de peso ou obesidade seja coincidente entre ambas as escalas (visual e verbal), pois assim se garantirá que o excesso de peso observado é interpretado como tal.

Considera-se que a elevada percentagem de erros de subestimação das mães na sua avaliação do peso dos filhos verificadas nesta análise, poderá relacionar-se com vários factores. Entre estes, alguns autores apontam para o desconforto das mães ao classificar o seu filho dentro das categorias: “excesso de peso” e sobretudo “obesidade” (Lazzaretti et al. 2006), bem como para a relutância em admitir que as suas crianças se encontram numa condição social indesejável e estigmatizante. Outros indicam a falta de conhecimento e percepção errada sobre o significado de peso excessivo ou peso saudável (Jain et al., 2001; Maynard et al. 2003) e para a falta de conhecimento dos riscos para a saúde associados ao elevado peso. Ainda, Killion et al. (2006) constataram que, subjacente ao erro de percepção,

as mães constroem informação positiva (e.g., crença de que um corpo grande, “bem alimentado” significa ser saudável) sobre o estatuto de peso dos filhos, defendendo que tais crenças são adaptativas e promotoras de bem-estar. Neste sentido, os autores acrescentaram que 60% das mães de crianças com excesso de peso afirmaram estar satisfeitas com o peso dos filhos ou desejar que fosse mais pesado.

Contudo, os resultados obtidos têm importantes implicações na saúde das crianças, dado que a percepção da mãe sobre o peso dos filhos pode ser um determinante relevante para o aumento do peso corporal da criança (Kroke, Strathmann & Gunther, 2006). Deste modo, parece preocupante que os pais não reconheçam os filhos em risco de desenvolver problemas de saúde associados ao peso excessivo. E embora muitas mães não revelem preocupação com o peso ou saúde dos seus filhos com peso excessivo (Adams, Quinn & Prince, 2005; Genovesi et al. 2005; He & Evans, 2007; Holm-Denoma et al. 2005) acredita-se, no entanto, que se estas estivessem cientes de tais malefícios, talvez não fosse tão difícil incutir regras na alimentação dos filhos e introduzir hábitos alimentares mais saudáveis na dinâmica familiar (Jain et al. 2001).

6.3 Análise dos factores associados ao erro de percepção materna do peso dos filhos.

Não existe uma explicação clara sobre a razão pela qual os pais não reconhecem o excesso de peso e obesidade dos filhos (Luittikhuis et al. 2010). Neste estudo, os factores avaliados (através de uma escala verbal e de uma escala visual), foram o sexo das crianças, idade das mesmas e peso das mães. Contudo, há semelhança do que Carnell et al. (2005) e He e Evans (2010) concluíram, não se verificou uma associação entre os erros de percepção materna do peso dos filhos e tais factores, sendo que os resultados obtidos em ambas as metodologias utilizadas foram congruentes. Não obstante, existem outros estudos em que essa associação foi verificada (Baugchum et al. 2000; Eckstein et al. 2006; Huang et al., 2007; Jeffery et al. 2005; Manios, Kondaki, Kourlaba, Vasilopoulou & Grammatikaki, 2009; Maynard et al. 2003; Young-Hyman et al. 2000; Wald et al., 2007).

Comparando os dois métodos utilizados nesta análise, foi possível constatar, mais uma vez, que a escala verbal para avaliar os factores (idade e sexo das crianças e peso das mães) associados ao erro de percepção materna do peso dos filhos revelou um número superior de percepções correctas em todos os factores avaliados nesta análise. Ou seja, a percepção do peso tende a ser mais ajustada à realidade quando é avaliada através da escala verbal,

sugerindo assim, que os conceitos entre ambas as metodologias para avaliar o peso dos filhos não são condizentes.

6.4 Efeito da percepção das mães sobre o peso dos filhos na variação da avaliação do comportamento alimentar dos mesmos

No âmbito da análise da variação da avaliação das mães sobre o comportamento alimentar dos filhos de acordo com a percepção (verbal e visual) que estas têm sobre o peso dos mesmos, verificou-se que apenas o factor “Resposta à saciedade” diferiu significativamente em função dos grupos de percepção materna. O factor “Resposta à saciedade” avalia a capacidade de regulação do apetite, ou seja do controlo da ingestão (Viana & Sinde, 2008).

A “Resposta à saciedade” foi superior no grupo das mães que avaliaram correctamente o peso dos filhos, sendo que a correcta percepção foi mais frequente nos filhos que tinham “peso normal”. Por outro lado, observou-se que os valores de resposta à saciedade foram inferiores no grupo “percepção materna baixa”. Ou seja, a percepção materna que subestimou o peso dos filhos ocorreu sobretudo nas crianças que apresentavam um peso real excessivo, o que significa que estas têm respostas inferiores à saciedade. Estes resultados são consistentes com os verificados na literatura (Sleddens, Kremers & Thijs, 2008; Viana & Sinde, 2008; Viana et al. 2008; Wardle et al. 2001) que sugerem que esta competência é deficiente no obeso, ou seja, a saciedade tende a diminuir consoante o maior peso da criança. Deste modo, o facto destas não reconhecerem que estão saciadas durante a ingestão alimentar é considerado como uma possível causa comportamental da obesidade (Braet & van Strien, 1997).

Conclui-se através desta análise, que as mães que avaliaram incorrectamente o peso dos filhos, isto é, que estimaram por defeito o peso excessivo dos filhos tiveram a percepção que estes não ficam facilmente saciados. Estes resultados são importantes na medida em que demonstraram que apesar de as mães terem consciência que os filhos não ficam facilmente saciados, logo, comem mais, não reconhecem que também têm peso em excesso.

6.5 Efeito do peso real dos filhos na variação da avaliação das mães do comportamento alimentar dos mesmos

A análise da variação da avaliação do comportamento alimentar segundo os grupos de peso dos filhos, demonstra que estes se distinguiram em relação aos factores: “Resposta à comida”; “Prazer em comer”; “Resposta à saciedade” e “Ingestão lenta”. Contudo, não demonstraram diferenças entre si relativamente aos factores “Sobre ingestão emocional”, “Desejo em beber”, “Sub ingestão emocional” e “Selectividade”.

Neste estudo, verificou-se que o valor das subescalas “resposta à comida” e “prazer em comer”, que representam a atracção pela comida, aumentaram em função dos grupos de peso. Ou seja, as crianças que apresentaram peso em excesso, de acordo com as mães, tendiam a comer mais e a ter maior prazer em comer, comparativamente com as crianças com “não excesso de peso”. Por outro lado, os valores das subescalas “Resposta à saciedade” e “Ingestão lenta”, que representam o evitamento ou o desinteresse pela comida, foram superiores nos grupos de crianças com “não excesso de peso”, o que significa que as crianças com peso normal e peso baixo apresentaram uma tendência superior para estarem saciados e comerem mais devagar, em relação às crianças com peso excessivo.

Estes resultados são consistentes com o que se encontra descrito a propósito do modo como se espera que se comportem as crianças com diferentes “pesos” (Sleddens, Kremers & Thijs, 2008; Viana & Sinde, 2008; Viana et al. 2008; Wardle et al., 2001). Ou seja, é esperado que crianças com excesso de peso e, sobretudo, com obesidade apresentem maior interesse pela comida; traduzido pelo maior prazer em comer e uma ingestão superior de alimentos, comparativamente com as crianças com peso normal e peso baixo e tal, verificou-se nesta análise. Do mesmo modo, é esperado que as crianças com menor capacidade de regulação do apetite (“Resposta à saciedade”) apresentem excesso de peso ou obesidade, sendo que os dados obtidos também foram de encontro ao esperado. Constatou-se ainda, de acordo com o previsto que a “Ingestão lenta” associada à falta de interesse pela comida, foi comum nos grupos de peso inferior, assim como a “Selectividade alimentar”, pois traduz a falta de apetite e preferência por um grupo muito limitado de alimentos, encontrado por vezes nas perturbações alimentares da infância.

Por outro lado, estimava-se que o “Desejo de beber” associado ao interesse por bebidas açucaradas e entre as causas da obesidade nas crianças (Viana & Sinde, 2008) fosse superior nas crianças com peso excessivo, contudo, nesta análise, o desejo de beber não foi sensível às diferenças de “peso”. O mesmo aconteceu relativamente às sub escalas de ingestão

emocional avaliam o efeito de factores de “stress” emocional, funcionando como inibidores do apetite em alguns indivíduos e noutros como estimuladores do apetite. Ou seja, seria esperado que os obesos aumentassem a ingestão face a factores de stress (Braet & van Strien, 1997), e que as crianças do grupo de baixo peso diminuíssem a ingestão quando sujeitas ao efeito das emoções. Porém, os resultados obtidos neste estudo e a este nível, não confirmaram esta expectativa.

Uma conclusão importante ressalta quando se verifica, por um lado, que a grande maioria das mães erraram na percepção de excesso de peso e obesidade dos filhos, e por outro, que identificaram correctamente os comportamentos alimentares dos filhos associados ao aumento do peso. Mais uma vez, esta incongruência (isto é, repararem que os filhos comem muito, mas não perceberem que os mesmos estão com peso excessivo ou obeso) pode, entre outras razões, relacionar-se com o conceito desfasado que as mães têm sobre o que é “excesso de peso” ou “obesidade” e com o significado dos comportamentos alimentares dos filhos. Subjacente a este conceito pode estar a crença de que ter um “bom apetite” significa que os filhos são saudáveis, felizes e satisfeitos (Salim & Bicalho, 2004).

7. Conclusão

A obesidade é uma condição de saúde que tem um impacto significativo sobre a saúde física e mental da população, em especial da criança, pois compromete o seu funcionamento e desenvolvimento saudável futuro. Porém, as tentativas de combate à obesidade infantil só podem ser bem sucedidas se os pais reconhecerem o real peso dos filhos, uma vez que desempenham um papel central no seu crescimento.

Deste modo, o presente estudo permitiu aprofundar a percepção materna sobre o peso e o comportamento alimentar dos filhos. Os resultados revelam que as mães de crianças com excesso de peso e obesidade não reconheceram os filhos como tal, apesar de identificarem comportamentos alimentares condizentes com o peso excessivo.

Destes resultados ressaltam várias implicações. Por um lado, a tendência para os pais sub-valorizarem o peso excessivo dos filhos, pode resultar numa limitação para estes actuarem no sentido de promover uma dieta mais equilibrada e/ou prática de exercício físico. Em alguns casos, pode inclusivamente levar a que os pais incentivem os filhos a ingerir alimentos calóricos, desencadeando comportamentos pouco saudáveis nos seus filhos ou simplesmente, levar a que os pais não se importarem com o que estes comem (Gilliland et al., 2007), não facultando aos filhos o apoio necessário para estes alcançarem comportamentos saudáveis.

Por outro lado, o facto de as mães identificarem comportamentos alimentares promotores de excesso de peso, mas não reconhecerem o excesso de peso dos filhos em si é um dado relevante, mas cuja explicação não é possível de ser encontrada neste estudo. Neste sentido, apenas se podem levantar algumas hipóteses para tentar justificar os dados obtidos, nomeadamente, a possibilidade dos pais desvalorizarem o comportamento alimentar dos filhos, por o considerarem normal nas crianças ainda em crescimento, ou seja, por acreditarem que estas crianças precisam de se “alimentar bem” para crescerem saudáveis, acreditando que posteriormente irão estabilizar o seu peso. Pode traduzir questões emocionais, como a ideia de que não serão bons pais se limitarem ou negarem o acesso da comida aos filhos, ou ainda a crença de que as crianças mais “gordinhas” são também mais felizes. Esta desvalorização do comportamento alimentar promotor de excesso de peso pode relacionar-se também com um mecanismo de defesa dos pais (que pode ser consciente ou não), ou seja, ao não admitirem/acreditarem que os filhos têm peso excessivo, evitam enfrentar uma situação que socialmente é indesejável e até estigmatizante. Noutros casos, a falta de conhecimento sobre

hábitos saudáveis pode ser a razão para os pais não associarem o comportamento alimentar dos filhos promotor de excesso de peso com o estado de peso excessivo destes.

As considerações referidas têm importantes implicações para a prática. Neste âmbito é fundamental compreender as idiossincrasias educacionais e pessoais dos pais, que estão subjacentes aos erros de percepção e desvalorização do peso excessivo, de modo a intervir eficazmente em cada situação. Assim sendo, é importante consciencializar os pais sobre o significado de excesso de peso, informá-los sobre as consequências deste para a saúde e investir na mudança de mentalidade baseada em crenças e conceitos desfasados sobre a criança “gordinha”.

A principal limitação que se aponta a esta investigação, diz respeito ao facto de a amostra se centrar apenas numa zona específica do país. Deste modo, os resultados não poderão considerar-se representativos da população infantil portuguesa.

Neste sentido seria relevante estender este estudo a outras regiões do país, nomeadamente em meios rurais (e.g., onde a gastronomia tradicional é ainda mais valorizada, nos quais prevalecem conceitos baseados em crenças populares erradas, com maior dificuldade de acesso à informação na área da saúde, com grande prevalência de população idosa e com condições económicas inferiores), com o intuito de verificar se existem diferenças de mentalidade em relação ao peso ideal na infância e se estas se reflectem na avaliação do peso das crianças.

Assim, tendo em conta estas considerações referidas, assim como a inexistência de estudos sobre a percepção materna do peso dos filhos em Portugal, sugere-se que investigações futuras possam dar continuidade a este domínio, visando a generalização dos resultados para esta população e ainda a exploração dos factores (e.g., culturais, educacionais, económicos, idade e género da criança, peso dos pais, etc.), responsáveis pelos erros de percepção ao considerar o peso dos filhos. Pois, conhecendo tais factores, os programas de sensibilização para a prevenção de excesso de peso, levados a cabo juntos dos pais, poderiam intervir directamente nestas questões, desmistificando falsas crenças.

Referências

- Adams, A. K., Quinn, R. A. & Prince, R. J. (2005). Low recognition of childhood overweight and disease risk among Native-American caregivers. *Obesity Research, 13*, 146-152.
- Baughcum, A. E., Chamberlin, L. A., Deeks, C. M., Power, S. W. & Whitaker, R. C. (2000). Maternal perceptions of overweight preschool children. *Pediatrics, 106* (6), 1380-1386.
- Bracho, F. M. & Ramos, E. H. (2007). Percepción materna del estado nutricional de sus hijos: ¿Es un factor de riesgo para presentar malnutrición por exceso? *Revista Chilena de Pediatría, 78* (1), 20-27.
- Barros, A. A. (2004). Um quebra-cabeças chamado obesidade. *Jornal de Pediatría, 80* (1), 01-02.
- Boa-Sorte, N., Neri, A. L., Leite, M. E., Brito, S. M., Meirelles, A. R., Luduvic, F. B. *et al.* (2007) Percepção materna e autopercepção do estado nutricional de crianças e adolescentes de escolas privadas. *Journal of Pediatrics, 83* (4), 349-356.
- Braet, C., & van Strien, T. (1997). Assessment of emotional eating externally induced and restrained eating behavior in nine to twelve-year-old obese and non-obese children. *Behavior Research Therapy, 35*, 863-873.
- Burniat, W., Cole, T., Lissau, I. & Poskitt, E. (2002). *Child and adolescent obesity, causes and consequences, prevention and management*. Cambridge: University Press.
- Campbell, M. W., Williams, J. Hampton, A. & Wake, M. (2006). Maternal concern and perceptions of overweight in Australian preschool-aged children. *Medical Journal of Australia, 184* (6), 274-277.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., Reis, L., & Galvão Teles, A. (2006). Prevalence of obesity in Portugal. *Obesity Reviews, 7*, 233-237.
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., Vieira, J., Carreira, M., Medina, L., Reis, L., Myatt, J.

- & Galvão-Teles, A. (2008). Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003–2005. *Obesity Reviews*, 9, 11–19.
- Carnell, S. S., Edwards, C., Croker, H., Boniface, D. & Wardle, J. (2005). Parental perceptions of overweight in 3–5 y olds. *International Journal of Obesity* 29, 353-355.
- Carvalho, M. M., Padez, M. C. Moreira, P. A & Rosado, M. M. (2006). Overweight and obesity related to activities in Portuguese children, 7–9 years. *European Journal of Public Health*, 17 (1), 42–46.
- Chaimovitz, R., Issenman, R., Moffat, T., Persad, R. (2008). Body perception: do parents, their children, and their children’s physicians perceive body image differently? *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 47, 76-80.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M. & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International Survey. *British Medical Journal*, 6 (320), 1240–1243.
- Cole, T. J., Flegal, K. M., Nicholls, D., Jackson, A. A. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *British Medical Journal*, 335 (7612), 194-202.
- Chuproski, P. & Mello, D. F. (2009). Percepção materna do estado nutricional de seus filhos. *Revista de Nutrição*, 22 (6), 929-936.
- Costa, A. & Silva, C. (2007). Obesidade infantil – conhecimentos e comportamentos dos pais de crianças entre os 6-10anos. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Porto 6, 208-217.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. & Rasmussen, V. (eds.) (2004). Young people’s health in context: selected key findings from the Health Behaviour in School-aged Children study. *Health behavior in school aged children (HBSC)*. Copenhagen: World Health Organization.
- Davison K. K. & Birch, L. L. (2001). Weight status, parent reaction, and self-concept in five-year-old girls. *Pediatrics*, 107 (1), 46–53.

- Deckelbaum, R. J. & Williams, C. L. (2001). Childhood Obesity: The Health Issue. *Obesity Research*, 9 (4), 239-43.
- Díaz, M. (2000). Percepción maternal del estado nutritivo de sus hijos obesos. *Revista Chilena de Pediatría*, 71 (4), 316-20.
- Direcção Geral de Saúde (2005). *Programa nacional de combate à obesidade*. Lisboa.
- Eckstein, K. C., Mikhail, L. M., Ariza, A.J., Thompson, J. S., Millard, S.C. & Binns, H. J. (2006). Parent's perception of their child weight and health. *Pediatrics*, 117, 681-90.
- Etelson, D., Brand, D. A., Patrick, P.A. & Shirali, A. (2003). Childhood obesity: do parents recognize this health risk. *Obesity Research*, 11, 1362-8.
- Ferreira, R. J. & Marques-Vidal, P. M. (2008). Prevalence and Determinants of Obesity in Children in Public Schools of Sintra, Portugal. *Obesity*, 16, 497-500.
- Flamenbaum R. K. (2006). *Global Dimensions of Childhood Obesity*. Nova Science Publishers: New York.
- Friedman, J. M. (2000). Obesity in the new millennium. *Nature*, 404, 632-634.
- Fu, I., Curatolo, E. & Friedrich, S. (2000). Transtornos afectivos. *Revista brasileira de psiquiatria*, 22, 24-27.
- Garn, S. M., Bailey, S. B., Solomon, M. A. & Hopkins, P. J. (1981). Effect of remaining family members on fatness prediction. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 34, 148-153.
- Genovesi, S., Giussani, M, Faini, A., Vigorita, F., Pieruzzi, F., Strepparava, M. G., Stella, A. & Valsecchi, M. G. (2005). Maternal perception of excess weight in children: a survey conducted by paediatricians in the province of Milan. *Acta Paediatrica*, 94, 747-752.
- Giammattei, J., Blix, G., Marshak, H., Wollitzer, A. O. & Pettitt, D. J. (2003). Television watching and soft drink consumption: associations with obesity in year-old school children. *Archive of Pediatric & Adolescent Medicine*, 157 (9), 882-886.

- Gilliland, M. J., Windle, M., Grunbaum, L. A., Yancey, A., Hoelscher, D., Tortolero, S. R. & Schuster, M. A. (2007). Body Image and Children's Mental Health Related Behaviors: Results from the Healthy Passages Study. *Journal of Pediatric Psychology*, 32 (1), 30–41.
- Hackie, M., Bowles, C. L. (2007). Maternal perception of their overweight children. *Public Health Nursing*, 24, 538-546.
- He, M. & Evans, A. (2007). Are parents aware that their children are overweight or obese? *Do they care? Canadian Family Physician*, 53, 1493-1499.
- Hedley, A. A., Ogden, C. L., Johnson, C. L., Carroll, M. D., Curtin, L. R. & Flegal, K. M. (2004). Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents and adults, 1999–2000. *Journal of the American Medical Association*, 291(23), 2847–50.
- Hernandez, R. G., Cheng, T. L. & Serwint, J. R. (2010). Parents' Healthy Weight Perceptions and Preferences Regarding Obesity Counseling in Preschoolers: Pediatricians Matter. *Clinical Pediatrics*, 20 (10), 1-9.
- Hill, A. J. & Pallin, V. (1998). Dieting awareness and low self-worth: related issues in 8-year-old girls. *International Journal of Eating Disorder*, 24, 405–413.
- Holm-Denoma, J. M., Lewinsohn, P. M., Gau, J. M., Joiner, T. E., Striegel-Moore, R. & Otamendi, A. (2005). Parents' reports of the body shape and feeding habits of 36-month-old children: an investigation of gender differences. *International Journal of eating Disorder*, 38, 228-235.
- Huang, J. S., Becerra, K., Oda, T., Walker, E., Xu, R., Donohue, M., Chena, I., Curbelo, V. & Breslow, A. (2007). Parental ability to discriminate the weight status of children: results of a survey. *Pediatrics*, 120 (1), 112-119.
- Intagliata, V. M., Edward, H., Gesell, S. B., Shari, L. & Barkin, M. D. (2008). Accuracy of self- and parental perception of overweight among latino preadolescents. *North Carolina Medical Journal*, 69 (2), 88-92.
- International Obesity Task Force*. (2004). IOTF Children obesity report. London: IOTF.
- Jain, A., Sherman, S. N., Chamberlin, L. A., Carter, Y., Powers, S. W., Whitaker, R.C.

- (2001). Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight? *Pediatrics*, *107* (5), 1138-1146.
- Jeffery, A. N., Voss, L. D., Metcalf, B. S., Alba, S. & Wilkin, T. J. (2005). Parents' awareness of overweight in themselves and their children: cross sectional study within a cohort (Early Bird 21). *British Medical Journal*, *330*, 23-24.
- Johnson, F., Cooke, L., Croker, H. & Wardle J. (2008). Changing perceptions of weight in Great Britain: comparison of two population surveys. *British Medical Journal*, *337*, 1-5.
- Killion, L., Hughes, S. O., Wendt, J. C., Pease, D. & Nicklas, T. A. (2006) Minority mothers' perceptions of children's body size. *International Journal of Pediatric Obesity*, *1* (2), 96-102.
- Kotani, K., Nishida, M., Yamashita, S., Funahashi, T., Fujioka, S., Tokunaga, K. et al. (1997). Two decades of annual medical examinations in Japanese obese children: do obese children grow into obese adults? *International Journal of Obesity*, *21*(10), 912-921.
- Krebs, N. F., Himes, J. H., Jacobson, D., Nicklas, T. A., Guilday, P. & Styne, D. (2007). Assessment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics*, *120*, 193-219.
- Kroke, A., Strathmann, S. & Gunther A. L. (2006) A percepção das mães de peso do corpo de seu filho na infância e primeira infância e sua relação com o status de peso aos 7 anos. *European Journal of Pediatrics* *165*, 875-883.
- Lampard, A. M., Byrne, S. M., Zubrick, S. R. & Davis, E. A. (2008). Parents' concern about their children's weight? *International Journal of Pediatric Obesity*, *3* (2), 84-92.
- Lazzaretti, G., Casorelli, A., Giallombard, D., Grasso, A., Guidoni, C, Menoni, E., et al. (2006). Nutritional surveillance in Tuscany: maternal perception of nutritional status of 8-9 y-old school-children. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, *47*(1), 16-21.
- Luttikhuis, O. H., Stolk, R. P. & Sauer, P. J. (2010). How do parents of 4- to 5-year-old children perceive the weight of their children? *Acta Paediatrica*, *99*, 263-267.
- Luiz, A. M., Gorayeb, R., Júnior, R. R. & Domingos, N. A. (2005). Depressão, ansiedade,

- competências sociais e problemas comportamentais em criança. *Estudos de Psicologia*, 10 (3), 371-375.
- Mamun, A. A., McDermott, B. M., O'Callaghan, M. J., Najman, J. M. & Williams, G. M. (2008). Predictors of maternal misclassifications of their offspring's weight status: a longitudinal study. *International Journal of Obesity*, 32, 48-54.
- Manios, Y., Kondaki, K., Kourlaba, G., Vasilopoulou, E. & Grammatikaki, E. (2009). Maternal perceptions of their child's weight status: the GENESIS study. *Public Health Nutrition*, 12, 1099-1105.
- Margarey, A. M., Daniels, L. A., Boulton, T. J. & Cockington, R. A. (2001). Does fat intake predict adiposity in healthy children and adolescents aged 2-15 years? A longitudinal analysis. *European Journal of Clinical Nutrition*, 55 (6), 471-81.
- Maynard, L. M., Galuska, D.A., Blanck, H. M. & Serdula, M. K. (2003). Maternal perceptions of weight status of children. *Pediatrics*, 111 (5), 1226-31.
- Mendes J. M. & Barros, M. I. (2004). *Textos e perspectivas da produção do conhecimento em serviço social*. Porto Alegre: Edipucrs.
- Moreira, P. (2007). Overweight and obesity in Portuguese children and adolescents. *Journal of Public Health*, 15 (3), 155-161.
- Muhammad, N. A., Omar, K., Shah, S. A., Muthupalaniappen, L. & Arshad, F. (2008). Parental perception of their children's weight status, and its association with their nutrition and obesity knowledge. *Asia Pacific Journal of Clinic Nutrition*, 17 (4), 597-602.
- Nobre, L. E., Jorge, Z., Macedo, A., Jácome de Castro J. (2004). Tendências do peso em Portugal no final do século XX, estudo de coorte de jovens do sexo masculino. *Acta Medica Portuguesa*, 17, 205-209.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Climepsi: Lisboa.
- Oliveira, A. M., Cerqueira, E. M., Souza, J. S. & Oliveira, A. C. (2003). Sobrepeso e obesidade infantil: influência de factores biológicos e ambientais em feira de Santana, BA. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 47 (2), 144-50.

- Oliveira F. L. & Escrivão, M. A. (2001). Obesidade exógena na infância e na adolescência. In: *Temas de nutrição em pediatria*. Departamento de nutrição da Sociedade Brasileira de Pediatria SBP.
- OMS. Organisation Mondiale de la Santé. (2003). OMS, *Série de Rapports techniques*.
Obésité: prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale: rapport d'une consultation de l'OMS (894). Geneva: WHO.
- Padez, C., Fernandes T., Mourão I., Moreira, P. & Rosado V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9 year-old Portuguese Children: trends in body mass index from 1970-2002. *American Journal of Human Biology*, 16 (6), 670-8.
- Page, A., Cooper, A.R., Stamatakis, E., Foster, L. J., Crowne, E. C., Sabin, M. & Shield, J. P. (2005). Physical activity patterns in nonobese and obese children assessed using minute accelerometry. *International Journal of Obesity*, 29 (9), 1070-6.
- Pimenta, A. & Palma, A. (2001). Perfil epidemiológico da obesidade em crianças: relação entre televisão, actividade física e obesidade. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 9 (4), 19-24.
- Pinheiro, A. P. & Giugliani, E. R. (2006). Who are the children with adequate weight who feel fat? *Journal of Pediatrics*, 82, 232-235.
- Proctor, M. H., Moore, L. L., Gao, D., Cupples, L. A., Bradlee, M. L., Hood, M. Y., et al. (2003). Television viewing and change in body fat from preschool to early adolescence: The Framingham Children's Study. *International Journal of Obesity*, 27, 827-833.
- Reilly, J. J., Methven, E., McDowell, Z. C., Hacking, B., Alexander, D., Stewart, L. & Kelnar, C. J. (2003). Health consequences of obesity. *Archives Disease in Childhood*, 88, 748-752.
- Rhee, K. E., Lago, C. W., Arscott-Mills, T., Mehta, S. D. & Davis, R. K. (2005). Factors associated with parental readiness to make changes for overweight children. *Pediatrics*, 116 (1), 94-101.
- Rito, A. & Anjos, A. (2002). Critérios actuais na antropometria nutricional de crianças. *Alimentação Humana*, 8 (2), 47-60.

- Salanave, B., Peneau, S., Rolland-Cachera, M. F., Hercberg, S. & Castetbon, K. (2009). Stabilization of overweight prevalence in French children between 2000 and 2007. *International Journal of Pediatric Obesity*, 4 (2), 66-72.
- Salim, C. M. & Bicalho, R. N. (2004). Obesidade infantil: aspectos psicológicos envolvidos na causa e suas consequências. *Universidade Ciência e Saúde, Brasília*, 2 (1), 1-16.
- Seidell, J. C. & Flegal, K. M. (1997). Assessing obesity: classification and epidemiology. *British Medical Bulletin*, 53 (2), 238-252.
- Singhal, V., Schwenk, W. F. & Kumar, S. (2007). Evaluation and management on childhood and adolescent obesity. *Mayo Clinic Proceedings*, 82 (10), 1258–64.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J. L. & Cardoso, H. (2008). Porque comemos o que comemos? Determinantes psicossociais da selecção alimentar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (2), 189-208.
- Sleddens, E. F., Kremers, S. P. & Thijs, C. (2008). The Children's Eating Behaviour Questionnaire: factorial validity and association with Body Mass Index in Dutch children aged 6–7. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5 (49): 1-9.
- Sousa, J., Loureiro, I. & Carmo, I. (2008). A obesidade infantil: um problema emergente. *Saúde & Tecnologia*, 2, 5-15.
- Straub, R. S. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Strauss, R. S. & Knight, J. (1999). Influence of the home environment on the development of obesity in children. *Pediatric*, 103 (6), 85.
- Strauss, R. S. (2000). Childhood Obesity and Self-Esteem. *Pediatrics*, 105 (1), 1-5.
- Temple, J. L., Giacomelli, A. M., Kent, M. K., Roemmich, J. N. & Epstein, L. H. (2007). Television watching increases motivated responding for food and energy intake in children. *American Journal of Clinical Nutrition*, 85, 355-361.
- Tremblay, M. S. & Willms, J. D. (2000). Secular trends in the body mass index of Canadian children. *Canadian Medical Association Journal*, 163 (11), 1429–1433.

- Vale, S., Santos, R., Soares-Miranda, L., Rêgo, C., Moreira, P. & Mota, J. (2011). Prevalence of overweight and obesity among Portuguese preschoolers. *Archives of Exercise Health Disease*, 2 (1), 65-68.
- Vanhala, M. L., Keinänen-Kiukaanniemi, S. M., Kaikkonen, K. M., Laitinen, J. H. & Korpelainen, R. I. (2011). Factors associated with parental recognition of a child's overweight status - a cross sectional study. *BMC Public Health*, 11, 665.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4, 611-624.
- Viana, V., Guerra, P., Coelho, A., Almeida, P., Guardiano, M., Vaz, R. & Guimarães, J. (2008). Caracterização do estilo alimentar de crianças com perturbações alimentares. *Psicologia, Saúde & Doença*, 9 (2), 233-243.
- Viana, V. & Sinde, S. (2008). O comportamento alimentar em crianças: estudo de validação de um questionário numa amostra portuguesa (CEBQ). *Análise Psicológica*, 1 (26), 111-120.
- Viana, V., Sinde, S. & Saxton, C. J. (2008). Children's Eating Behaviour Questionnaire: associations with BMI in Portuguese children. *British Journal of Nutrition*, 100, 445-450.
- Viner, R. M. & Cole, T. J. (2005). Adult socioeconomic, educational, social and psychological outcomes of childhood obesity: a national birth cohort study. *British Medical Journal*, 11, 1354-1357.
- Vuorela, N., Saha, M. T. & Salo, M. K. (2010). Parents underestimate their child's overweight. *Acta Paediatrica*, 99, 1374-1379.
- Wald, E. R., Ewing, L. J., Cluss, P., Goldstrohm, S., Cipriani, L., Colborn, D. K. et al. (2007). Parental perception of children's weight in a paediatric primary care setting. *Child Care Health and Development*, 33(6), 738-743.
- Wang, Y. & Lobstein, T. (2006). Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1(1), 11-25.
- Wardle, J. (2007). Eating behaviour and obesity. *Obesity Reviews*, 8 (1), 73-75.

- Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S. & Rapport, L. (2001). Development of children's eating behavior questionnaire. *The Journal of child psychology & Psychiatry*, 42, (7), 963-970.
- Wardle, J., Haase, A. M. & Steptoe, A. (2006). Body image and weight control in young adults: international comparisons in university students from 22 countries. *International Journal of Obesity*, 30, 644-51.
- Warschburger, P. & Kröller, K. (2009). Maternal Perception of Weight Status and Health Risks Associated With Obesity in Children. *Pediatrics*, 124 (1), 60-68.
- West, D. S., Raczynski, J. M., Phillips, M. M., Bursac, Z., Gauss, C. H. & Montgomery, B. E. (2007). Parental recognition of overweight in school-age children. *Obesity*, 16 (3), 630-636.
- Whitaker, R. C., Wright, J. A., Pepe, M. S., Seidel, K. D. & Dietz, W.H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *New England Journal of Medicine*, 337, 869-73.
- WHO. The World Health Organization (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO.
- WHO. The World Health Organization. (2007). Prevalence of excess body weight and obesity in children and adolescents. European Environment and health information system. Copenhagen: WHO.
- Wrotniak, B. H., Epstein, L. H., Paluch, R. A. & Roemmich, J. N. (2004). Parent weight change as a predictor of child weight change in family-based behavioral obesity treatment. *Archieve of Pediatric & Adolescent Medicine*, 158(4), 342-347.
- Yang, W., Kelly, T., & He, J. (2007). Genetic Epidemiology of Obesity. *Epidemiologic Reviews*, 29, 49-61.
- Young-Hyman, D., Herman, L. J., Scott, D. L. & Schlundt, D. G. (2000). Care Giver Perception of Children's obesity-Related Health Risk: A Study of African American Families. *Obesity Reacherch*, 8 (3), 241-248.