
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



**DOUTORAMENTO EM PSICOLOGIA, ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM
PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO**

Mediação Parental do Uso dos *Media* na Prevenção da
Obesidade Infantil

ORIENTADOR: Professor Doutor Joaquim Armando Gomes Alves Ferreira

ORIENTANDA: Fátima Cristina Ribeiro de Almeida

Projecto Financiado pela **FCT** Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA

2012

Resumo

Este estudo tem como objectivo analisar e caracterizar a mediação parental no uso dos *media* junto dos pais de crianças e adolescentes e seu efeito protector na prevenção da obesidade infantil.

A amostra dos pais foi avaliada segundo os padrões de comunicação familiar e a atitude face à publicidade/publicidade infantil, enquanto que nas crianças/adolescentes é medido o auto-conceito, a capacidade empática e o *locus* de controlo da causalidade. Em ambas foram recolhidos dados relativos à mediação parental e hábitos televisivos.

Analisados os resultados foi encontrado, entre outras associações, um efeito protector da obesidade infantil na variável da atitude parental face à publicidade infantil. Este facto valida a eficácia de intervenções que elejam as crenças como dimensão prioritária, pois só através destas é possível modificar atitudes e comportamentos no sentido da maior protecção infantil.

Abstract

This study aims to analyse and characterize the parental mediation of media use among parents of children and adolescents and their protective effect in preventing childhood obesity.

The sample of parents was assessed according to family communication patterns and attitudes to advertising/child advertising, whereas in children/adolescents is measured self-concept, the capacity for empathy and *locus* of control causality. In both, data were collected for mediation and parental viewing habits.

Analysed the results was found, among other associations, a protective effect of childhood obesity in the variable of parental attitude to child advertising. This validates the effectiveness of interventions that elect beliefs as a priority dimension, because only through these is possible to change attitudes and behaviors towards greater protection of children.

Résumé

Cette étude vise à analyser et de caractériser la médiation parentale de l'utilisation des médias chez les parents d'enfants et adolescents et leur effet protecteur dans la prévention de l'obésité infantile.

L'échantillon de parents a été évaluée en fonction de schémas de communication familiale et les attitudes envers la publicité/publicité infantile, alors que chez les enfants/adolescents est mesurée le concept de soi, la capacité d'empathie et le *locus* de contrôle de la causalité. Dans les deux, données ont été recueillies pour la médiation et les habitudes télévisuelles des parents.

Analysés les résultats ont a trouvé, parmi d'autres associations, un effet protecteur del'obésité infantile dans la variable de l'attitude des parents envers la publicité infantile. Ceci valide l'efficacité des interventions qu'élisent les croyances en tant que dimension prioritaire, parce que seulement à travers de ceux-ci peuvent être changées les attitudes et les comportements vers une plus grande protection des enfants.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	2
CAPÍTULO I – OBESIDADE.....	3
1. A Epidemia da Obesidade.....	3
2. Estabelecimento da Epidemia da Obesidade e suas Consequências.....	6
2.1 As Quatro Fases de Ludwig.....	6
2.2. Morbilidades Físicas e Psiquiátricas.....	8
2.3. Impacto Económico da Obesidade.....	8
3. Pertinência da Intervenção: Carácter Prioritário da Obesidade em Saúde Pública.....	9
4. Obesidade Multifactorial: Factores de Risco da Obesidade.....	10
4.1. Factores Genéticos.....	12
4.2. Factores Familiares.....	12
4.3. Factores Sócio-Económicos.....	13
4.4. Factores Culturais.....	13
4.5. Factores Ambientais: Alterações.....	15
4.5.1. Visionamento Televisivo.....	16
4.5.2. O Sedentarismo Associado ao Visionamento Televisivo.....	19
4.5.3. A Alteração dos Hábitos e Padrões Alimentares.....	22
4.5.3.1. <i>Fast Food</i>	23
4.5.4. Publicidade Infantil Alimentar.....	24
4.5.5. Factores Ambientais nas Escolas.....	25
4.5.6. O Aumento do Sedentarismo e a Redução da Actividade Física.....	27
4.5.7. Efeito da Alteração dos Factores Ambientais: O Caso dos Países da Europa do Leste.....	30
4.6. Outros Factores de Risco.....	32
4.6.1. A Dieta.....	33
4.6.2. O Uso dos <i>Media</i>	34
4.6.3. A Insatisfação Corporal.....	35
4.6.4. Os Comentários Negativos Relativos ao Peso.....	36
5. Significados Sociais de Conceitos Associados à Obesidade.....	37
5.1. O Comportamento de Dieta.....	37
5.2. A Imagem Corporal, o Ideal de Beleza e os <i>Media</i>	39
6. A Abordagem Ecológica da Obesidade.....	42
7. A Responsabilidade Individual e a Responsabilidade Social.....	45
CAPÍTULO II – PUBLICIDADE INFANTIL.....	50
1. A Publicidade Infantil e o Consumo Alimentar.....	50
2. As Técnicas Sofisticadas da Publicidade Infantil.....	53
2.1. O Caso Particular dos <i>Advergames</i>	54
3. A Publicidade Alimentar Dirigida a Crianças.....	55
4. A Necessidade de Protecção Infantil.....	60
5. Educação para os <i>Media</i>	62
6. Regulação da Publicidade Infantil.....	67
6.1. Regulação Estatutária e Auto-Regulação.....	69

6.2. A Pertinência da Regulação Estatutária.....	73
6.3. A Actividade Reguladora nas Escolas.....	74
6.4. A Estratégia da Indústria Alimentar.....	74
6.5. A Questão Ética na Regulação da Publicidade.....	75
CAPÍTULO III – INTERVENÇÃO NA OBESIDADE.....	78
1. O Combate Europeu.....	78
2. As Medidas de Prevenção.....	81
2.1. Abordagem Educativa.....	83
2.2. Abordagem Ecológica.....	84
3. As Estratégias de Prevenção.....	84
4. As Medidas Aplicadas.....	88
4.1. As Críticas da Indústria.....	89
4.2. O Caso Espanhol.....	90
5. Os Projectos de Intervenção Preventiva.....	91
5.1. A Actividade Física num Programa de Intervenção.....	93
5.2. A Televisão enquanto Instrumento de Prevenção.....	94
5.3. Uma Nova Abordagem no Tratamento da Obesidade.....	95
6. Medidas de Intervenção.....	96
6.1. A Intervenção Recomendada aos Profissionais.....	102
7. As Recomendações.....	104
8. As Intervenções Individuais e as Intervenções Sociais.....	105
9. Percepções Comunitárias acerca da Obesidade: A Importância do Suporte Comunitário.....	106
10. Consequências na Saúde da Desigualdade Sócio-Económica.....	110
11. O Modelo de Acção Comunitária.....	111
11.1. As Cinco Fases.....	112
11.2. A Avaliação.....	113
11.3. As Dificuldades de Implementação e Consequentes Mudanças.....	113
11.4. Os Resultados.....	114
CAPÍTULO IV – OS PAIS, O USO DOS <i>MEDIA</i> E A PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL.....	115
1. A Responsabilidade Parental na Supervisão do Consumo dos <i>Media</i>	115
2. A Mediação Parental do Uso dos <i>Media</i> para Prevenção da Obesidade Infantil.....	118
Definição e Delimitação do Problema.....	123
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....	127
CAPÍTULO V – A MEDIAÇÃO PARENTAL DOS <i>MEDIA</i> E OBESIDADE INFANTIL.....	128
1. Objectivos, Questões Orientadoras e Hipóteses.....	128
1.1. Objectivos.....	128
1.2. Hipóteses.....	129
2. Metodologia.....	130
2.1. Amostra/Participantes.....	130
2.2. Instrumentos.....	133
2.2.1. Instrumentos das Crianças e Adolescentes: Escala de Auto-Conceito para Crianças de Piers-Harris; Índice de Reactividade Interpessoal de Davis (IRI); Escala de <i>Locus</i> de Controlo de Nowicki-Strickland; parte do Questionário de Rose, Bush & Kahle; e Questionário de Hábitos Televisivos... ..	133
2.2.2. Questionários dos Pais: Questionário de Rose, Bush & Kahle e Questionário de Hábitos Televisivos	136

2.3. Procedimento.....	137
2.4. Apresentação e Análise dos Resultados.....	138
2.5. Discussão dos Resultados.....	229
CONCLUSÃO.....	247
Referências.....	251
ANEXOS.....	280
ANEXO A: Questionário das Crianças do 4º e 6º Ano de Escolaridade.....	281
ANEXO B: Questionário dos Adolescentes do 8º Ano de Escolaridade.....	293
ANEXO C: Questionário dos Pais.....	305

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência do Sexo e do Ano de Escolaridade.....	131
Tabela 2 - Análise Descritiva do Peso, Altura e Índice de Massa Corporal.....	131
Tabela 3 - Frequência do Percentil do IMC.....	132
Tabela 4 - Frequência da Interpretação do Percentil do IMC.....	132
Tabela 5 – Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala Aspecto Comportamental.....	138
Tabela 6 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala Ansiedade.....	139
Tabela 7 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala Estatuto Intelectual.....	139
Tabela 8 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala Popularidade.....	140
Tabela 9 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala Aparência Física.....	140
Tabela 10 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala Satisfação-Felicidade.....	141
Tabela 11 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala Preocupação Empática.....	141
Tabela 12 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala Preocupação Empática após Exclusão do Item 4.....	142
Tabela 13 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala Tomada de Perspectiva.....	142
Tabela 14 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala Tomada de Perspectiva após Exclusão do Item 10.....	142
Tabela 15 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala Perturbação Pessoal.....	143
Tabela 16 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala Perturbação Pessoal após Exclusão do Item 9.....	143
Tabela 17 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da IRI....	144
Tabela 18 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da IRI após Exclusão dos Itens 4 e 10.....	144
Tabela 19 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da IRI após Exclusão dos Itens 4, 5 e 10.....	145
Tabela 20 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da IRI após Exclusão dos Itens 4, 5, 9 e 10.....	145
Tabela 21 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da IRI após Exclusão dos Itens 4, 5, 8, 9 e 10.....	146
Tabela 22 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala de <i>Locus</i> de Controlo para o 4º e 6º ano.....	146
Tabela 23 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala de <i>Locus</i> de Controlo para o 8º ano.....	147
Tabela 24 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala de Locus de Controlo.....	148
Tabela 25 – Análise Descritiva da Dimensão Co-visionamento (3 Itens) e da Dimensão Discussão acerca da Publicidade Televisiva (1 Item).....	149

Tabela 26 – Análise Descritiva da Dimensão Co-visionamento (3 Itens) e da Dimensão Discussão acerca da Publicidade Televisiva (1 Item) por Ano de Escolaridade.....	150
Tabela 27 – Análise Descritiva da Dimensão Co-visionamento (3 Itens) e da Dimensão Discussão acerca da Publicidade Televisiva (1 Item) por Sexo.....	151
Tabela 28 – Análise Descritiva da Dimensão Controlo do Visionamento Televisivo.....	152
Tabela 29 – Análise Descritiva da Dimensão Controlo do Visionamento Televisivo por Ano de Escolaridade.....	153
Tabela 30 – Análise Descritiva da Dimensão Controlo do Visionamento Televisivo por Sexo.....	154
Tabela 31 – Análise Descritiva das Respostas à Questão Relativa ao Prazer do Visionamento.....	155
Tabela 32 – Análise Descritiva das Respostas à Questão Relativa ao Prazer do Visionamento por Ano de Escolaridade.....	155
Tabela 33 – Análise Descritiva das Respostas à Questão Relativa ao Prazer do Visionamento por Sexo.....	156
Tabela 34 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas aos Equipamentos Audiovisuais Disponíveis: Televisão; TV Cabo; Parabólica; Vídeo; DVD; Televisão, Vídeo / DVD no Quarto da Criança ou Adolescente...	157
Tabela 35 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas aos Equipamentos Audiovisuais Disponíveis: Televisão; TV Cabo; Parabólica; Vídeo; DVD; Televisão, Vídeo / DVD no Quarto da Criança ou Adolescente por Ano de Escolaridade.....	158
Tabela 36 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas aos Equipamentos Audiovisuais Disponíveis: Televisão; TV Cabo; Parabólica; Vídeo; DVD; Televisão, Vídeo / DVD no Quarto da Criança ou Adolescente por Sexo.....	159
Tabela 37 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas ao Número de Horas de Visionamento Televisivo em Diferentes Situações.....	160
Tabela 38 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas ao Número de Horas de Visionamento Televisivo em Diferentes Situações por Ano de Escolaridade.....	161
Tabela 39 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas ao Número de Horas de Visionamento Televisivo em Diferentes Situações por Sexo.....	162
Tabela 40 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas ao Visionamento Televisivo: Companhia, Compreensão, Conversação, Restrição e Proibição.....	164
Tabela 41 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas ao Visionamento Televisivo: Companhia, Compreensão, Conversação, Restrição e Proibição por Ano de Escolaridade.....	167
Tabela 42 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas ao Visionamento Televisivo: Companhia, Compreensão, Conversação, Restrição e Proibição por Sexo.....	170
Tabela 43 – Análise Descritiva das Respostas à Questão Relativa à Dimensão Prazer do Visionamento.....	171
Tabela 44 – Análise Descritiva das Respostas à Questão Relativa à Dimensão Prazer do Visionamento por Ano de Escolaridade.....	172

Tabela 45 – Análise Descritiva das Respostas à Questão Relativa à Dimensão Prazer do Visionamento por Sexo.....	172
Tabela 46 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas à Dimensão Prazer no Consumo Alimentar.....	173
Tabela 47 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas à Dimensão Prazer no Consumo Alimentar por Ano de Escolaridade.....	173
Tabela 48 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas à Dimensão Prazer no Consumo Alimentar por Sexo.....	174
Tabela 49 – Análise Descritiva das Respostas a Questão Relativa à Dimensão Prazer no Consumo Alimentar.....	174
Tabela 50 – Análise Descritiva das Respostas a Questão Relativa à Dimensão Prazer no Consumo Alimentar por Ano de Escolaridade.....	175
Tabela 51 – Análise Descritiva das Respostas a Questão Relativa à Dimensão Prazer no Consumo Alimentar por Sexo.....	175
Tabela 52 – Análise Descritiva das Respostas à Questão Relativa à Dimensão Realismo Percebido.....	176
Tabela 53 – Análise Descritiva das Respostas à Questão Relativa à Dimensão Realismo Percebido por Ano de Escolaridade.....	176
Tabela 54 – Análise Descritiva das Respostas à Questão Relativa à Dimensão Realismo Percebido por Sexo.....	177
Tabela 55 – Análise Descritiva das Resposta a Questão Relativa à Dimensão Identificação com as Personagens dos Anúncios.....	177
Tabela 56 – Análise Descritiva das Resposta a Questão Relativa à Dimensão Identificação com as Personagens dos Anúncios por Ano de Escolaridade.....	177
Tabela 57 – Análise Descritiva das Resposta à Questão Relativa à Dimensão Identificação com as Personagens dos Anúncios por Sexo.....	178
Tabela 58 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala de Padrões de Comunicação Familiar – Comunicação Orientada para o Conceito.....	178
Tabela 59 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala de Padrões de Comunicação Familiar – Comunicação Sócio-Orientada.....	179
Tabela 60 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala de Atitude face à Publicidade – Atitude face à Publicidade.....	179
Tabela 61 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala de Atitude face à Publicidade – Atitude face à Publicidade Infantil.....	180
Tabela 62 – Análise Descritiva da Dimensão Co-visionamento (3 Itens) e da Dimensão Discussão acerca da Publicidade Televisiva (1 Item).....	181
Tabela 63 – Análise Descritiva da Dimensão Co-visionamento (3 Itens) e da Dimensão Discussão acerca da Publicidade Televisiva (1 Item) por Ano de Escolaridade.....	182
Tabela 64 – Análise Descritiva da Dimensão Co-visionamento (3 Itens) e da Dimensão Discussão acerca da Publicidade Televisiva (1 Item) por Sexo.....	183
Tabela 65 – Análise Descritiva da Dimensão Controlo do Visionamento Televisivo.....	184
Tabela 66 – Análise Descritiva da Dimensão Controlo do Visionamento Televisivo por Ano de Escolaridade.....	185
Tabela 67 – Análise Descritiva da Dimensão Controlo do Visionamento Televisivo por Sexo.....	186
Tabela 68 – Análise Descritiva das Respostas à Questão Relativa ao Prazer do Visionamento.....	187

Tabela 69 – Análise Descritiva das Respostas à Questão Relativa ao Prazer do Visionamento por Ano de Escolaridade.....	188
Tabela 70 – Análise Descritiva das Respostas à Questão Relativa ao Prazer do Visionamento por Sexo.....	188
Tabela 71 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas aos Equipamentos Audiovisuais Disponíveis: Televisão; TV Cabo; Parabólica; Vídeo; DVD; Televisão, Vídeo / DVD no Quarto da Criança ou Adolescente...	189
Tabela 72 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas aos Equipamentos Audiovisuais Disponíveis: Televisão; TV Cabo; Parabólica; Vídeo; DVD; Televisão, Vídeo / DVD no Quarto da Criança ou Adolescente por Ano de Escolaridade.....	190
Tabela 73 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas aos Equipamentos Audiovisuais Disponíveis: Televisão; TV Cabo; Parabólica; Vídeo; DVD; Televisão, Vídeo / DVD no Quarto da Criança ou Adolescente por Sexo.....	191
Tabela 74 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas ao Número de Horas de Visionamento Televisivo em Diferentes Situações.....	192
Tabela 75 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas ao Número de Horas de Visionamento Televisivo em Diferentes Situações por Ano de Escolaridade.....	193
Tabela 76 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas ao Número de Horas de Visionamento Televisivo em Diferentes Situações por Sexo.....	194
Tabela 77 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas ao Visionamento Televisivo: Companhia, Compreensão, Conversação, Restrição e Proibição.....	196
Tabela 78 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas ao Visionamento Televisivo: Companhia, Compreensão, Conversação, Restrição e Proibição por Ano de Escolaridade.....	199
Tabela 79 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas ao Visionamento Televisivo: Companhia, Compreensão, Conversação, Restrição e Proibição por Sexo.....	200
Tabela 80 – Análise dos Factores de Caracterização dos Participantes por Ano de Escolaridade.....	203
Tabela 81 - Análise dos Factores de Caracterização dos Participantes por Interpretação do Percentil do IMC.....	211
Tabela 82 - Matriz de Correlações entre as dimensões da Escala de Auto-Conceito para Crianças de Piers-Harris, as dimensões do Índice de Reactividade Interpessoal de Davis (IRI), a Escala de <i>Locus</i> de Controlo de Nowicki-Strickland, as dimensões de uma parte do Questionário de Rose, Bush & Kahle e as dimensões do Questionário de Hábitos Televisivos.....	212
Tabela 83 – IMC: Regressão Hierárquica das Variáveis Independentes.....	220
Tabela 84 – IMC: Coeficiente de Regressão das Variáveis Independentes.....	222
	223
	224
	226
	227

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Dimensão Ansiedade em função do Sexo e Ano de Escolaridade...	205
Gráfico 2 – Dimensão Co-visionamento em função do Sexo e Ano de Escolaridade.....	208
Gráfico 3 – Dimensão Comunicação Sócio-Orientada em função do Sexo e Ano de Escolaridade.....	209
Gráfico 4 – Dimensão Atitude face à Publicidade em função do Sexo e Ano de Escolaridade.....	210
Gráfico 5 – Dimensão Aspecto Comportamental em função do Sexo e Interpretação do Percentil do IMC.....	213
Gráfico 6 – Dimensão Tomada de Perspectiva em função do Sexo e Interpretação do Percentil do IMC.....	215
Gráfico 7 – Dimensão Perturbação Pessoal em função do Sexo e Interpretação do Percentil do IMC.....	216
Gráfico 8 – Dimensão Comunicação Sócio-Orientada em função do Sexo e Interpretação do Percentil do IMC.....	218

INTRODUÇÃO

Neste trabalho reflectiu-se sobre a problemática da obesidade infantil, sua prevenção através da mediação parental do uso dos *media*, analisando a literatura científica desta área de conhecimento. Admitem-se as hipóteses da mediação parental, dos padrões de comunicação familiar, da atitude face à publicidade e à publicidade infantil e de outras variáveis relativas às crianças, dependendo dos valores que assumirem, poderem ter um efeito protector sobre a influência negativa dos *media* na obesidade infantil. Estas hipóteses, deduzidas a partir de um conjunto de pressupostos teóricos, serão testadas através de uma amostra de cerca de 300 díades participantes constituídas por pai, mãe ou prestador de cuidados e criança que frequentem o 4º, 6º e 8º anos de escolaridade, e será administrado o Questionário dos Pais (Rose, Bush & Kahle, 1998, e Matos, 2004) e os Questionários das Crianças (Nowicki-Strickland, 1973; Piers-Harris, adaptada para a população portuguesa por Veiga, 1989, 2006; *IRI* de Davis, 1980, 1983, Matos, 2004, e escalas construídas no âmbito da presente investigação). Os resultados terão como objectivo mais alargado aumentar o conhecimento necessário ao estabelecimento de políticas no âmbito da educação para o consumo, onde o consumo alimentar assumirá especial importância.

Depois de contextualizar o problema de investigação na epidemia da obesidade infantil, seguiu-se a sua fundamentação que envolveu a reflexão em torno de vários aspectos relacionados com a obesidade infantil e sua prevenção. As consequências físicas e psíquicas da obesidade e o seu impacto económico contextualizam o carácter prioritário da intervenção nesta área. Foi considerada uma multiplicidade de factores de risco, destacando a alteração dos factores ambientais que actualmente se caracterizam por intenso uso dos *media*, sedentarismo, diminuição de actividade física, hábitos e padrões alimentares obesogénicos e publicidade infantil alimentar. A sofisticação das técnicas desta última tem aumentado a necessidade de protecção infantil através de meios como a regulação estatutária, apesar da resistência da indústria. Depois de apresentada uma multiplicidade de acções preventivas e recomendações, foi considerado o Modelo de Acção Comunitária como instrumento de intervenção eficaz numa lógica compreensiva, sistémica, ecológica e valorizadora da comunidade enquanto agente de transformação. Só depois se reflectiu sobre a responsabilidade parental na supervisão do consumo dos *media* e no papel preventivo dos pais, enquanto mediadores desse consumo nefasto para a saúde infantil.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I

OBESIDADE

1. A Epidemia da Obesidade

Pela primeira vez, em mais de um século, existe a possibilidade da manutenção dos padrões actuais de excesso de peso e obesidade reduzirem a esperança de vida das crianças norte-americanas em relação à dos pais. Acontece que apesar das pessoas estarem cada vez mais conscientes das consequências nefastas desta epidemia, esta persiste de forma alarmante (Devi, 2008). Também King, Hester & Gately (2007) citam o *House of Commons Health Committee* de 2004 para referir que a severidade da obesidade infantil é tal que as crianças de hoje são as primeiras, desde há mais de um século, a sofrer uma diminuição na sua esperança de vida. O que não é de surpreender se considerarmos os ambientes actuais, que promovem os estilos de vida inactivos e o excesso de consumo alimentar.

No mesmo sentido vão as afirmações de Ludwig (2007), que considera que, a inacção em relação ao problema da obesidade tornará cada nova geração mais gorda e doente do que a dos seus pais. As investigações mais recentes realizadas por *Harvard* apontam para um efeito “contagioso” da obesidade que funciona em dois sentidos, ou seja, o facto de se ter um amigo obeso aumenta a probabilidade de se tornar obeso e a perda de peso de um amigo ou familiar torna mais provável que o mesmo aconteça connosco (Devi, 2008).

Segundo Dietz (1998) e Baur (2002, ambos citados por Chapman, Nicholas, Banovic & Supramaniam, 2006), os investigadores que estudam a área da obesidade dizem que actualmente se assiste a uma “epidemia internacional de obesidade”, uma vez que nas últimas duas décadas e na maioria dos países, os números da obesidade infantil têm aumentado de forma impressionante. A nível mundial existem mais de um bilião e

meio de adultos e 10% de crianças que sofrem com o excesso de peso ou com a obesidade (Zimmet, sd, citado por Sibbald, 2006). Em número, existem actualmente mais pessoas com excesso de peso do que desnutridas, cujo número conhecido corresponde aos 800 milhões.

Também Malecka-Tendera & Mazur (2006) referem no seu estudo que a obesidade atinge mais de um bilião de pessoas no mundo. No caso da obesidade infantil, Deitel (2003) a partir dos dados da *International Obesity Task Force*, aponta para um número de 22 milhões de crianças obesas ou com excesso de peso e com menos de 5 anos de idade.

Nos países desenvolvidos tem-se assistido a um aumento assustador da prevalência do excesso de peso e obesidade nas crianças durante as últimas três décadas. Esta tendência verifica-se nos países desenvolvidos, mas também em algumas zonas do continente africano onde tem substituído a situação de má nutrição (Martorelli, Kettel, Hughes & Grummer-Strawn, 2000).

Segundo Fox (2003), nos EUA cerca de 30% das crianças sofrem de excesso de peso ou obesidade. Na Europa, os países mostram diferenças nos números, registando-se nas crianças dos países da Europa central e do leste níveis mais baixos de excesso de peso comparativamente às dos países localizados em redor do Mediterrâneo (Lobstein & Frelut, 2003).

A obesidade infantil instalou um estado de crise na área da saúde pública. Um dos problemas da obesidade infantil é o facto de 80% das crianças obesas chegar à idade adulta também obesa, com maior risco de morbilidade e mortalidade do que os adultos obesos que não foram crianças obesas (Freedman, Kahn, Dietz, Srinivasan & Berenson, 2001). As dificuldades cardiovasculares e metabólicas geralmente associadas à obesidade adulta tiveram início na infância. O problema da obesidade infantil tem sido negligenciado enquanto problema de saúde pública, mas o seu impacto na saúde poderá ser tão grande quanto o do tabagismo.

A epidemia da obesidade assume valores particularmente alarmantes nas crianças e adolescentes, o que nos faz antever uma nova geração que serão adultos obesos ou em

risco de virem a ser obesos e sofrerão ou estarão em risco de virem a sofrer de doenças como a diabetes e doença cardiovascular (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2003; Ogden, Flegal, Carroll et al., 2002; Evans, Finkelstein, Kamerow et al., 2005).

Em 2002 nos USA existiam mais de 60% dos adultos e 16% das crianças foram identificados como indivíduos com excesso de peso ou obesos, o que faz dos USA o país mais obeso do planeta. Este crescimento alarmante dos números relativos à obesidade tem-se difundido por muitos outros países atingindo adultos e crianças. São cada vez mais precoces as manifestações de doenças associadas à obesidade como é o caso da doença coronária, diabetes tipo 2, cancro e várias perturbações musculoesqueléticas. O resultado destas associações chega a traduzir-se na morte e mais frequentemente no aumento das despesas de saúde [Editorial *The Lancet*, 2002, 359 (9322)].

As estatísticas apresentam números assustadores. Segundo a *American Obesity Association*, 30% das crianças e adolescentes norte-americanos, com idades compreendidas entre os 6 e os 19 anos, têm excesso de peso e 15% são obesas. No mesmo sentido regista-se nesta faixa etária um aumento assinalável de ocorrência de diabetes tipo 2 entre outras condições relacionadas com a obesidade. Um estudo realizado e apresentado pelo *New England Journal of Medicine* em Dezembro de 2007, a partir do número dos adolescentes com excesso de peso em 2000 mostra que quando tiverem 35 anos, 37% dos homens e 44% das mulheres serão obesos (Devi, 2008). As estatísticas assustadoras da obesidade infantil agudizam a preocupação em relação ao aumento dos riscos de estabelecimento de condições de saúde física e psicossocial associadas à obesidade (*World Health Organization*, 2000, citada por Hardus, Van Vuuren, Crawford & Worsley, 2003).

Nos países desenvolvidos, os dados estatísticos mais recentes relativos à prevalência da obesidade infantil revelam uma diminuição, depois de anos seguidos de aumento exponencial (Han, Lawlor & Kimm, 2010). O estudo de Olds, Tomkinson, Ferrar & Maher, 2010), que analisou a prevalência do excesso de peso e obesidade infantil na Austrália entre 1985 e 2008, permitiu-lhes concluir que apesar de ainda ser elevada, esta prevalência parece ter estabilizado e não seguido a trajectória exponencial prevista. Também em Inglaterra, as taxas de excesso de peso e obesidade infantil em

crianças em idade escolar estabilizaram nos últimos anos, apesar desta tendência não ter sido verificada junto das crianças de estratos socioeconómicos mais desfavorecidos (Stamatakis, Wardle & Cole, 2010).

2. Estabelecimento da Epidemia da Obesidade e suas Consequências

2.1. As Quatro Fases de Ludwig

Na epidemia da obesidade Ludwig (2007) distingue quatro fases que se sobrepõem. A 1ª fase começou no início dos anos 70 e caracteriza-se pelo aumento progressivo do peso médio das crianças norte-americanas independentemente do estado de origem, dos níveis sócio-económicos, dos grupos étnicos e raciais (Ogden, Carroll, Curtin, McDowell, Tabak & Flegal, 2006). Esta fase conseguiu atrair a atenção dos médicos e do público em geral, mas teve pouco impacto na saúde pública, uma vez que os problemas de saúde apresentados por crianças obesas demoram algum tempo a aparecer.

A 2ª fase descreve a situação actual do surgimento de graves problemas de saúde relacionados com o peso na infância e adolescência (Ebbeling, Pawlak & Ludwig, 2002), como por exemplo a diabetes tipo 2, o fígado gordo associado a peso excessivo, e outras complicações associadas à obesidade que afectam potencialmente todos os órgãos como problemas ortopédicos e apneia do sono. Isto no plano físico porque num plano psicossocial encontra-se isolamento social, perturbações do comportamento alimentar, ansiedade e depressão.

Também Malecka-Tendera & Mazur (2006) referem as consequências do excesso de peso infantil: as crianças obesas estão em maior risco de sofrer de obesidade na idade adulta e esta última contribui para o aumento da morbilidade. Acontece que, face ao aumento da incidência da obesidade infantil, os pediatras têm que lidar com doenças que anteriormente só afectavam os adultos: a diabetes tipo 2, a síndrome metabólica, hepatite não-alcoólica e apneia obstrutiva do sono.

Ludwig (2007) prevê que daqui a muitos anos apareça a 3ª fase, marcada por problemas de saúde que conduzem a doenças que envolvem risco de vida. Esta fase resulta das consequências das situações encontradas na 2ª fase. Assim, e segundo dados canadianos, os adolescentes com diabetes tipo 2 terão nesta fase um risco elevado de sofrer uma amputação de um membro, de falha de rim a necessitar de diálise e de morte prematura e aqueles que têm o fígado gordo poderão sofrer de hepatite e cirrose. A pobreza e o isolamento social infelizmente contribui também para a não identificação destas situações em tempo útil.

Posteriormente, surgirá a 4ª fase que corresponderá à aceleração da taxa de obesidade por acção dos mecanismos transgeracionais. Para além da manutenção dos hábitos alimentares infantis durante a idade adulta, há uma tendência nas crianças obesas para sofrer alterações biológicas irreversíveis enquanto adultas no que respeita aos padrões hormonais, às células gordas, à sensação de fome e ao mau funcionamento metabólico. Outro mecanismo transgeracional actua ao nível perinatal, ou seja, a obesidade e os seus aspectos negativos na mulher adulta é transmitida aos descendentes através de factores não genéticos. Num estudo realizado por Hillier, Pedula, Schmidt, Mullen, Charles & Pettitt (2007) verificou-se que a hiperglicémia materna durante a gestação funciona como um forte preditor do Índice de Massa Corporal (IMC) da criança entre os 5 e os 7 anos de idade.

A respeito do IMC, Kumanyika (2003) afirma que este indicador é utilizado clinicamente na identificação de indivíduos com indicação para perder peso por motivo de saúde e no plano epidemiológico para medir a prevalência da obesidade e sua expressão na população. Apesar destas vantagens, esta medida tem os seus limites, pois não permite, por exemplo, medir a gordura corporal. Este facto não invalida esta medida no que respeita à obesidade, uma vez que os IMC elevados são acompanhados pelo aumento da diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, cancros, dificuldades respiratórias e osteoartrite do joelho.

2.2. Morbidades Físicas e Psiquiátricas

A obesidade que se inicia na infância tem muitas consequências físicas e psicológicas: diabetes tipo 2 (Nadler & Attie, 2001), problemas físicos agudos como as anormalidades ortopédicas, apneia do sono, pedras no fígado, esteatose hepática, resistência à insulina, hiperandrogenismo, síndrome do ovário poliquístico e proteínuria, que pode conduzir a doença renal terminal (Must & Strauss, 1999). As crianças obesas têm 9 em 10 vezes mais probabilidade de vir a sofrer de alta pressão arterial na idade adulta quando comparadas com crianças não obesas, podendo esta tendência para a elevada pressão arterial ocorrer desde os cinco anos de idade (Freedman, Kahn, Dietz, Srinivasan & Berenson, 2001). Importa ainda referir outras patologias de idade adulta relacionadas com a obesidade infantil como a arterioesclerose, o cancro do cólon e a artrite, havendo ainda nos adultos que foram crianças obesas um aumento de 1,5 a 2 vezes no risco de mortalidade (Must & Strauss, 1999).

O impacto social e psicológico da obesidade pode assumir dimensões significativas. No estudo de Davison & Birch (2001), crianças de 5 anos já utilizam conceitos negativos como preguiçoso e feio para descrever os seus pares obesos. Crianças em idade pré-escolar revelaram também ideias preconceituosas relativamente a brinquedos que representavam personagens gordas (Turnbull, Heaslip & McLeod, 2000). É muito provável que este tipo de atitudes tenha um impacto negativo na imagem corporal e auto-estima das crianças com excesso de peso. Ohzeki, Nakagawa, Nakanishi & Inaba (2001) encontraram em crianças obesas de apenas 5 anos baixos níveis de auto-conceito.

2.3. Impacto Económico da Obesidade

Ludwig (2007) face à epidemia da obesidade prevê que os custos actuais dos EUA com a obesidade infantil venham a piorar de forma catastrófica se a intervenção não se tornar efectiva e eficaz. Os custos com este problema não estão apenas relacionados com as despesas de saúde, mas também com o decréscimo de produtividade por incapacidades no plano físico e psicológico. O autor considera que as perdas económicas abrangem aspectos como a diminuição ou impossibilidade do acesso a

cuidados de saúde e sociais, com consequências negativas na competitividade internacional e custos humanos incalculáveis.

As consequências que a obesidade traz para a saúde das pessoas têm levado as companhias de seguros de saúde a implementar estilos de vida mais saudáveis e mudanças comportamentais, acreditando que se estas reflectem na diminuição das crescentes despesas de saúde. Os custos nos cuidados de saúde são de tal modo acentuados que o governo norte-americano tem dificultado o acesso a subsídios relativos às incapacidades associadas à obesidade (Devi, 2008).

3. Pertinência da Intervenção: Carácter Prioritário da Obesidade em Saúde Pública

Malecka-Tendera & Mazur (2006) denominam a obesidade infantil como a pandemia do século XXI. Desenvolveram um estudo com o objectivo de alertar para a necessidade dos investigadores e clínicos melhor compreenderem o contexto social e ambiental onde o problema da obesidade tem proliferado e desenvolverem métodos mais eficazes de prevenção e tratamento. Para atingir estes objectivos, os autores analisaram as acções do Grupo Europeu para a Obesidade que iniciou as suas actividades em 1991.

O estudo revelou uma grande necessidade de acções preventivas a desenvolver pelos clínicos gerais, de promoção de um estilo de vida saudável que podia envolver a participação dos *media*. Esta urgência de intervenção justifica-se pela presença cada vez maior de doenças motivadas pelo excesso de peso e obesidade. Nos adolescentes obesos surgem síndromas metabólicos, hepatites não-alcoólicas, diabetes tipo 2 e apneias do sono, havendo nos casos de obesidade mórbida consequências mais graves que necessitam de tratamentos mais agressivos. Malecka-Tendera & Mazur (2006) acabam por sugerir ao Grupo Europeu para a Obesidade um envolvimento mais activo no projecto de prevenção e intervenção no sentido de promoverem um estilo de vida saudável e um eficaz controlo do peso.

Segundo Goldman do *Columbia University Medical Centre*, os resultados das análises recentes não são surpreendentes, mas por um lado, a dimensão e impacto da obesidade adolescente têm um efeito de bloqueio da acção, e por outro, mostram a importância e a prioridade com que deve ser tratado este problema (Devi, 2008).

Haines & Neumark-Sztainer (2006) encontraram na literatura analisada uma ideia partilhada de que a obesidade, as perturbações do comportamento alimentar e as práticas de dietas pouco saudáveis na população mais jovem constituem grandes problemas de saúde pública, não só pela sua prevalência como pelas consequências nefastas ao nível da saúde física, psicológica e social.

De um modo geral, os estudos concluem que o excesso de peso e a obesidade nas crianças tende a manter-se durante a adolescência e a idade adulta, com consequências na saúde a longo prazo, sendo por isso tão importante a prevenção da obesidade infantil (Chapman et al., 2006). Cada vez mais o excesso de peso infantil é reconhecido como a maior preocupação com a saúde infantil (Hill & Trowbridge, 1998; *US Department of Health and Human Services*, 2000).

Ludwig (2007) estabelece ainda um paralelo com o problema do aquecimento global. Segundo ele, o aquecimento global e a obesidade são duas crises em crescendo que exigem acção antes de termos todo o conhecimento científico. A necessidade sentida de aumentar o conhecimento nestas áreas, alimentada pelo cepticismo atrasa a intervenção, agrava o problema, dificultando-se assim a sua solução. Contrariamente ao caso do aquecimento global, no caso da obesidade as soluções disponíveis são simples, não sendo difícil a sua implementação nacional numa perspectiva compreensiva.

4. Obesidade Multifactorial: Factores de Risco da Obesidade

Actualmente, a obesidade infantil constitui uma variável com comportamento epidémico nos países industrializados e ditos desenvolvidos. A obesidade pode assim ser entendida como uma síndrome com etiologia multifactorial, envolvendo interacções entre variáveis metabólicas, genéticas, ambientais, sociais e culturais (Carvalho, Padez, Moreira & Rosado, 2006). Considerando apenas a variação genética verifica-se que esta

não foi suficientemente significativa para justificar a intensidade do aumento dos números da obesidade. Aquilo a que se tem assistido nas últimas décadas diz mais respeito a alterações da dieta e da actividade física (Dietz, 2002).

Os especialistas consideram que o aumento da prevalência da obesidade infantil é resultado da acção de múltiplos factores e não apenas da genética ou do ambiente por si sós. Em relação à genética, a variação do *pool* genético ao longo de uma ou duas gerações é insuficiente para explicar o intenso aumento da obesidade infantil. Mesmo os casos de anormalidade na genética molecular, que estão associados à obesidade, constituem menos de 5% dos casos. Os genes podem ter a sua participação na acumulação de gordura corporal, mas precisam de estar associados a uma dieta calórica e a um estilo de vida sedentário. Também se sabe que, quando os pais são obesos, há um aumento significativo do risco das crianças virem a sofrer de excesso de peso e de o manterem na idade adulta.

A verdade é que os números de perturbações alimentares estão a aumentar, surgindo cada vez mais casos em crianças mais novas (Hill, Draper & Stack, 1994). Hoje admite-se que as perturbações alimentares tenham uma origem multifactorial, com a participação de factores como a predisposição biológica para a ansiedade e perturbações do humor; as capacidades de relacionamento interpessoal; e as expectativas culturais de beleza, enquanto que numa fase anterior era enfatizado o efeito da disfunção da dinâmica familiar.

O rápido aumento da obesidade infantil à escala mundial registado nas últimas décadas (Guillaume & Lissau, 2002), leva os investigadores a procurar as suas causas, existindo algum consenso relativamente aos factores genéticos e ambientais. Quanto aos factores genéticos, não negando a sua participação, parece improvável que sejam responsáveis por este aumento acentuado da obesidade, pois as modificações genéticas necessitam de maiores períodos de tempo. Mais provável é a contribuição dos factores ambientais, que nos últimos anos têm sofrido rápidas alterações, sobretudo nos países desenvolvidos: maior disponibilidade de alimentos e maior frequência de comportamentos sedentários, associados a pouca prática física (Bouchard, 1997).

4.1. Factores Genéticos

Conforme anteriormente referido, o aumento acentuado da obesidade infantil, verificado nos últimos vinte anos, dificilmente poderia ter sido causado por alterações genéticas, cujo desenvolvimento necessita de mais tempo. O facto de haver famílias obesas sugere uma predisposição genética para o excesso de peso. Segundo Froguel (2000) os estudos genéticos demonstraram que existe um contínuo de diferentes formas de obesidade. Boutin & Froguel (2001) referem a raridade destes casos de causa exclusivamente genética, de transmissão recessiva e onde o ambiente tem um papel meramente permissivo. Estes casos, geralmente, surgem numa idade precoce e constituem formas muito severas de obesidade.

Recentemente identificaram-se alguns defeitos genéticos causadores de determinadas formas de obesidade monogénica (Farooqi & O’Rahilly, 2000), mas a verdade é que as formas mais comuns de obesidade são poligénicas e os seus defeitos genéticos específicos não foram ainda identificados (Kalra, Dube, Pu, Xu, Horvath & Kalra, 1999).

4.2. Factores Familiares

Existem ainda outras características familiares frequentemente presentes nos casos de obesidade infantil: o excesso de peso das crianças não é percebido pelos pais ou não vêem a obesidade como factor de risco de uma saúde física comprometida (Carnell, Edwards, Croker, Boniface & Wardle, 2005).

Outros factores familiares importantes são o tipo de unidade económica familiar e o rendimento do agregado familiar. Denninson, Erb & Jenkins (2002) encontraram uma forte correlação entre o visionamento televisivo e a obesidade em crianças com baixos recursos económicos e com pais menos escolarizados.

4.3. Factores Sócio-Económicos

Outro factor que se encontra associado à obesidade infantil é o do baixo nível sócio-económico familiar (Reilly, Armstrong, Dorosty, Emmett, Ness, Rogers et al., 2005). No mesmo sentido vão as palavras de Strauss & Pollack (2001) que consideram que existem variações segundo o nível sócio-económico, havendo maior prevalência da obesidade infantil junto das crianças com menos recursos (Strauss & Pollack, 2001).

Apesar de não terem sido considerados por Carvalhal et al. (2006), a importância controversa dos factores sócio-económicos e do nível educacional dos pais é referida pelos autores. Os resultados contraditórios obtidos através de alguns estudos não excluem a relevância das relações encontradas por Sobal & Stunkard (1989), que associam o baixo estatuto sócio-económico ao aumento do risco de obesidade, devido a padrões alimentares pouco saudáveis, e sua relação com a diminuição da actividade física e com um pobre ambiente familiar.

No mesmo sentido, Swinburn et al. (2011) consideram que é possível prever os padrões da epidemia da obesidade consoante as condições sócio-económicas dos países. Assim, nos países mais desfavorecidos é frequente a obesidade atingir os indivíduos de meia-idade e de contextos urbanos e mais endinheirados (com maior prevalência no sexo feminino), enquanto que nos países onde a situação sócio-económica é melhor, a obesidade afecta os dois sexos e todas as idades, havendo uma incidência muito mais forte nos indivíduos das classes sociais mais baixas.

4.4. Factores Culturais

O crescimento acentuado e global da obesidade em crianças e adolescentes de todo o mundo constitui um problema que não é exclusivo de uma idade, género ou grupo étnico, apesar de nos EUA haver maior prevalência da obesidade nos cidadãos afro-americanos e hispânicos (Lustig, 2001).

Quase 1 em 4 crianças têm excesso de peso ou está em risco de vir a ter. A prevalência deste problema varia nos grupos raciais ou étnicos, sendo mais elevada nas

crianças americanas de origem mexicana, seguidas das crianças negras não-hispânicas (Ogden, Flegal, Carroll & Johnson, 2002).

As investigações norte-americanas demonstram que a população afro-americana e as minorias étnicas são as mais atingidas pela epidemia da obesidade, compreendendo esta relação variáveis como a pobreza e a falta de habilitações académicas. De todos os grupos étnicos norte-americanos, as mulheres afro-americanas são aquelas que apresentam números mais preocupantes. Quatro em cada cinco têm excesso de peso ou são obesas e registam taxas elevadas de diabetes e hipertensão, geralmente atribuídas a uma dieta rica em gordura barata, sal e açúcar. Também nas crianças e adolescentes a situação é de desequilíbrio. Na faixa etária entre os 6 e os 19 anos, quatro em cada dez crianças e adolescentes afro-americanos e méxico-americanos têm excesso de peso ou estão em risco de virem a ter (Devi, 2008).

Haby, Vos, Carter, Moodie, Marwick, Magnus, Tay-Teo & Swinburn (2006) realizaram a sua investigação em contexto australiano, e por isso, alertam para as indevidas generalizações dos resultados para outros países. Nestes, as intervenções podem funcionar de modo diferente, especialmente as intervenções comportamentais, mais sensíveis às diferenças de estilo de vida, cultura, crenças, educação e sistemas de saúde, para além das diferenças na prática da prevenção da obesidade. Num plano mais específico, existem diferenças no tamanho e estrutura da população, nas distribuições dos IMC e nas taxas relativas às doenças.

O carácter epidémico da obesidade mostra-se mais expressivo nos EUA, estando esta tendência a espalhar-se globalmente, com o aumento do número de pessoas afectadas seja este relativo a crianças ou adultos. Na comunidade afro-americana, as mulheres são quem mais sofre com a obesidade e as causas são variadas. O balanço energético positivo resulta obviamente do excesso de ingestão calórica em relação ao gasto energético, mas a razão deste balanço está associada a imensas dinâmicas sociais que potenciam o excesso alimentar e ao mesmo tempo a inactividade: o tipo de publicidade alimentar, o tamanho das porções alimentares, a necessidade de consumir refeições fora de casa, os padrões de transporte, o visionamento televisivo, a utilização do computador... Este tipo de alterações da rotina diária criou um contexto obesogénico

caracterizado pela combinação do conjunto dos factores sociais com outros de ordem comportamental, cultural e biológica (Kumanyika, 2003).

Segundo Whitt (2003), o elevado risco de obesidade das mulheres afro-americanas e das suas consequências cardiovasculares não são abrangidos pelos programas de gestão de peso disponíveis. A especificidade dos aspectos psicossociais, socioculturais e de saúde desta população têm que ser considerados na elaboração de um programa que permita dar resposta à sua situação de risco.

4.5. Factores Ambientais: Alterações

Van der Horst, Oenema, Ferreira, Wendel-Vos, Giskes, Van Lenthe & Brug (2007) realizaram neste âmbito uma revisão da literatura, onde encontraram um interesse crescente e significativo quanto ao papel do ambiente na formação do comportamento alimentar dos jovens, especialmente no contexto da prevenção da obesidade. É através do conhecimento dos factores ambientais associados aos comportamentos alimentares de jovens obesos que os autores pretendem chegar ao desenvolvimento das intervenções já realizadas.

Van der Horst et al. (2007) efectuaram uma revisão de literatura de 58 artigos científicos, centrando-se em factores socioculturais, económicos e ambientais, a um nível familiar, e deram conta de associações mais consistentes entre variáveis condicionadas pelas influências parentais, no que respeita ao consumo parental e educação.

Apesar de haver factores genéticos que afectam a massa corporal, a rapidez revelada por esta epidemia de obesidade aponta para uma contribuição mais importante dos factores ambientais. Estes são variados, mas a seu resultado pode ser resumido na diminuição de gasto energético e no aumento de ingestão calórica (Miller, Gold & Silverstein, 2003).

A actual epidemia da obesidade é frequentemente relacionada com a acção potencial e alargada de um conjunto factores comportamentais, sociais e ambientais.

Nos últimos tempos, tem-se assistido a alterações no consumo de *fast food* e de refeições não preparadas em casa, no aumento de tempo gasto em actividades sedentárias como o visionamento televisivo, a adopção de formas de entretenimento electrónico, diminuição da utilização de meios de transporte como o andar a pé e de bicicleta, maiores preocupações com a segurança em espaços públicos, maior disponibilidade e *marketing* alimentar, diminuição do tempo dispendido para as aulas de educação física nas escolas, menor utilização da actividade física como forma de ocupação e maior apropriação do tempo dos pais e da sua vida familiar (Crawford, 2002).

Aspectos como a preocupação com lesões, a maior importância atribuída à componente académica da educação e as limitações económicas funcionam como obstáculos que diminuem a prática de actividade física nas crianças. Copeland (2012) refere que a estes impedimentos juntam-se outros como o facto das horas diurnas serem gastas em espaços interiores e a falta de espaços seguros para brincarem perto do local onde as crianças residem.

4.5.1. Visionamento Televisivo

A grande alteração do estilo de vida ocorrida ao longo dos últimos 20 anos afectou adultos e crianças. O tempo habitualmente gasto a brincar na rua foi substituído pelo tempo dispendido a ver televisão ou a jogar jogos de computador. Segundo Lumeng, Appugliese, Cabral, Bradley & Zuckerman (2006), esta alteração deve-se ao facto dos pais percepcionarem os espaços exteriores como inseguros e daí resistirem à ideia de deixarem os filhos saírem para brincar.

Hancox & Poulton (2006) realizaram um estudo longitudinal onde procuraram avaliar o impacto que o visionamento televisivo durante a infância e a adolescência teria no IMC. Deram conta de uma significativa correlação positiva entre o IMC e prevalência de excesso de peso nas diferentes idades e a média de horas de visionamento televisivo. Isto significa que o tempo dispendido a ver televisão constitui um preditor significativo do IMC e do excesso de peso infantil, o que segundo os

autores (2006) faz do visionamento televisivo um factor participante na obesidade infantil.

A situação de epidemia global em que se tornou a obesidade infantil (Ebbeling, Pawlak & Ludwig, 2002) exige que se estabeleçam prioridades na intervenção. Interessa assim identificar o estilo de vida dos indivíduos e os factores ambientais que os conduziram a essa situação. De entre os factores ambientais, o visionamento televisivo impõe-se não só por ser mundialmente popular como por, no plano biológico, constituir causa provável do aumento de peso.

Esta associação entre visionamento televisivo e obesidade infantil aparece na literatura com alguma frequência, mas pouco se sabe acerca do impacto ou mecanismo de funcionamento desta relação. Marshall, Biddle, Gorely, Cameron & Murdey (2004) encontraram uma ligação consistente entre o tempo gasto a ver televisão e o excesso de peso, apesar da correlação ser fraca e com uma expressão clínica pouco provável. Outro estudo demonstrou a existência de uma relação entre o visionamento televisivo e um conjunto de efeitos negativos na saúde, sendo um deles o excesso de peso na idade adulta (Hancox, Milne & Poulton, 2004). No entanto, e de um modo geral, a literatura considera pouco provável que o visionamento televisivo seja uma causa importante na obesidade infantil.

O estudo de Hancox & Poulton (2006) confirmou a associação entre o visionamento televisivo na infância e o aumento de IMC, sendo esta correlação positiva mais forte junto das raparigas. Para além disso, esta associação manteve-se mesmo quando foram considerados factores como o estatuto sócio-económico e a tendência familiar para o excesso de peso. Estes dados e as análises regressivas efectuadas pelos autores apontam para uma associação de causa-efeito entre o visionamento televisivo e o excesso de peso. Os autores desconhecem a razão pela qual a associação entre visionamento televisivo e IMC é mais forte junto das adolescentes do sexo feminino, mas noutro estudo (Hancox, Milne & Poulton, 2004) verificaram que a correlação a longo prazo entre visionamento televisivo na infância e IMC na idade adulta não mostrava diferenças de intensidade entre os sexos.

Este estudo que confirma os resultados de outros, chega à mesma conclusão de Marshall, Biddle, Gorely, Cameron & Murdey (2004), que define o visionamento televisivo como factor de risco da obesidade infantil e fica na mesma dúvida: qual a importância clínica desta associação entre visionamento televisivo e IMC? As correlações encontradas neste e noutros estudos semelhantes sugerem que o visionamento televisivo tem pouco poder explicativo da variação no IMC (Cohen, 1992).

No entanto, Hancox & Poulton, (2006) não deixam de considerar que os hábitos de visionamento televisivo são uma das causas principais de obesidade infantil. Segundo Borzekowski & Robinson (1999) e Anderson, Field, Collins, Lorch & Nathan (1985), as auto-percepções das crianças / adolescentes e as percepções dos pais relativas às horas de visionamento televisivo mostram inexactidões, que podem estar por trás da fraqueza da correlação entre o visionamento televisivo e a obesidade infantil. Por outro lado, o estudo de Hancox & Poulton (2006) tinha poucos casos de excesso de peso e de obesidade, o que também pode contribuir para os resultados encontrados. Os Hancox & Poulton (2006) referem que as crianças que participaram no seu estudo cresceram antes do surgimento da obesidade como epidemia global. O efeito deste factor protector durou pouco, pois aos 26 anos 41% tinham excesso de peso ou eram obesos, estando este facto significativamente associado o tempo dispendido a ver televisão durante a infância (Hancox, Milne & Poulton, 2004).

Outro aspecto a considerar é o de nos casos onde toda a população está exposta ao risco, a força das correlações entre o factor de risco e o resultado surge subvalorizada. Nos casos do visionamento televisivo, não existem crianças que nunca tenham estado expostas à televisão, não se pode fazer um grupo de controlo com esta característica. Importa ainda lembrar, que não se pode negligenciar a força das correlações entre IMC e outros factores causais para além do visionamento televisivo. A equação geral que define obesidade como aquilo que ocorre se a energia ingerida através da dieta excede o gasto energético, inclui uma multiplicidade de factores para além do visionamento televisivo.

Apesar da complexa série de factores ambientais e genéticos que condicionam a gestão do peso, o recente e exuberante aumento da obesidade possivelmente estará mais

associado a alterações na dieta das crianças e nos níveis de actividade física. Provavelmente, o tempo gasto a ver televisão participa neste conjunto de factores ao interferir com estes dois (Hancox, Milne & Poulton, 2004; Taras, Sallis, Patterson, Nader & Nelson, 1989).

Hancox & Poulton (2006) concluem que, apesar do efeito de escala ser pequeno, a correlação entre o IMC e o visionamento televisivo é mais forte do que as correlações entre o IMC e a dieta ou a actividade física. Com base nos resultados obtidos, o visionamento televisivo mostra ter um papel importante na epidemia da obesidade infantil.

São vários os estudos que apoiam esta relação. Segundo Dietz & Gortmaker (1985), o visionamento televisivo reduz significativamente a taxa metabólica. Por outro lado, substitui a actividade física, aumenta o consumo de calorias ou porque as crianças as ingerem enquanto vêem televisão ou porque sofrem os efeitos da publicidade (Pate, Trost, Felton et al., 1997).

O visionamento televisivo contribui para a obesidade infantil não só através do sedentarismo como também por acção da publicidade de alimentos ricos em calorias (Kaur, Choi, Mayo & Harris, 2003).

Expôr as crianças a intenso visionamento televisivo, revistas e filmes aumenta o risco de sofrerem de diabetes. Mesmo quando se controlam outras variáveis, o visionamento televisivo por si só aumenta em 50% o risco de homens e mulheres virem a sofrer de excesso de peso (Fleming-Morn & Thiagarajah, 2005). O excesso de consumo dos *media* pode também estar associado à depressão infantil, podendo esta ser entendida com resultado de uma imagem corporal negativa ou como causa de um consumo intenso de televisão (Derenne & Beresin, 2006).

4.5.2. O Sedentarismo Associado ao Visionamento Televisivo

O visionamento televisivo pode ser considerado o comportamento mais sedentário na infância. Investigações como a de Dietz & Gortmaker (1985) demonstram que o

visionamento televisivo acaba por substituir comportamentos mais activos e expõe as crianças a estimulação pouco saudável, no que diz respeito ao consumo alimentar. Embora a associação entre televisão e obesidade seja bem conhecida, interessa compreender o mecanismo que está por trás desta relação. Só assim se pode contrariar este efeito e utilizar o instrumento que a televisão é para a prevenção da obesidade (Caroli et al., 2004).

A literatura relativa ao tempo gasto no visionamento televisivo e seu impacto na saúde dos sujeitos deu conta de uma correlação positiva entre o primeiro e presença de excesso de peso ou obesidade em indivíduos pertencentes a diferentes faixas etárias. Dietz & Gortmaker (1985) e Gortmaker, Must, Sobol, Peterson, Colditz & Dietz (1996) encontraram nos seus estudos esta associação entre intenso visionamento televisivo e o risco de obesidade. A limitação da maioria dos estudos realizados prende-se com o facto de serem transversais, o que resulta na suspeição de uma relação de causa-efeito que não pode ser comprovada (Gortmaker et al., 1996; Crespo, Smit, Troiano Bartlett, Macera & Andersen, 2001).

O estudo longitudinal de Proctor, Moore, Gao, Cuppler, Bradle, Hood & Ellison (2003), demonstrou que o visionamento televisivo é um factor preditivo independente de um IMC elevado. Embora o mesmo tipo de resultado não se tenha verificado em todos os estudos longitudinais, dois aspectos mostraram-se constantes: a detecção dos efeitos do visionamento televisivo no desenvolvimento da obesidade só ser possível depois de terem passado pelo menos dois anos e o facto desse efeito ser invisível depois de alguns meses ou até mesmo anos de observação. As investigações de Robinson, Hammer, Killen, Kraemer, Wilson, Hayward & Barr Taylor (1993) e de Robinson (1999) mostraram que a redução do tempo de visionamento televisivo por si só teve como efeito a diminuição do peso corporal. Outros dados como os que foram comparados entre o estudo de Dietz & Gortmaker (1985) e o de Crespo et al. (2001) vão no mesmo sentido, pois dão conta de que o número de crianças que vêem mais de quatro horas por dia de televisão aumentou ao mesmo tempo que o número de crianças com excesso de peso e obesidade. A literatura revela que as crianças começam cada vez mais cedo a ver televisão, o que mostra a extensão e a intensidade da relação entre visionamento televisivo e obesidade (Certain & Kahn, 2002).

A literatura relaciona o visionamento televisivo na infância e adolescência com maus indicadores de saúde: obesidade, má condição física, tabagismo e colesterol elevado. Hancox, Milne & Poulton (2004) realizaram um estudo longitudinal na Nova Zelândia, que encontrou uma associação entre o visionamento televisivo na infância e adolescência e elevados níveis de IMC, menor capacidade cardiorespiratória, maior tabagismo e maiores níveis de colesterol. Em termos percentuais, os autores demonstraram que o visionamento televisivo quando superior a duas horas por dia durante a infância e a adolescência resulta aos 26 anos em 17% de excesso de peso, 15% de aumento dos níveis de colesterol, 17% de tabagismo e 15% de má condição física. Pode-se então dizer que uma infância e adolescência ricas em visionamento televisivo têm como consequência o excesso de peso, pobre condição física, tabagismo e elevados níveis de colesterol na idade adulta. Para além disso, o visionamento excessivo pode ter efeitos negativos de longa duração para saúde.

Nos países desenvolvidos as crianças vêem televisão durante grandes períodos de tempo, de tal modo, que os estudos demonstram que o tempo gasto a ver televisão durante a infância e adolescência pode chegar a ser maior do que aquele que é passado na escola (Strasburger, 1992). Para além dos efeitos negativos na saúde, a quantidade de televisão consumida pelas crianças substitui actividades mais enérgicas (o que favorece a má condição física e a obesidade), e para além disso, através das mensagens da programação e da publicidade, o excesso de televisão promove maus hábitos alimentares, comportamento violento e abuso de substâncias (*American Academy of Pediatrics*, 2001).

Sendo este estudo observacional, fica por provar a causalidade da relação entre os hábitos televisivos e a saúde, embora os resultados suportem uma inferência causal. O visionamento televisivo poderá funcionar como um marcador para algum determinante da saúde adulta, que até agora se desconhece. No plano prático, é possível que as pessoas com tendência para a obesidade e fraca condição física tenham preferência pelo visionamento televisivo em detrimento de outras actividades (Hancox, Milne & Poulton, 2004).

A associação entre visionamento televisivo e saúde pode ser explicada através de diversos comportamentos infantis, mas os dois mais evidentes são a prática de exercício

físico e a dieta: o tempo gasto a ver televisão deixa menos tempo disponível para outras actividades mais activas. Estes dois factores (actividade física e dieta) poderão eventualmente mediar a associação entre visionamento televisivo e saúde. Para além destes, o visionamento televisivo pode influenciar a adopção de outros comportamentos como o tabagismo (Hancox, Milne & Poulton, 2004).

Hancox, Milne & Poulton (2004) deram conta de que os hábitos televisivos adquiridos na infância tendem a manter-se pelo menos até à jovem adultez. Este facto leva a crer que a relação entre hábitos televisivos na infância e adolescência e a saúde na idade adulta ocorre porque os primeiros estão correlacionados com os hábitos televisivos na idade adulta. Embora neste estudo não se tenha encontrado pessoas que não vissem televisão, o que impede que se determine um limite abaixo do qual não se observem consequências para a saúde, verificou-se que as crianças e adolescentes mais saudáveis eram aquelas que viam uma hora ou menos de televisão.

4.5.3. A Alteração dos Hábitos e Padrões Alimentares

As mudanças culturais dos últimos 30 anos tiveram uma influência significativa na alimentação e no comportamento alimentar, contribuindo certamente para o aumento da obesidade infantil. O jantar cada vez menos constitui uma refeição cozinhada e partilhada em família. As refeições tomadas fora de casa são mais frequentes, daí a necessidade de se tornarem mais baratas, o que leva ao maior consumo de *fast food*, mais rica em calorias, gordura e colesterol. Birch & Davison (2001) verificaram que as crianças que tomam mais refeições em família são aquelas que consomem mais frutas e vegetais, menos gordura e menos bebidas refrigerantes.

A literatura revela que bastam 30 segundos de exposição a publicidade infantil para influenciar as preferências alimentares de crianças em idade pré-escolar. Talvez por isso as cadeias de *fast food* apostem na publicidade infantil, persuadindo-as com brinquedos, música e ícones sociais. O efeito desta publicidade televisiva de produtos alimentares terá concerteza alguma relação com os resultados do trabalho de Robinson & Dietz, que encontraram uma associação directa entre visionamento televisivo e IMC (Borzekowski & Robinson, 2001; Robinson, 2001).

Outra mudança diz respeito ao tamanho geral das porções alimentares em cafés, supermercados e restaurantes. Nos de *fast food* as porções aumentaram nos últimos 10 anos, mas ainda assim é oferecido um aumento de 20% do tamanho da porção a um custo reduzido, o que representa um aumento de centenas de calorias. Nas escolas a *fast food* é apresentada e consumida como alternativa alimentar ao almoço escolar, sendo percebida como mais *cool* que a refeição padrão. Acontece por isso que mesmo os alunos que beneficiam de almoço grátis preferem gastar dinheiro com a *fast food*. Mesmo a refeição escolar, apesar de mais saudável que a alternativa, tem 6% mais gordura que a recomendada. O prazer associado ao consumo de fast food está associado a uma cultura alimentar hedonista que é iniciada precocemente, tende a manter-se e acaba por tornar-se típica entre os jovens (Miller, Gold & Silverstein, 2003).

4.5.3.1. Fast Food

Austin, Melly, Sanchez, Patel, Buka & Gortmaker (2005) realizaram um estudo para caracterizar os ambientes alimentares das zonas de vizinhança das escolas, tendo para isso procurado conhecer a concentração de restaurantes de *fast food* nas áreas que rodeiam as escolas. Os autores concluíram que os restaurantes de *fast food* situavam-se à distância de uma pequena caminhada em relação às escolas, o que põe as pessoas em contacto com ambientes alimentares de pouca qualidade.

Durante as três últimas décadas o consumo de *fast food* nos EUA aumentou de forma significativa. O aumento de consumo foi acompanhado por um aumento do tamanho das porções alimentares e, conseqüentemente, das calorias ingeridas (Young & Nestle, 2002). Esta indústria investe intensamente na publicidade dirigida a crianças e adolescentes que constituem grande parte dos seus consumidores (Nestle, 2002; Schlosser, 2001). Com o mesmo objectivo de promoverem os seus produtos, a indústria de *fast food* aposta na facilitação do acesso, localizando os seus restaurantes próximo dos seus consumidores (Melaniphy, 1992; Solomon & Katz, 1981; McKenna, 1972).

O consumo cada vez maior de *fast food* é entendido pelos especialistas como uma das possíveis causas principais do aumento da prevalência da obesidade em crianças e

adolescentes. O estudo que Austin et al. (2005) realizaram em Chicago permitiu verificar que, embora os restaurantes de *fast food* existam em todas as zonas da cidade, existe uma maior concentração nas áreas que estão a uma pequena distância das escolas. Esta distância corresponde a uma média de 0,5 km e demora em média pouco mais de 5 minutos a ser percorrida. A concentração de restaurantes de *fast food* nas áreas circundantes das escolas também acontece (e é maior) quando as escolas se encontram afastadas do centro da cidade, nas áreas onde há níveis médios e elevados de comércio e ainda naquelas onde a capacidade económica é confortável (Austin et al., 2005).

Em Chicago os estudantes de todas as idades frequentam os restaurantes de *fast food*, antes e depois das aulas, havendo junto dos alunos mais velhos o hábito de aí almoçar. O facto dos restaurantes de *fast food* estarem concentrados a uma pequena distância das escolas constitui uma preocupação de saúde pública. Esta distribuição interfere negativamente no ambiente alimentar e também com as iniciativas da área da saúde pública para melhorar o comportamento alimentar dos mais jovens (Austin et al., 2005).

4.5.4. Publicidade Infantil Alimentar

No Reino Unido, a organização governamental *Food Standards Agency (FSA)* possibilitou a revisão sistemática da relação entre a publicidade a produtos alimentares e comportamento alimentar infantil. Deu-se conta da presença predominante de cinco tipos de alimentos: cereais açucarados, refrigerantes, doces, *snacks* e *fast food*. Apesar das dificuldades empíricas para comprovar o efeito nefasto da publicidade a produtos alimentares no comportamento alimentar das crianças, a revisão encontra este efeito da publicidade nas preferências alimentares das crianças, no que respeita ao tipo de alimento e à marca do mesmo, e ainda, na compra realizada pela criança ou pelos pais que são induzidos por esta através de um comportamento insistente [Editorial *The Lancet*, 2003, 362 (9396)].

4.5.5. Factores Ambientais nas Escolas

Também o ambiente escolar contribui de modo significativo para a obesidade infantil. As escolas, cada vez mais, estão a tornar-se ambientes obesogénicos graças a determinados contextos históricos, económicos e políticos, que por sua vez mantêm esta situação problemática (Opalinski, 2006).

Admitindo que o excesso de peso nas crianças aumentou acentuadamente nas últimas três décadas (Binns & Ariza, 2004), a autora analisa as alterações históricas, ambientais, económicas e políticas que tiveram lugar nos EUA durante esse período. Historicamente verificou-se a redução do orçamento para a educação, o que conduziu aos cortes ou mesmo eliminação dos programas de educação física nas escolas públicas. Outro aspecto prende-se com a disponibilidade das *fast food* e do aumento do tamanho das porções nesses restaurantes, que influenciou as quantidades de alimentos servidas em casa e nos bares escolares. Young & Nestle (2003) afirmam que os restaurantes de *fast food* têm vindo a aumentar as suas porções alimentares, sendo actualmente duas a cinco vezes maiores quando comparadas com as porções originais. Segundo Opalinski (2006), a ausência de crítica da sociedade americana relativamente à qualidade nutritiva da *fast food* facilitou a entrada deste tipo de alimentação nos ambientes escolares.

No contexto histórico verificou-se ainda outra alteração: as práticas de venda e de *marketing* das empresas de refrigerantes, onde as escolas surgem como ambiente desejável. O caso específico dos contratos dos direitos de venda envolve as escolas numa relação onde, ao receberem um determinada quantia de dinheiro, ficam responsáveis por um certo volume de vendas para que haja cumprimento da sua parte no contrato. Estes contratos fazem da escola o seu agente de *marketing*, havendo mesmo encorajamento ao consumo dos refrigerantes da empresa com quem está estabelecido o contrato. Os administradores distritais atribuem ainda incentivos financeiros aos representantes das escolas como prémio das vendas que possibilitam a manutenção do contrato (Nestle, 2000).

Nestle (2000) define os contratos de direitos de venda estabelecidos entre as empresas de refrigerantes e os sistemas escolares. Estes, em troca de uma soma, autorizam a venda de refrigerantes nas escolas que coordenam, havendo ainda

pagamentos adicionais num período de 5 a 10 anos, na condição de venderem e publicitarem, em exclusivo, os produtos da empresa em questão num determinado sistema escolar e em todos os eventos das suas escolas.

Esta estratégia de *marketing* permite às empresas estabelecer desde muito cedo uma lealdade à marca. Mantêm-se presentes num espaço onde as crianças permanecem entre 6 a 8 horas por dia, o que também permite chegar a crianças demasiado pequenas para terem contacto com os outros métodos de publicidade. Por seu lado, as escolas desejam estes contratos, pois sendo financiadas a partir dos impostos das comunidades sofrem com as dificuldades económicas destas. Assim, o dinheiro que decorre dos contratos estabelecidos com as empresas possibilita que as escolas dêem resposta a necessidades básicas e disponham de recursos especiais como música, desporto, computadores, etc. Permitem ainda que a escola tenha a possibilidade de premiar o mérito dos alunos, atribuir bolsas escolares e comprar *software* (Nestle, 2000).

O Centro de Educação Pública Livre de Comércio criticou este tipo de contratos considerando-os uma “perversão da educação” (*Classrooms for sale*, 2001). Os responsáveis escolares colaboram com as empresas com o objectivo de manter válidos os contratos estabelecidos, pois temem que o financiamento que daí resulta acabe, comprometendo assim os programas educativos. Na prática, esta situação benéfica para as duas partes do contrato acaba por ter consequências negativas na alimentação e saúde das crianças. Segundo Opalinski (2006), esta questão tem origem no facto da sociedade não considerar a educação como uma prioridade, o que se reflecte na falta de investimento financeiro. Esta situação deixa as escolas numa posição de fragilidade, levando-as a aceitar o financiamento que decorre destes contratos para atingir os seus objectivos educativos, em detrimento das consequências para a saúde dos alunos. As empresas de refrigerantes defendem-se alegando que não existem provas científicas que comprovem os danos causados pelos seus produtos à saúde das crianças (Nestle, 2000), embora, como defende a autora, o simples bom senso possa em determinadas situações servir de prova.

4.5.6. O Aumento do Sedentarismo e a Redução da Actividade Física

Uma habitual definição de obesidade conceptualiza-a como resultado do desequilíbrio entre consumo e gasto de energia. As principais causas apontadas relacionam-se com os factores ambientais, particularmente aqueles que estão relacionados com os estilos de vida sedentários, correntes nas crianças actuais. As actividades que hoje ocupam as crianças são fundamentalmente sedentárias e pouco saudáveis, envolvendo sobretudo o visionamento de *écrans* (televisão, jogos electrónicos e computadores). O tempo que as crianças gastam neste tipo de actividades está na base do seu sedentarismo e estabelece uma relação causal com a obesidade (Carvalho et al., 2006).

Esta correlação entre visionamento televisivo e obesidade, bem como o facto da prevalência da obesidade aumentar com o aumento do número de horas gastos a ver televisão, foram encontrados de um modo geral nos estudos revistos por Carvalho et al. (2006), havendo outros que contradizem esta associação entre IMC e visionamento televisivo. Apesar das contradições, é inegável que uma criança gasta menos energia a ver televisão do que em actividades físicas como andar de bicicleta ou nadar (Carvalho et al., 2006). Assim, pode-se afirmar que apesar das dificuldades metodológicas encontradas pelos autores na medição da actividade física, é um facto que a redução do nível de gasto energético serve como factor causal do desenvolvimento da obesidade infantil (Schutz & Maffei, 2002). No mesmo sentido vão os resultados obtidos por autores como Wolf, Gortmaker & Cheung (1993) que encontram uma relação inversa entre actividade física e IMC.

Os dados recolhidos por Carvalho et al. (2006) corroboram os de outros estudos similares na medida em que associam a actividade sedentária ao visionamento televisivo, em crianças que apresentam maiores médias nos valores do IMC e obesidade. Estes valores aumentam se também aumentar o tempo gasto no visionamento televisivo ou nos jogos electrónicos. Também aqui se encontra a confirmação dos resultados obtidos noutros estudos, que referem que o visionamento televisivo pode reduzir os níveis de actividade das crianças (Pate, Trost, Felton et al., 1997) e ao mesmo tempo promover o consumo de calorias.

No que respeita ao tempo gasto na utilização do computador, os autores não encontraram relação entre essa variável, o IMC e a obesidade. A explicação poderá estar associada ao facto do computador exigir uma maior concentração e a utilização das duas mãos (Carvalho et al., 2006).

A amostra utilizada por Carvalho et al. (2006) era constituída por crianças portuguesas com idades compreendidas entre os 7 e os 9 anos, cujos números de excesso de peso e obesidade levaram os autores a colocar a hipótese de que a frequência e intensidade de exercício físico praticado pela maioria não fosse suficiente para equilibrar o consumo de calorias. O tempo que estas crianças gastam a ver televisão e a jogar jogos electrónicos é suficiente para aumentar o consumo de calorias e diminuir a taxa metabólica. De um modo geral, a relação estabelecida entre comportamento sedentário e actividade física é marcada pelo pouco tempo destinado às brincadeiras mais fisicamente activas.

Carvalho et al. (2006) procuraram conhecer a associação entre as variáveis: actividade física, televisão, videojogos e obesidade em crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 9 anos de idade. Encontraram uma associação entre o tempo gasto a jogar jogos electrónicos e a obesidade, que os leva a sugerir a redução de comportamentos sedentários e a promoção de estilos de vida mais activos e saudáveis como formas de diminuir e prevenir a obesidade infantil. Por outras palavras, a obesidade é maior junto das crianças que gastam mais tempo a jogar jogos electrónicos e esse tempo está significativamente relacionado com a incidência da obesidade e do IMC.

Os actuais apelos ao sedentarismo são tão vastos que a prática de exercício físico tende a diminuir. A televisão, os computadores e os jogos de vídeo são formas de entretenimento sedentário que facilmente substituem actividades mais físicas. Gortmaker, Must, Sobel, Peterson, Colditz, & Dietz (1996) encontraram uma relação directa entre comportamentos de visionamento televisivo e gordura corporal. É possível que operem aqui três mecanismos: substituição do exercício físico; aumento de consumo calórico através da ingestão alimentar que tem lugar durante o visionamento e como consequência da publicidade; e redução do metabolismo de repouso (Gortmaker, Dietz, Sobel & Wehler, 1987).

Toda a vida moderna se caracteriza pela diminuição de exercício físico, com a tecnologia a substituir uma série de actividades que envolviam algum esforço físico (Dietz & Gortmaker, 1985). A literatura demonstra que a prática de exercício físico nas escolas é cada vez menor, tendo-se assistido nos últimos anos à redução horária destinada às aulas de Educação Física. A importância de actividade física nas escolas é comprovada por Goran & Treuth (2001) que verificaram que a prática física na infância e adolescência tende a manter-se na idade adulta.

Actualmente, tanto os pais como as crianças não sabem que quantidade de exercício físico as crianças praticam nem qual é a quantidade adequada. Hood, Moore, Sundarajan-Ramamurti, Singer, Cupples & Ellison (2000) demonstraram que a maioria dos pais considera satisfatória a quantidade de exercício físico que os filhos praticam, apesar de grande parte deles saber que os filhos praticam menos de duas horas por semana. Por outro lado, verificaram que as crianças sobrevalorizam a quantidade de exercício que praticavam por dia. A prática de exercício é fundamental, sobretudo do tipo aeróbico que se mostrou eficaz na redução da gordura corporal, aumento da auto-estima e da capacidade das crianças e adolescentes em controlar a sua massa corporal (Becque, Katch, Rocchini, Marks & Moorehead, 1988).

Hoje em dia é raro encontrar crianças a brincar em espaços externos, o seu entretenimento assenta mais na *Internet* e na televisão, actividades durante as quais é frequente o consumo de alimentos pouco nutritivos. As crianças gastam em média quatro horas do seu tempo a ver televisão e apenas uma com os trabalhos de casa (Gentil, Oberg, Sherwood et al., 2004).

Nos nossos dias, as dietas da maioria das crianças são habitualmente muito diferentes da dieta recomendada, ou seja, são ricas em carboidratos refinados e lípidos e pobres em frutas e vegetais. A este tipo de dieta desequilibrada junta-se o efeito das frequentes actividades sedentárias como o visionamento televisivo e os jogos de computador, aceites pelos pais que receiam pela segurança dos filhos. As crianças ficam assim privadas de brincar nas áreas circundantes da sua habitação, mesmo que existam infraestruturas como parques infantis ou jardins. Estes locais são percebidos pelos

pais como propícios a episódios de *bullying*, rapto ou outro tipo de abuso, sendo estes receios alimentados pelos casos divulgados pela comunicação social (Fitzpatrick, 2003).

Há especialistas que defendem o efeito benéfico do exercício físico, mesmo quando este não é sistemático ou organizado, para a eficaz prevenção da obesidade infantil. Segundo Fitzpatrick (2003), a actividade física espontânea característica da infância cumpre, para além da função lúdica, um papel na manutenção da forma física das crianças. A sociedade actual, mantendo-se demasiadamente focada nos riscos marginais do abuso, impossibilita que as crianças pratiquem este tipo de actividade física e ao fazê-lo impede-as de colher os seus benefícios.

Entre outros autores, Fitzpatrick (2003) defende que o combate da tão falada epidemia da obesidade dificilmente será bem sucedido através de medidas como as taxas sobre alimentos pouco saudáveis, proibições de publicidade deste tipo de alimentos dirigida a crianças e de mais campanhas promotoras de dietas saudáveis nas escolas e locais de trabalho. Para Fitzpatrick (2003) as campanhas eficazes seriam aquelas que libertassem as crianças das suas “prisões domésticas”.

4.5.7. Efeito da Alteração dos Factores Ambientais: O Caso dos Países da Europa do Leste

A epidemia da obesidade atingiu os países de leste após a Queda do Muro de Berlim, com a diminuição de actividade física e a entrada e consumo de *fast food*. Um relatório da *WHO* dá a conhecer a dimensão do problema e identifica a Roménia e a ex-Jugoslávia como os países onde a obesidade tem maior expressão (Spritzer, 2004).

A 13 de Setembro de 2004 realizou-se um Congresso sobre a Obesidade em Praga, onde os especialistas concordaram quanto à existência de um acentuado aumento da obesidade nos países da Europa do Leste a partir do início da democracia em 1989. A este aumento da obesidade somaram-se aumentos na ocorrência de patologias que lhe estão associadas como é o caso dos ataques cardíacos, diabetes e determinados tipos de cancro (Spritzer, 2004).

A este respeito, a especialista Kunesova (2004, citada por Spritzer, 2004) considera que os europeus do leste têm vindo a viver desde 1989 uma revolução no seu estilo de vida, registando-se por exemplo um aumento acentuado do número de automóveis (400% nos últimos 10 anos), o que por si só reduz de forma significativa as caminhadas a pé. Segundo Spritzer (2004), a esta diminuição da actividade física junta-se a dieta tradicional nestes países que é rica em carne de porco e pobre em vegetais. A população mais idosa mantém-se mais fiel a este tipo de alimentação, apesar da actual disponibilidade e variedade de frutas e vegetais. O especialista londrino Philip James (2004, citado por Spritzer, 2004) a propósito da dieta, afirma que os países da Europa Central e do Leste apresentam hoje números mais elevados de obesidade nos indivíduos de meia-idade, devido às políticas agrícolas da era comunista que acentuava a produção e consumo de carne e gordura. Outro factor é assinalado por Kunesova (2004, citada por Spritzer, 2004), referindo a especialista a importância do impacto da televisão comercial, que pôs as pessoas em contacto com realidades até então desconhecidas.

Os profissionais de saúde destes países associaram-se ao Estudo Europeu da Obesidade para combater o problema através da promoção de investigação e da informação da política governamental. Acontece que os especialistas ainda se encontram a discutir a pertinência de apostar na prevenção ou no tratamento. Segundo Kunesova (2004, citada por Spritzer, 2004), a obesidade só poderá ser eficazmente tratada se os profissionais de saúde a encararem como uma questão médica, independente de aspectos como os endocrinológicos. A mesma especialista afirma que, tendo em conta o insucesso dos investimentos realizados pelos norte-americanos na prevenção, seria mais proveitoso focar a acção preventiva dos países da Europa do Leste nos grupos de risco, sobretudo nos segmentos mais empobrecidos.

Segundo Handjiev (2004, citado por Spritzer, 2004), é necessário informar o público em geral a respeito da situação de crise através da colaboração com as organizações não-governamentais, médicos, políticos e os *media*. Spritzer (2004) refere as acções da *task force*: os apelos feitos à Comissão Europeia no sentido de serem elaboradas políticas de prevenção da obesidade infantil, como a de restrição de publicidade a alimentos ricos em gordura e açúcar, e as pressões exercidas sobre os governos para que estes percebam a necessidade de criar espaços públicos onde seja possível andar a pé, de bicicleta e/ou fazer exercício diariamente.

Acontece que os países da Europa do Leste estão envolvidos com a resolução de problemas como a reforma financeira e o financiamento da saúde pública tarda em chegar (Spritzer, 2004). No mesmo sentido, um especialista de obesidade da Eslováquia, afirma que as alterações que o sistema de saúde tem sofrido tornaram mais difícil a prevenção da obesidade. Na era comunista existiam falhas no sistema de saúde, mas o seu carácter gratuito permitia o acesso a todos. Actualmente, o sistema exclui aqueles que têm menos capacidade económica, e em especial os mais velhos, impossibilitando a aprendizagem necessária à alteração de hábitos com o objectivo de adquirir outros mais saudáveis (Krahulec, 2004, citado por Spritzer, 2004).

4.6. Outros Factores de Risco

O estudo de Haines & Neumark-Sztainer (2006) analisa uma série de investigações, onde surge como comum uma elevada prevalência da obesidade, perturbações alimentares e alimentações perturbadas junto dos jovens. Os investigadores ao entenderem estas perturbações como não diferentes entre si, defendem a ideia de que devem ser abordadas de modo integrado, admitindo a partilha de factores de risco entre si. Aqui surge a necessidade de identificar factores de risco (como a dieta, o uso dos *media*, a imagem corporal e os comentários negativos acerca do peso) que se revelam importantes para o desenvolvimento do espectro das perturbações relativas ao peso e, ao mesmo tempo, para a elaboração de intervenções preventivas eficazes.

Os factores de risco considerados por Haines & Neumark-Sztainer (2006) são mais frequentemente integrados nas intervenções preventivas dirigidas às perturbações do comportamento alimentar do que naquelas que se ocupam da obesidade. A eficácia dos programas de prevenção da obesidade pode aumentar a sua eficácia se forem integrados os factores de risco, promovido o aumento da actividade física e melhoradas as dietas.

4.6.1. A Dieta

Os estudos revelam um número elevado de crianças e adolescentes em dieta para perder peso e relações causais entre comportamento de dieta e obesidade (Field, Austin, Taylor et al., 2003) e comportamento de dieta e perturbações do comportamento alimentar (Patton, Johnson-Sabine, Wood et al., 1990).

Com os dados da literatura a sugerirem uma associação entre a dieta e um maior risco de obesidade junto das crianças e adolescentes, Polivy & Herman (1985) desenvolveram um modelo explicativo que relaciona a dieta com o aumento de peso. O modelo de restrição alimentar admite três vias que permitem que partir da dieta se chegue à obesidade: uma equaciona que como resultado da dieta aparece a fome, que por sua vez conduz à perda de contenção, posteriormente aos ataques de voracidade alimentar e por fim à obesidade; outra relaciona a dieta com um aumento da eficácia metabólica e assim à obesidade; e finalmente, uma via que aponta como consequência da dieta o decréscimo da prática de actividade física e dieta consistentes, o que conduz por sua vez à obesidade. Haines & Neumark-Sztainer (2006) referem que as dietas auto-administradas assentam mais num conjunto de ideias do que num de comportamentos.

O mesmo tipo de dietas leva os adolescentes a desenvolverem perturbações do comportamento alimentar. Haines & Neumark-Sztainer (2006) consideram que a dieta auto-administrada conduz com frequência a comportamentos que revelam perturbação alimentar, como é o caso do uso do vómito e dos laxantes, contribuindo estes comportamentos para o princípio da instalação de perturbações alimentares, e só posteriormente ao franco estabelecimento desse tipo de perturbação.

Baseando-se nos estudos prospectivos e cruzados da literatura que relacionam a dieta com o aumento de peso e/ou com comportamentos alimentares perturbados, Haines & Neumark-Sztainer (2006) afirmam que as intervenções para prevenção do envolvimento de jovens em comportamentos de dieta podem potencialmente reduzir a incidência da obesidade e das perturbações do comportamento alimentar. Considerando a forte influência dos pares e da família nos comportamentos de dieta dos adolescentes, encontrada em investigações como a de Paxton, Schutz, Wertheim et al. (1999), os autores sugerem que as intervenções integrem estratégias centradas nas normas dos

pares e familiares e envolvam a implementação de campanhas anti-dieta no contexto escolar com vista à eficaz redução da dieta junto dos jovens.

Com a pressão dos *media* para se ter um corpo magro e com a grande variedade de produtos dietéticos à disposição, as pessoas incorrem com alguma facilidade em comportamentos de dieta que, por sua vez, as conduzem ao desenvolvimento de perturbações alimentares. A pressão de um ideal de beleza alimentado por factores culturais não é um fenómeno recente, o que é relativamente recente é o poder abrangente e penetrante dos *media* actuais (Derenne & Beresin, 2006).

A literatura descreve o caminho percorrido pelas pessoas que, em busca de um estilo de vida mais saudável e alertadas para os benefícios para a sua saúde associada à perda de peso, incorrem em dietas restritivas e actividades físicas mais frequentes. Apesar da sedução da publicidade de produtos alimentares pouco saudáveis, coexistente com as mensagens do ideal de magreza e as dos riscos associados à obesidade, as pessoas mantêm a sua dieta e até perdem peso. Acontece que, quando as dietas são demasiado restritivas conduzem habitualmente à privação, o que leva os indivíduos a ingerir os tais alimentos pouco saudáveis de forma compulsiva. Este comportamento conduz ao aumento de peso, ao mau estar, que potencia a tal ingestão compulsiva, fechando-se assim num ciclo vicioso (Derenne & Beresin, 2006).

De um modo geral, as dietas restritivas estão destinadas a falhar. Quando somadas a estilos de vida tendencialmente sedentários, contribuem para o aumento da obesidade e das perturbações do comportamento alimentar, como a restrição alimentar, a ingestão compulsiva e a purga (Derenne & Beresin, 2006).

4.6.2. O Uso dos *Media*

Nos EUA um estudo nacionalmente representativo concluiu que em média os jovens gastam 6,5 horas por dia a ver televisão e vídeos, a utilizar os *media* na sua forma escrita, a jogar videojogos, a utilizar computadores e a ouvir cd's, leitores de mp3, cassetes e rádio (Rideout, Roberts & Foehr, 2005). O uso dos *media* e a interiorização das mensagens veiculadas pelos *media* têm sido identificados e trabalhados pelos

investigadores como potenciais factores de risco, tanto para a obesidade como para as perturbações do comportamento alimentar.

A televisão, como formato predominante dos *media*, parece promover a obesidade de duas formas: pela redução do gasto energético, pois substitui as actividades físicas, e pelo aumento do consumo de alimentos durante o visionamento ou como efeito da publicidade de alimentos (Robinson, 1998; Epstein, Paluch, Consalvi et al., 2002). Em 2002, Coon & Tucker (2006) realizaram um estudo que lhes permitiu concluir que, a exposição da criança a anúncios de produtos alimentares aumentava significativamente a probabilidade de ela escolher ou pedir o produto em questão.

O carácter ubíquo dos *media* na cultura ocidental e a promoção de um ideal de beleza correspondente à magreza são dois aspectos que tornam os *media* um potencial factor de risco no que diz respeito às perturbações do comportamento alimentar (Garner & Garfinkel, 1980; Gordon, 1988). As teorias socioculturais relativas às perturbações do comportamento alimentar afirmam que a sociedade através dos *media* exerce pressão sobre os indivíduos, no sentido da sua conformação com um ideal cultural, que elege determinada forma e tamanho como sendo o correcto (Heinberg, 1996). A interiorização deste ideal, resultante da tal pressão (Stice, 1994; Thompson, Heinberg, Altabe et al., 1999), sendo inatingível para a maioria das pessoas, cria nestas uma insatisfação corporal (Thompson, Heinberg, Altabe et al., 1999). Stice (1994) acrescenta ainda que a insatisfação corporal conduz a perturbações alimentares e/ou a sentimentos negativos de ansiedade e depressão, que aumentam o risco de estabelecimento das perturbações alimentares.

4.6.3. A Insatisfação Corporal

A insatisfação corporal é frequente entre as crianças e adolescentes. Segundo Agliata & Tantleff-Dunn (2004), a insatisfação corporal participa no desenvolvimento da obesidade através da relação que estabelece com os ataques de voracidade alimentar ou *binge eating* e com a menor presença de actividade física (Grogan, Williams & Conner, 1996). A insatisfação corporal não funciona apenas como factor de risco para a obesidade, mas também para as perturbações do comportamento alimentar (Stice, 2002).

Os investigadores consideram que a relação entre insatisfação corporal e *binge eating* possivelmente será mediada pelo comportamento de dieta, que ao conduzir à fome, possibilita a ocorrência de episódios de excessiva ingestão alimentar, acompanhados de afectos negativos. Por outro lado, mas ainda neste contexto, admite-se que a insatisfação corporal tenha um efeito desmotivador em relação à prática de actividade física, surgindo por isso associada à diminuição do exercício físico (Neumark-Sztainer, Paxton, Hannan et al. 2006).

Segundo Stice (2002), a insatisfação corporal mostra-se como o factor de risco mais consistente das perturbações alimentares. O autor identifica três mecanismos que conduzem ao maior risco das perturbações alimentares: um deles admite que a insatisfação corporal leva o indivíduo a tentar mais seriamente atingir o ideal de magreza através de comportamentos de dieta, aumentando assim o risco de sofrer de uma perturbação alimentar, como foi por exemplo verificado no estudo de Patton, Johnson-Sabine, Wood et al. (1990); outro mecanismo estudado por Stice (2001) coloca a insatisfação corporal como factor que contribui para os afectos negativos de ansiedade ou depressão, o que provavelmente por si só aumenta o risco dos ataques de voracidade alimentar e o recurso a comportamentos compensatórios mais severos, como por exemplo a purga; e finalmente o outro mecanismo, que estabelece uma relação directa entre insatisfação corporal e promoção do desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar (Stice, 2002).

4.6.4. Os Comentários Negativos Relativos ao Peso

Os estudos indicam que os comentários relativos ao peso estão muito presentes entre as crianças e adolescentes com excesso de peso. Por outro lado, os comentários negativos relativos ao peso mostram estar associados aos episódios de voracidade alimentar e a outras perturbações do comportamento alimentar como a purga.

Haines & Neumark-Sztainer (2006), tendo por base as conclusões de outros investigadores, conceptualizam uma hipótese explicativa que associa os comentários negativos acerca do peso, o *binge eating* e a obesidade. Num contexto norte-americano,

mas também no mundo ocidental em geral, a forma e o tamanho corporal assume grande importância, bem como o papel do peso no modo como o adolescente se sente consigo mesmo. Estes valores fazem com que o adolescente ao ser sujeito a comentários negativos relativos ao seu peso seja conduzido a sintomas depressivos ou a insatisfação corporal, como foi encontrado no estudo de Eisenberg, Neumark-Sztainer & Story (2003), que por sua vez possibilitam a ocorrência do comportamento de *binge eating*, já referida por Stice, Presnell & Spangler (2002). Esses mesmos comentários podem desencadear uma dieta auto-administrada como forma de evitar a discriminação, com possíveis episódios de *binge eating*, aumentando-se assim o risco de aumento de peso e obesidade (Stice, Cameron, Killen et al., 1999).

No caso das perturbações do comportamento alimentar a hipótese explicativa é ligeiramente diferente: os comentários negativos em relação ao peso conduzem à insatisfação com a imagem corporal, à qual o adolescente tenta fazer face através da dieta e de comportamentos alimentares perturbados para controlo do peso, aumentando assim o risco de virem a desenvolver uma perturbação alimentar (Patton, Johnson-Sabine, Wood et al., 1990; Field, Camargo, Taylor et al., 1999).

5. Significados Sociais de Conceitos Associados à Obesidade

5.1. O Comportamento de Dieta

Desde 1987 que os *media* divulgam o espectro de uma epidemia da obesidade. Nesse mesmo ano, Dietz (citado por Gilman, 2008) referiu a epidemia da obesidade infantil que atingia os USA. Mais recentemente, em 2004, os títulos da imprensa associam a epidemia de obesidade infantil ao aumento do risco de desenvolvimento de diabetes nas crianças. Desde os anos 90 que se assiste a um crescente consenso em relação à obesidade enquanto maior problema de saúde pública do novo milénio (Gilman, 2008).

Há medida que o problema da obesidade foi atingindo uma dimensão epidémica, foram surgindo soluções cada vez mais radicais como a cirúrgica, a genética e a dieta. O conceito de excesso de peso varia consoante a idade, a cultura e a tradição, havendo

também um limite interno e individual a partir do qual consideramos o excesso de peso como inaceitável, doentio, feio ou corrupto. Outro conceito socialmente construído é o conceito de saúde; na verdade, corresponde a um conjunto de qualidades ou características positivas que a sociedade deseja que estejam presentes nos seus cidadãos, sejam elas a beleza, a lealdade, a responsabilidade ou a fecundidade (Gilman, 2008).

Na segunda metade do século XIX a cultura da dieta dominava o mercado, bem como a cultura da saúde que era utilizada pelos médicos como instrumento e como forma de vários especialistas atraírem pacientes. A dieta, cujo conceito é actualmente substituído pelo de alteração do estilo de vida, surge agora como forma de combater a epidemia de obesidade e ao mesmo tempo visa a melhoria a vida individual e a saúde pública. Estes dois aspectos estão intimamente relacionados, pois considerando-se a obesidade do indivíduo como um factor de enfraquecimento do Estado, este não pode contar com os seus cidadãos obesos, que por sua vez constituem um fardo para o Estado (Gilman, 2008).

O corpo gordo destaca-se pela sua dimensão, gerando um estigma que posiciona o obeso como alguém que precisa de ajuda. Chegaram a existir incentivos financeiros para identificar e reabilitar os cidadãos obesos, no sentido de os tornar saudáveis e produtivos. Nos EUA do fim do século XIX, a inovação industrial consistia na introdução das modernas máquinas de confecção alimentar, enquanto hoje a aposta reside nos alimentos naturais e orgânicos. Industriais da época, como Kellog e Post, desenvolveram uma era iniciada pelos que começaram a enlatar o leite. Esta era caracterizada pela moderna manufactura alimentar foi desde logo aproveitada para a introdução de regras de higiene. Socialmente, valorizava-se o cidadão saudável porque isso o tornava melhor, o que acabou também por ser utilizado como fonte de lucro (Gilman, 2008).

Também hoje a dieta visa a cura e o lucro, havendo para além disso na dieta um significado de auto-libertação, auto-controlo ou auto-limitação. Através da dieta o indivíduo controla o seu corpo e mostra ao mesmo tempo a sua capacidade de desempenhar os seus papéis sociais. Hoje ter um corpo saudável significa ter um corpo que controla o seu destino, ou seja, no século XXI valoriza-se o domínio da mente sobre o corpo pois só assim se alteram os estilos de vida. Mas actualmente a dieta apresenta o

desafio de necessitar de estrutura social para ser conseguida (Gilman, 2008). Segundo Schopenhauer (sd) (citado por Gilman, 2008), a obesidade sinaliza outro tipo de doença que é a falta de vontade. A dieta não cura a obesidade directamente, cura a falta de vontade, permitindo assim à mente funcionar racionalmente para controlar o corpo. A globalização actual marca também a obesidade, daí o carácter epidémico que a tem vindo a caracterizar. Os efeitos múltiplos da modernidade tornaram o corpo doente, passando a sua cura pela reabilitação da mente. O comportamento de dieta encontra-se assim inserido na cultura moderna que admite o poder do Homem em curar e melhorar o mundo.

5.2. A Imagem Corporal, o Ideal de Beleza e os *Media*

Ao longo da História o ideal de beleza tem-se alterado segundo o contexto social, mantendo ainda assim a dificuldade em ser atingido. O poder e a presença dos *media* ao veicular esse ideal tem contribuído para o aumento da insatisfação corporal de ambos os sexos. Historicamente, a imagem corporal tem sofrido a influência de diversos factores, sobretudo políticos e relativos aos *media*. Conhecem-se hoje as correlações estabelecidas entre exposição aos *mass media*, obesidade e imagem corporal, que por sua vez pode desencadear perturbações do comportamento alimentar (Derenne & Beresin, 2006).

Existe uma dicotomia clara entre o ideal de beleza da sociedade americana que corresponde a um corpo bem magro e o corpo americano típico. Derenne & Beresin (2006) referem-se à realidade americana, mas a tal dicotomia está presente pelo menos em todo o mundo ocidentalizado. Chegou-se a esta situação através da interrelação entre factores como a pressão dos *media* para que se seja magro, o padrão de alimentação familiar e de prática de exercício físico e ainda, a um consumo excessivo de alimentos não nutritivos. As dietas restritivas levadas a cabo para conseguir um corpo magro, repetem um padrão de auto-privação, que sendo continuado leva a situação de ingestão alimentar compulsiva, aumento de peso e danos na auto-imagem (Derenne & Beresin, 2006).

A tendência para culpar os *media* por ser o meio de transmissão do ideal de beleza inatingível não é inteiramente justa. O ideal de corpo feminino tem variado ao longo da História mediante o contexto político e cultural, ou seja, a ideia de uma forma corporal ideal não é novidade, mas sim o poder da presença dos *media* que hoje é maior (Derenne & Beresin, 2006).

Os padrões de beleza feminina ao serem irrealistas nunca foram fáceis de obter, mas a sua valorização social é tão forte que as mulheres têm aberto mão do conforto e enfrentado a dor para os atingirem. Durante o tempo colonial a necessidade de mão-de-obra tornava desejável a existência de famílias numerosas, o que acabou por ter reflexo na valorização da fertilidade e da capacidade física femininas. No século XIX este ideal alterou-se, correspondendo o ideal de beleza feminina a cinturas extremamente estreitas e a bustos avantajados. Segundo Fallon (1994), esta nova fragilidade adquirida justificava a utilização de escravos. A fragilidade feminina tornava a mulher mais desejável para o matrimónio, chegando-se mesmo a valorizar-se um certo estado doentio, a propensão para dores de cabeça e os desmaios. Para obter cinturas com diâmetros impossíveis, as mulheres mais endinheiradas admitiam remover as costelas e enfrentar os problemas de saúde, que os corpetes causavam, sendo os mais evidentes os respiratórios (Thesander, 1997).

No século XX surgem os movimentos feministas que libertaram as mulheres de indumentárias desconfortáveis, surgindo as calças, os cortes de cabelo curto, o hábito do tabagismo, o direito de voto... Nesta altura era valorizada uma figura angular, magra e masculinizada. Este ideal volta a ser alterado com a 2ª Guerra Mundial, pois a necessidade da mão-de-obra feminina nas fábricas e a prática desportiva como *hobby* conduziram à valorização da mulher competente, com força e capacidade físicas. Com o fim da Guerra e o regresso dos homens voltou a ser valorizada a fertilidade, a família e os papéis de género tradicionais. O ideal de corpo feminino correspondia ao corpo curvilíneo de Marilyn Monroe. A década de 60 ficou marcada pela luta pela igualdade de direitos civis e de trabalho por parte das mulheres e dos negros. Nesta altura surge a pílula contraceptiva e com ela uma maior liberdade sexual (Brumberg, 1997). Volta então o ideal de beleza que valoriza o corpo magro e masculinizado (Derenne & Beresin, 2006).

Actualmente a cultura mediática emite mensagens confusas e complicadas. Às mulheres diz-se que é possível e desejável que desempenhem na perfeição os seus papéis em casa, na família e no trabalho. O conceito de *sexy* corresponde a figuras corporais contrárias, o que confunde as mulheres quando tentam identificar-se com elas. Com a crescente disponibilidade da cirurgia estética os corpos são trabalhados de modo a conseguirem-se formas naturalmente impossíveis, o que alimenta ainda mais as expectativas irrealistas em relação à aparência física. Por outro lado, hoje a tecnologia permite o retoque de imagens que as mulheres admitem como verdadeiras, havendo para além disso o recurso facilitado de *personal trainers*, nutricionistas e estilistas por parte das celebridades admiradas nas revistas (Derenne & Beresin, 2006).

Segundo Kilbourne (1999), há 25 anos atrás a média dos modelos de moda pesava 8% menos que a média das mulheres, hoje essa percentagem subiu para 23%. Derenne & Beresin (2006) consideram que isto reflecte a contradição das mensagens recebidas pelas mulheres, ou seja, ao mesmo tempo que as taxas de obesidade sobem na população, os ideais de beleza valorizam corpos cada vez mais magros. Até as revistas de saúde e de *fitness* reúnem artigos que promovem a prática moderada de dieta e exercício físico e ao mesmo tempo publicitam produtos que reduzem o apetite e suplementos de dieta (Pipher, 1995).

Em 1995, Becker, Burwell, Gilman et al. realizaram um estudo nas ilhas Fiji que comparou as taxas de perturbações alimentares antes e depois da chegada da televisão às ilhas. Os dados anteriores à chegada da televisão deram conta da importância de uma identidade cultural forte como factor protector em relação às perturbações alimentares. Depois da chegada da televisão aumentou o comportamento de dieta que trouxe consigo o desenvolvimento de perturbações alimentares. Apesar destas consequências, ainda hoje a televisão continua a exhibir nos papéis principais das suas séries e filmes actores com formas físicas impossivelmente magras. Recentemente surgiram até *reality shows* que traduzem a cirurgia plástica e a estética em espectáculo, promovendo assim dificuldades na imagem corporal dos telespectadores (Derenne & Beresin, 2006).

Outra alteração foi introduzida com a *Internet* onde há sites que defendem a anorexia e a bulimia enquanto escolha de um estilo de vida (Andrist, 2003). É importante referir que também os homens sofrem a acção da pressão dos *media*. A

literatura refere que, embora os números de anorexia e de bulimia sejam pouco quando comparados com os das mulheres, existe nos homens actuais uma maior preocupação com o seu peso e aparência física. Pope, Phillips & Olivarda (2000) descreveram o Complexo de Adónis como semelhante à dismorfia corporal e à anorexia nervosa, correspondendo aquela a uma obsessão de homens geralmente jovens com a sua aparência e massa muscular, que os conduz à prática intensa de exercício físico, restrições alimentares e abuso de esteróides anabólicos.

6. A Abordagem Ecológica da Obesidade

A obesidade infantil tem consequências na sociedade e nos indivíduos, pois para além dos gastos económicos que envolve, a saúde física e mental das crianças sofrem os seus efeitos. Na literatura analisada Opalinski (2006) verificou que apesar das intervenções aplicadas serem inovadoras, focadas nos indivíduos e unidades familiares, a prevalência do problema continua a aumentar. Acontece que para além dos aspectos individuais e familiares, existem múltiplas estruturas sociais que participam nesta prevalência, como é o caso do sistema de transportes, problemas de segurança, estratégias de publicidade (Longjohn, 2004; Schlosser, 2002). No mesmo sentido, a teoria crítica admite que a compreensão de um fenómeno social envolve o conhecimento das estruturas históricas, políticas e económicas onde está situado (Opalinski, 2006).

Bronfenbrenner (1979) afirma que na ecologia social os factores se dispõem como um conjunto de bonecas russas: os factores individuais dizem respeito à criança ou à família, mas a envolver estes e interrelacionando-se com eles surgem os factores ambientais mais ou menos extensos, como é o caso da família, serviços de saúde, escola, grupos religiosos, vizinhança, pares, que vão marcando o desenvolvimento e estado de saúde da criança. Assim, o comportamento individual, tão utilizado pelos defensores da ideologia da responsabilidade individual, não é mais do que o resultado da interacção de factores ambientais e do seu impacto no indivíduo.

Utilizando a teoria da ecologia social de Bronfenbrenner, Opalinski (2006) considera que os actuais ambientes ecológicos infantis, onde se inserem os contratos de

direitos de venda, têm contribuído para a condição crónica do excesso de peso infantil. Os ambientes ecológicos das crianças não se resumem à situação dos contratos dos direitos de venda, existem outros que interferem na sua saúde. No entanto, estes contratos ao marcarem o ambiente escolar tornam-no capaz de afectar a saúde das crianças, que por outro lado pode ser objecto de mudança.

Segundo Lobstein & Frelut (2003) e também Hedley, Ogden & Johnson (2004), a crescente presença do excesso de peso e obesidade junto das crianças e adolescentes fez da promoção da alimentação saudável uma prioridade da saúde pública e da investigação. Não negando a importância deste tipo de intervenção, Van der Horst et al. (2007) afirmam que a intervenção precoce na prevenção de comportamentos alimentares indutores de obesidade ou na alteração desses comportamentos contribui para a eficácia da prevenção do excesso de peso e da obesidade. Para além deste aspecto, é fundamental considerar o conhecimento dos factores determinantes do comportamento alimentar, sem o qual fica fortemente comprometida a prevenção e alteração dos padrões alimentares indutores da obesidade.

Neste âmbito, a investigação começou por privilegiar os factores individuais, como as atitudes, gostos, influências sociais e controlo do comportamento percebido, e só mais recentemente focalizou a sua atenção nos determinantes ambientais do comportamento, identificados por French, Story & Jeffery (2001) e por Swinburn, Caterson, Seidell et al. (2004) como a maior influência no aumento da prevalência da obesidade, uma vez que incentivam o consumo alimentar em detrimento da prática do exercício físico.

Nas palavras de Sallis & Owen (2002), estes factores ambientais são enfatizados pelos modelos ecológicos, onde surgem interrelacionados com os factores individuais. Numa perspectiva ecológica, Rothschild (1999) afirma que a probabilidade de um indivíduo adoptar um comportamento saudável é maior quando ele está motivado para agir saudavelmente, tem capacidade individual para isso e o ambiente que o rodeia lhe oferece as oportunidades certas. Deste modo, a motivação e as capacidades constituem os determinantes individuais no comportamento saudável, enquanto que as oportunidades dependem de factores ambientais.

O grau de influência dos factores ambientais no comportamento alimentar sofre alterações ao longo do desenvolvimento. A partir de uma revisão da literatura Patrick & Nicklas (2005) verificaram que as crianças e adolescentes sofrem uma forte influência dos factores ambientais, tendo as crianças menos autonomia na escolha alimentar.

Van der Horst et al. (2007) reviram a literatura que correlaciona o ambiente com o tipo de alimentos (calóricos, ricos em gordura, fruta, vegetais, *snacks* / *fast food* e refrigerantes) consumidos por crianças e adolescentes, e verificaram que os factores socioculturais (consumo parental e fraterno, práticas parentais) e económicos (rendimento do agregado familiar, nível educacional dos pais) do meio familiar são aqueles que são mais intensivamente estudados como potenciais determinantes ambientais, em detrimento dos factores ambientais físicos, socioculturais, económicos e políticos.

Da mesma revisão destacaram-se três correlações consistentes e significativas: uma relaciona o consumo parental e o consumo de gorduras, frutas e vegetais por parte das crianças, outra associa o consumo parental e fraterno com o consumo de alimentos calóricos e ricos em gordura junto dos adolescentes, e finalmente, uma outra correlação entre o nível educacional dos pais e o consumo de frutas e vegetais relativo aos adolescentes. Foi encontrada ainda uma associação positiva que importa referir, pois relaciona a disponibilidade e acessibilidade com o consumo de frutas e vegetais por parte das crianças. Outras correlações positivas foram encontradas e vão no sentido dos resultados principais: as práticas de controlo e de restrição com o consumo de alimentos ricos em gordura, o nível educacional dos pais com o consumo de alimentos gordos, a modelagem com a ingestão de frutas e vegetais, o consumo parental com o consumo de refrigerantes, o estilo parental com o consumo de frutas e vegetais, a união familiar com a ingestão de frutas e vegetais e o encorajamento parental para aumentar o consumo alimentar com a ingestão de frutas e vegetais (Van der Horst et al., 2007).

Os autores identificam as principais limitações dos estudos que se debruçam sobre a participação de factores ambientais no excesso de peso e obesidade nas crianças e adolescentes. São poucos os que se ocupam com a análise de factores microambientais na escola e nos *settings* da vizinhança e dos factores macroambientais nos *settings* urbanos / municipais. Outro aspecto relevante prende-se com o facto dos estudos

utilizarem informação ambiental percebida e auto-referida em detrimento de observações ambientais mais objectivas. Estas considerações possivelmente estão relacionadas com o facto do interesse que o ambiente físico suscitou na comunidade científica ser ainda recente. Os autores alertam para a necessidade de realizar estudos longitudinais bem como a de levar a cabo investigações que abordem os factores ambientais físicos, socioculturais, económicos e políticos em contexto escolar (política alimentar escolar e preços dos alimentos), na vizinhança (disponibilidade e acesso dos alimentos em lojas) e em contexto urbano / municipal (política alimentar, preços dos alimentos e *marketing*).

A grelha de análise de ambientes (*ANGELO framework*) constitui um exemplo de instrumento de classificação dos diferentes determinantes ambientais (Swinburn, Egger & Raza). Segundo este instrumento, os ambientes são classificados em duas dimensões: tamanho e tipo. Quanto ao tamanho podem ser microambientes (casas, escolas, restaurantes e vizinhanças) ou macroambientes (planeamento urbano, infraestrutura dos transportes, sistema de saúde e os *media*). Quanto ao tipo, os ambientes podem ser físicos (disponibilidade de oportunidades de escolhas saudáveis e não saudáveis), socioculturais (normas subjectivas sociais e culturais e normas descritivas e outras influências sociais tais como as influências parentais e pressão dos pares), económicos (custos relativos aos comportamentos saudáveis e não saudáveis) e políticos (regras e regulações que podem influenciar a escolha e disponibilidade alimentar, por exemplo, proibição de máquinas de *snacks* nas escolas).

7. A Responsabilidade Individual e a Responsabilidade Social

O combate desta epidemia passa, segundo o autor, pelo exercício por parte dos cidadãos da sua responsabilidade individual e social, com o objectivo de alterar o rumo desta problemática (Ludwig, 2007). O caso dos contratos de direitos de venda assenta numa ideologia que considera a existência de responsabilidade individual nos casos de excesso de peso. Segundo Berman, Ford-Gilboe & Campbell (1998), este contexto ideológico esconde desequilíbrios de poder marcados pelo ambiente histórico, económico, social e político, com consequências negativas para a saúde das crianças.

Esta situação é mantida por replicação cultural, aspecto que a torna quase invisível e incontestável.

Knowles (1977) é um dos autores que defende esta ideia de responsabilidade individual, afirmando que aquilo a que comumente se chama direito à saúde deveria ser substituído por obrigação moral de preservar a sua própria saúde. Assim, a ideia de responsabilidade individual considera a saúde como um dever público. Esta posição decorre de uma perspectiva em que os problemas de saúde actuais estão directamente ligados à alteração de comportamentos e estilos de vida individuais. Deste modo, o indivíduo, através de algumas regras de comportamento, tem em si o poder e a obrigação social de prevenir as suas doenças e incapacidades com consequentes benefícios individuais e colectivos.

No mesmo sentido, Lowenberg (1989) apoia a ideologia da escolha que responsabiliza o indivíduo pelas suas escolhas e ao mesmo tempo escolhe o seu estado de saúde. Também Freund & McGuire (1999) defendem a ideia de responsabilidade individual, admitindo que aquilo que é a saúde é resultado de uma construção social, onde se atribui parte da responsabilidade da doença ao indivíduo onde ela ocorre.

Outra perspectiva contraria esta ideia. Zola (1983) refere que na nossa sociedade se assiste a uma culpabilização da vítima, que fica ligada a um estigma social que caracteriza a pessoa com excesso de peso como alguém indisciplinado, preguiçoso e irresponsável na relação com a saúde do seu corpo. Este estigma é extensível ao pai / mãe ou família nos casos de excesso de peso infantil. Puhl & Brownell (2001) verificaram que o estigma tinha lugar entre as crianças que acreditam haver possibilidade de controlo do peso por parte das crianças obesas, acabando estas por ser alvo de estereótipos negativos. Broom & Whittaker (2004) demonstraram que os próprios indivíduos se percebem como únicos responsáveis da sua situação de doença, o que reflecte a existência de um estigma individual para além do social.

No caso do excesso de peso, a ideia partilhada pelas pessoas é a de que o indivíduo pode comer menos e fazer mais exercício e assim controlar o seu peso. Acontece que nesta equação estão a ser ignoradas as disposições genéticas, as complicações médicas e os condicionalismos sociais que estão associadas ao excesso de

peso. Estes factores são negligenciados quando o excesso de peso é considerado o resultado de escolhas irresponsáveis do indivíduo. No plano clínico, nas intervenções e nas investigações, esta ideologia da responsabilidade individual no excesso de peso continua a estar presente de forma significativa (Opalinski, 2006).

A filosofia da culpabilização da vítima de que fala Zola (1983, citada por Opalinski, 2006) está de tal forma inserida no tecido sócio-cultural que acabou por ser institucionalizada na política nacional de saúde. O problema desta ideologia é que impossibilita que se procure noutros planos, para além do individual, os factores promotores do excesso de peso na infância. Existem questões sociais que promovem o aumento da epidemia do excesso de peso infantil e que são pouco consideradas devido ao foco que é mantido sobre o indivíduo e a sua família.

Segundo Dickerson & Brennan (2002), são as políticas, os procedimentos e as leis sociais, formais e informais, que moldam as ideologias da sociedade. As actuais são favoráveis às empresas que estabelecem contratos dos direitos de venda com as escolas, daí a utilização de argumentos baseados na responsabilidade individual, onde os alunos têm sempre a opção de comprar ou não os seus refrigerantes (Nestle, 2000). Os *media* também contribuem para a manutenção desta ideologia da responsabilidade individual, pela forma como transmitem a informação associada ao excesso de peso na criança e no adulto. A agenda política por sua vez também vai no mesmo sentido. O resultado desta focalização na responsabilidade individual favorece a existência de sistemas que lucram com situações pouco saudáveis, mantendo-se assim numa actividade livre de análise e crítica (Opalinski, 2006).

Opalinski (2006) alerta para a necessidade de mudança social, referindo que as grandes empresas já estão instaladas nas escolas e que existe uma aceitação geral em relação aos contratos dos direitos de venda por parte de pais, alunos e corpos directivos das escolas. Os lucros são obtidos em detrimento da saúde das crianças, mas esta situação não desencadeia grandes críticas, nem nos *media* nem nos meios mais académicos. As autoridades escolares encaram o financiamento dos programas escolares como algo intrinsecamente positivo, mesmo que a fonte desse financiamento sejam contratos de direitos de venda dirigidos para ao lucro, resistindo assim aos argumentos que defendem a saúde das crianças. Os profissionais de saúde remetem-se ao silêncio e

conjuntamente com pais, crianças e adolescentes mostram pouca consciência ou até desinteresse por esta situação de fazer lucro à custa da saúde infantil e juvenil. As pessoas estão, de um modo geral, tão absorvidas pela ideologia de responsabilidade individual no que respeita à saúde que não se apercebem da actual ideologia orientada para o lucro.

A Unidade Estratégica do governo do Reino Unido criou taxas de saúde para os alimentos calóricos, chegando a fazer da manteiga o inimigo público número um. Promove ainda a prática de exercício físico através de medidas como o aumento dos preços dos DVD regraváveis e a emissão de filmes antigos na televisão entre as 17 e as 20 horas (Gibb, 2004). Na opinião Gibb (2004), que se posiciona na perspectiva da responsabilidade individual, estas medidas apenas dão conta da abordagem paternalista do governo em relação ao problema da obesidade.

A situação de crise continua. A *British Heart Foundation* revelou números surpreendentes: um quinto dos cidadãos do Reino Unido é obeso, o que corresponde ao dobro dos números da década de 80. Gibb (2004) recorda que o exercício físico é uma necessidade e não um luxo, sendo a prática intensa apenas uma das suas abordagens. Pode adoptar-se o treino intensivo em ginásio, a corrida, as caminhadas, mas a simples deslocação constitui, segundo o autor, um bom primeiro passo. Outras estratégias como o uso da liposucção, das pílulas de emagrecimento milagrosas e das taxas de obesidade têm-se mostrado pouco eficazes. A *World Health Federation* fala em 22 milhões de crianças com menos de 5 anos de idade a sofrer de excesso de peso severo. Prevê-se que estas crianças venham a sofrer de doença cardíaca ou diabetes mesmo antes dos 21 anos de idade.

Para alterar esta situação, Gibb (2004) sugere que se desenvolvam campanhas suportadas pelo governo para promoção de um estilo de vida mais saudável, utilizando a televisão e as escolas como ponto de partida. A publicidade pode assim servir este fim de promover um estilo de vida saudável. Apesar das informações resultantes dos estudos e relatórios realizados, Gibb (2004) considera que a responsabilidade individual é sempre um facto incontornável na questão da gestão do peso. No fim, a equação é simples: comida menos exercício é igual a gordura.

Para Opalinski (2006) a redução e prevenção do excesso de peso infantil não tem lugar se não se modificar a ideologia actual. Nesta crescente problemática do excesso de peso, a responsabilidade social existe e é necessário que comece a ser considerada nas intervenções. A abordagem deveria ser baseada na teoria da ecologia social, que admite a responsabilidade de factores individuais, familiares, mas também ambientais, aos quais o indivíduo não é indiferente. No mesmo sentido, Lowenberg (1995) afirma que as perspectivas simplistas de culpabilização da vítima não admitem a intervenção de factores culturais, sociais, económicos e ambientais, que têm um papel a desempenhar no estabelecimento de uma situação de saúde ou, pelo contrário, de doença.

CAPÍTULO II

PUBLICIDADE INFANTIL

1. A Publicidade Infantil e o Consumo Alimentar

Esta relação entre publicidade e consumo alimentar é tão real que já foi encontrada uma associação entre a quantidade de anúncios publicitários a produtos alimentares e a de *snacks* e calorias consumidas. A dieta presente na publicidade televisiva está longe de ser saudável e nutritiva, sendo realçados aspectos relativos à diversão, à fantasia e ao paladar. As técnicas publicitárias são progressivamente mais sofisticadas e perversas. É frequente a publicidade a produtos alimentares pouco saudáveis envolver a participação de desportistas famosos e celebridades, o que no caso dos desportistas configura um contra-senso pois a seu sucesso depende de uma dieta equilibrada. Mas esta utilização perniciososa da publicidade não é incontornável, a publicidade é apenas um instrumento e pode ser aplicado de forma a ter um efeito positivo na saúde das crianças, dependendo da utilização que se faz dela [Editorial *The Lancet*, 2003, 362 (9396)].

Krebs [2003, citado pelo Editorial *The Lancet*, 2003, 362 (9396)], da *Food Standards Agency*, afirma que é do conhecimento geral a quantidade pouco aconselhável de gordura, açúcar e sal que se encontra nas dietas infantis e o aumento assustador dos números da obesidade infantil. Esta mesma organização alerta para factos relevantes como a duplicação dos números da obesidade nos últimos 10 anos, o aumento do tamanho e valor calórico das porções alimentares e o aparecimento cada vez mais precoce de doenças associadas à obesidade: diabetes tipo 2, doença cardíaca, hipertensão e osteoartrite.

Os alimentos que surgem nos programas de televisão não correspondem àqueles que compõem uma dieta saudável e nutricionalmente equilibrada: *snacks*, refeições incompletas, bebidas refrigerantes, álcool (Story & Faulkner, 1990; Gerbner, Morgan & Signorielli, 1982).

As personagens utilizadas nesses programas são habitualmente magras e altas, se a personagem for um herói, sendo gordas quando a ideia é serem engraçadas (Kaufman, 1980). Outros estudos como o de Greenberg, Eastin, Hofshire, Lachlan & Brownell (2003) demonstram que as personagens femininas são habitualmente magras e altas quando se pretende mostrar atractividade e vida afectiva e social activas. Quando são gordas, têm poucos amigos, raramente têm namorado e têm uma vida social mais pobre.

Com alguma frequência, a literatura refere que nos últimos anos o aumento da obesidade infantil foi acompanhado pelo aumento do número de horas gasto a ver televisão por parte das crianças. Kunkel (2001) afirma que a esse dois aumentos pode acrescentar-se o do número de anúncios publicitários dirigidos a crianças. Esta atenção ultimamente dedicada às crianças não será alheia ao facto das crianças e adolescentes actuais terem um poder de compra significativo, se considerarmos o dinheiro que recebem de forma regular dos pais, e do poder de influência que têm nas decisões de compra familiares (Kane, 2003).

Trabalhos como o de Kunkel (2001) revelam que a maior parte da publicidade dirigida a crianças é relativa a produtos alimentares, sendo a esmagadora maioria destes produtos pertencente à categoria de *junk food*, ou seja, alimentos ricos em gordura, açúcar e sal, e bebidas refrigerantes açucaradas. Também são publicitados os restaurantes de *fast food* e refeições congeladas prontas-a-comer, nutritivamente fracas.

Os efeitos negativos dos anúncios publicitários nas escolhas alimentares e sua qualidade nutritiva, que encontraram confirmação empírica correspondem a quatro tipos: o número elevado de consumo de anúncios está positivamente associado ao número de tentativas que as crianças fazem para influenciar as compras dos pais (Galts & White, 1976); a presença da televisão durante as refeições determina um mau padrão alimentar na família e a sua ausência um maior consumo de frutas e vegetais (Coon, Goldberg, Rogers & Toker, 2001); os adolescentes que consomem mais *fast food* vêem também mais televisão que os seus pares (French, Story, Neumark-Sztainer, Fulkerson & Hannan, 2001) e; a exposição de crianças de dois a seis anos de idade a anúncios publicitários a produtos alimentares durante um período de 10 a 30 segundos influencia

as suas preferências, duplicando-se este efeito com a repetição do anúncio no mesmo período de tempo (Borzekowski & Robinson, 2001).

Os anúncios publicitários a produtos alimentares são construídos integrando valores associados à família, amizade e amor; em contextos familiares à criança como a escola, espaços abertos e casa; ao produto e actor estão associados sentimentos de felicidade, amizade, diversão, beleza e boa forma física, num ambiente em que podem acontecer coisas positivas (Caroli et al., 2004).

As regras de sedução da publicidade são adaptadas à audiência a quem se dirige. Se a audiência for muito jovem a mensagem publicitária é simples, directa e de fácil compreensão, quando pretende atingir os pais, a mensagem já utiliza uma linguagem mais profissional, enfatizando as características nutritivas do produto em questão (Caroli et al., 2004). Outras formas de seduzir as crianças, aumentar os pedidos aos pais e potenciar as vendas são conseguidas através da oferta de brinquedos associada à compra dos produtos publicitados (Lung & Vranica, 2003; *McDonald's Corporation*, 2002) e da utilização de personagens de desenhos animados muito conhecidas na promoção televisiva de produtos alimentares (Kotz & Story, 1994; Leiber, 1988; Fisher, Schwartz, Richards, Goldstein & Rojas, 1991). Para cativar os adolescentes acerca de produtos que lhes são dirigidos, a publicidade acentua o facto de os produtos terem poucas calorias e apela à componente emocional, apostando numa elevada aprovação social por parte dos pares (Caroli et al., 2004).

Segundo o grupo *Stop Commercial Exploitation of Children Coalition*, a agressividade do *marketing* e da publicidade da indústria alimentar constitui uma das principais causas do aumento exponencial da obesidade infantil e das suas patologias associadas. No mesmo sentido, Linn (2002) afirma que no início do século XX as crianças realizavam trabalhos fisicamente exigentes nas fábricas, reflectindo o poder que as empresas exerciam sobre os seus corpos. Actualmente, o poder sobre o corpo infantil foi substituído pelo poder sobre a mente infantil, atingindo-se esse objectivo através do *marketing*.

A aceitação do *marketing* para crianças ocorre apenas na última década, mas as suas vantagens foram rapidamente valorizadas pelos grupos empresariais. Hoje em dia,

e nas palavras de Ahuja (2002), os apelos publicitários de produtos infantis não são dirigidos aos pais da criança, mas visam a sua aprendizagem para influenciar os pais no seu comportamento de compra.

Os efeitos negativos desta intensidade publicitária não geram só problemas de peso. As crianças são estimuladas por um ambiente consumista e materialista, sofrendo as consequências não só de obesidade, mas também perturbações da sua imagem corporal, outros problemas emocionais, perturbações do comportamento alimentar e tendência para comportamentos violentos (McLellan, 2002). O brincar e os brinquedos eram marcados pela fantasia associada e induzida pelas histórias infantis. Hoje os brinquedos estão tão saturados pelas relações comerciais que estabelecem, que se assiste a um efeito de bloqueio das histórias e consequente capacidade criativa da criança (Brody, 2002).

2. As Técnicas Sofisticadas da Publicidade Infantil

Existem formações específicas sobre a publicidade dirigida a crianças que ensinam técnicas cada vez mais sofisticadas: a utilização de conteúdos baseados na fantasia, o modo de fidelizar os consumidores e de seduzir comunidades étnicas e minoritárias. Outras organizações, como a *Stop Commercial Exploitation of Children*, tentam proteger as crianças dos problemas psicossociais e físicos resultantes de uma acção publicitária agressiva. A situação actual atingiu um estado de crise. A obesidade infantil e as doenças que lhe estão associadas atingiram números nunca antes conhecidos, o que provavelmente estará relacionado com o “ambiente tóxico”, para o qual a indústria alimentar contribuiu bastante. As porções alimentares aumentaram ou são objecto de promoção, resultando uma refeição num total de calorias que ultrapassa as necessidades diárias de uma criança. A publicidade de produtos alimentares surge habitualmente ligada ao entretenimento: filmes, vídeos, jogos de vídeo e celebridades aparecem a par com os produtos alimentares, bebidas refrigerantes e desportivas, e ainda, com brinquedos [Editorial *The Lancet*, 2002, 360 (9338)].

O *marketing* dirigido às crianças utiliza meios como a televisão, rádio, imprensa escrita, eventos comerciais, cupões, filmes e livros. As empresas de bebidas

refrigerantes estabelecem contratos dos direitos de venda em escolas, as cadeias de *fast food* vendem os seus produtos em escolas e cafetarias dos hospitais, há canais de televisão transmitidos nas escolas que divulgam anúncios publicitários. As crianças são alvo do *marketing* há relativamente pouco tempo, o que não dificultou a intensificação do seu uso nem a sua diversificação. Esta chegou a um ponto em que as empresas realizam estudos de mercado eficazes através da *Internet* [Editorial *The Lancet*, 2002, 360 (9338)].

Apesar da exploração infantil ser mais abordada, importa não esquecer que os pais das crianças se encontram frequentemente mal informados, chegando a registar os filhos em *sites* que prometem jogos educativos. A perversão não fica por aqui, uma vez que os profissionais da área de nutrição são aliciados para legitimar os métodos utilizados e os produtos publicitados [Editorial *The Lancet*, 2002, 360 (9338)].

2.1. O Caso Particular dos *Advergames*

Um estudo realizado por Mallinckrodt & Mizerski (2007) com crianças entre os cinco e os oito anos de idade procurou conhecer o efeito de um *advergame* relativo a cereais açucarados nas suas percepções, preferências e pedidos de compra. Os autores verificaram que, embora nenhuma das crianças percepcionasse o produto como mais saudável em comparação à fruta fresca, as mais velhas demonstraram uma preferência significativamente mais elevada pela marca, não só entre outras marcas de cereais como em relação a outras categorias de alimentos. No que diz respeito às intenções de pedido de compra, não se registaram diferenças nem as preferências pelo produto estavam associadas ao grau de conhecimento da persuasão do *advergame*.

A *American Psychology Association* (2004) fez reparo acerca das promoções cada vez mais sofisticadas que têm aparecido na *Internet*, alterando as dinâmicas de comunicação estabelecidas entre crianças e empresas. A facilidade de penetração destas mensagens coloca em risco a saúde a longo-prazo por ser fomentada a aquisição de maus hábitos alimentares.

O *advergame* constitui a forma mais conhecida deste tipo de publicidade que reúne mensagens publicitárias num formato de jogo, sendo o mais habitual o dos jogos electrónicos (Moore, 2006). Autores como Montgomery (2001) alertam para o número crescente de crianças com acesso à *Internet*, assistindo-se recentemente a uma diminuição das idades e aumento do número de horas de utilização. Segundo Lindstrom & Seybold (2003), as marcas utilizam estas novas tecnologias e criam formatos com base nos interesses das crianças, estabelecendo de modo eficaz e rápido uma relação com o seu público-alvo.

A popularidade dos *advergames* tem crescido à medida da popularidade do acesso à *Internet*, constituindo um tipo de publicidade a que os especialistas chamam de “publicidade imersiva” (Wade, 2004). Segundo Moore (2006), este formato publicitário é bastante versátil para as marcas, pois para além de reforçar a imagem da marca permite que a mensagem se adapte às diferentes necessidades e capacidades dos públicos-alvo caracterizados pelos factores idade e género. Há marcas que não se ficam por este efeito imersivo dos *advergames* e adoptam o *marketing* viral, ou seja, a criança exposta às mensagens de uma marca pode no mesmo site enviar um *e-mail* a um ou a vários amigos, aumentando-se assim o grau de credibilidade das mensagens através da utilização do grupo de pares.

Embora sejam pouco conhecidos os efeitos dos *advergames*, autores como Oanh Ha (2004) defendem a ideia de que estes têm maior poder persuasivo quando comparados com os formatos tradicionais de publicidade dirigidos a crianças pequenas. Edwards (2003) aponta como razão o facto de os *advergames* envolverem as crianças num ambiente de fantasia rico e animado, conseguindo assim captar a sua atenção durante extensos períodos de tempo.

3. A Publicidade Alimentar Dirigida a Crianças

Os conteúdos dos programas de televisão podem influenciar a obesidade infantil de dois modos: utilizando alimentos, o que simultaneamente deturpa a noção do que são alimentos saudáveis e nutritivos e estimula o consumo excessivo de alimentos pobres no plano nutritivo; e descrevendo determinada forma física, sendo raro aparecerem

indivíduos obesos se considerarmos a sua incidência na população geral, intensificando assim o isolamento que já lhes é habitual (Caroli et al., 2004). A obesidade surge pouco na televisão e quando surge é associada a características negativas. A forma mais construtiva de abordar o problema da obesidade passaria por mostrá-la como origem de problemas de saúde, associada à pouca prática de exercício físico e ao excesso alimentar (Bell, Berger & Townsend, 2003).

A propósito desta relação entre televisão e obesidade, Dietz & Gortmaker (1985) e Crespo et al. (2001) encontraram nas últimas décadas um aumento da prevalência da obesidade marcado pelo número de horas que os canais televisivos dedicaram à programação infantil. Estes programas dirigidos às crianças são frequentemente patrocinados por empresas produtoras de brinquedos e pela indústria alimentar, que pretende promover os seus produtos pouco saudáveis, calóricos, ricos em açúcar, gordura e sal (*Wall Street Journal*, 26: B8, 2002, citado por Caroli et al., 2004).

Chapman et al. (2006) realizaram uma investigação com o objectivo de descrever a natureza e volume da promoção de vendas presentes nas embalagens dos alimentos dispostos nas prateleiras dos supermercados australianos. Apenas foram estudados os alimentos cuja promoção era dirigida às crianças através do uso de ofertas e personagens da banda desenhada ou dos filmes. Para além deste objectivo, os autores compararam a promoção dos alimentos saudáveis com a dos alimentos pouco saudáveis. Os resultados indicam que entre 9 a 35% dos produtos analisados fazem uso de técnicas promocionais. A maioria das promoções utiliza a televisão, as estrelas dos filmes e as personagens da banda desenhada. Outra maioria, de 82%, corresponde às promoções de produtos alimentares pouco saudáveis, sendo apenas de 18%, as que se ocupam dos alimentos saudáveis. Os autores deram conta da utilização de técnicas enganadoras na promoção de produtos alimentares para crianças, que dificultam ainda mais a escolha de alimentos saudáveis nos supermercados. Por exemplo, encontraram cereais cuja embalagem mostrava a pirâmide alimentar para referir o carácter saudável do produto em questão, embora a sua composição revelasse excesso de açúcar.

Os dados obtidos através deste estudo permitem aos autores afirmar que nos supermercados é comum a promoção de alimentos pouco saudáveis, contribuindo este facto de forma significativa para a criação de um ambiente promotor da obesidade.

Chapman et al. (2006) sugerem que se investigue o impacto que as promoções de alimentos têm no consumo alimentar das crianças, mas também os meios eficazes de restrição à promoção dos alimentos pouco saudáveis.

O relatório conjunto da *Food Agriculture Organization* e da Organização Mundial de Saúde (2003) refere que a grande incidência de publicidade para promoção de *fast food* e de bebidas e alimentos calóricos e pouco nutritivos são, muito provavelmente, a causa do excesso de peso e obesidade cada vez mais presentes nas crianças.

Hawkes (2004) identificou seis técnicas utilizadas pela indústria alimentar para promover os seus produtos: publicidade televisiva, *marketing* em contexto escolar, patrocínios, localização do produto, *marketing* na *web* e promoções de venda nas embalagens dos produtos. Esta utilização do *marketing* promove um ambiente potenciador da obesidade, pois dificulta a escolha dos alimentos saudáveis que surgem como menos apelativos. A vulnerabilidade das crianças é real, porque elas estão menos conscientes das consequências que os produtos alimentares ricos em gordura, açúcar e/ou sal têm na sua saúde (Hastings et al., 2003).

Toda a literatura relativa à publicidade dirigida a crianças partilha a ideia comum de que a promoção de alimentos para crianças utiliza predominantemente a publicidade televisiva. Este tipo de promoção é cada vez mais adicionado ao que envolve as ofertas e promoções cruzadas com as televisivas e com as estrelas dos filmes e do meio desportivo. A *Henry J Kaiser Family Foundation* (2004) refere que está comprovado que a utilização frequente das personagens favoritas das crianças nos produtos alimentares constitui um meio eficaz na recordação dos *slogans* e na identificação dos produtos.

Aliás, Hastings et al. (2003) realizou uma revisão dos estudos sobre a promoção de alimentos para crianças no Reino Unido, confirmando a ideia de que a promoção dos alimentos condiciona as escolhas e hábitos alimentares das crianças, sobretudo nas preferências alimentares (marca e categoria do produto) e comportamento de compra. Temas associados à diversão e à fantasia ou gosto são frequentemente utilizados para publicitar determinados alimentos em detrimento de outros mais saudáveis e nutritivos. As estratégias utilizadas pela indústria alimentar para promover os seus produtos são

variadas, mas todas visam o condicionamento das preferências alimentares das crianças e o estabelecimento de uma relação de lealdade entre as crianças e a marca, de modo a assegurar aquisições futuras (Chapman et al., 2006).

A variedade das técnicas de promoção de produtos alimentares utilizadas mostra como estas são importantes para os publicitários. O objectivo da publicidade de produtos alimentares para crianças é claro, surgindo as dificuldades quando são necessárias provas evidentes de que essa publicidade causa a obesidade infantil. Seja como for, Coon & Tucker (2002) verificaram que a frequente exposição à publicidade conduz ao aumento do número de tentativas que as crianças fazem para influenciar a compra dos pais através de pedidos da marca publicitada.

Neville, Thomas & Bauman (2005) realizaram uma investigação na Austrália com o objectivo de conhecer a frequência e natureza da publicidade de produtos alimentares durante o período dos programas televisivos. Para além disso, os autores pretendiam verificar se havia maior probabilidade de estar exposto à publicidade de doces e de restaurantes de *fast food*, durante a emissão de programas infantis em comparação com os dos adultos. Os resultados confirmaram esta hipótese e mostraram que cerca de metade dos anúncios publicitários a alimentos correspondiam a alimentos ricos em gordura e/ou açúcar. Estes alimentos afastam-se dos que caracterizam uma dieta saudável, o que dá conta da necessidade de proteger as crianças da promoção de alimentos pouco saudáveis na televisão. Segundo Sustain (2002), a publicidade televisiva ao promover alimentos ricos em açúcar e em gordura, em detrimento das frutas e vegetais, transmite uma mensagem contrária às linhas orientadoras e recomendações dos profissionais de saúde pública, boicotando a saúde pública e os esforços dos pais em educar o comportamento alimentar dos filhos.

A promoção de alimentos pouco saudáveis é especialmente dirigida a crianças e é exactamente desse tipo de promoção que as crianças precisam ser protegidas (Dibb, 1996; *Public Health Association of Australia*, 2002; Sustain, 2002). Na Austrália, o sistema de auto-regulação da indústria publicitária mostra a fragilidade da protecção das crianças face aos promotores de alimentos pouco saudáveis (*Coalition for Food Advertising to Children*, 2002; *Public Health Association of Australia*, 2003), e isto

apesar das preocupações manifestadas pelos profissionais de saúde pública e pela comunidade em geral (Neville, Thomas & Bauman, 2005).

A literatura relativa à obesidade infantil coloca-a, de um modo geral, como uma preocupação crescente de saúde pública, como uma epidemia global e, nas palavras de Robinson (1998) como uma situação parcialmente devida ao aumento de tempo dispensado ao visionamento televisivo. Andersen et al., 1998; Robinson, 1999 e Ebbeling et al., 2002 explicam como isso acontece: o aumento do tempo utilizado a ver televisão reduz o gasto energético através da inactividade e do aumento do consumo alimentar, motivado pela publicidade e por mais oportunidades de “petiscar”. Segundo a *WHO* (2003), pode não haver comprovação científica em relação à publicidade televisiva de produtos alimentares como causa da obesidade infantil, mas existe evidência indirecta relevante que dá conta da sua contribuição enquanto provável factor causal.

O visionamento televisivo e consequente contacto com a publicidade televisiva a produtos alimentares é um entre os vários factores (sociais, pessoais, etc.) de um conjunto complexo que marca o desenvolvimento de maus comportamentos alimentares, excesso de peso e obesidade infantil (*NSW Department of Health*, 2002). Esta participação da televisão na obesidade não está suficientemente esclarecida. Hastings et al. (2003) refere que foi encontrada a ligação entre visionamento televisivo e dieta / obesidade, no entanto não se conhece que factor medeia esta relação; poderá ser a publicidade televisiva de alimentos, o sedentarismo associado ao visionamento televisivo ou o aumento da ingestão alimentar ao longo do mesmo.

O carácter multifactorial das causas e soluções da obesidade infantil não exclui a importância de combater o *marketing* de produtos alimentares dirigido às crianças, sendo esta uma área onde é necessário agir de modo mais incisivo (Chapman et al., 2006). A indústria alimentar investe na associação entre alimento e entretenimento utilizando personagens de filmes e desenhos animados. As marcas de alimentos aparecem nos brinquedos e as cadeias de *fast food* oferecem jogos supostamente educativos. Levin (2002, citado por McLellan, 2002) alerta para a “sexualização” presente no mecanismo de funcionamento de guloseimas interactivas, bem como para a existência de um programa televisivo que promove os alimentos num registo de

entretenimento, onde os alimentos se transformam em monstros e onde as mensagens apelam à ingestão alimentar.

Também Ebbeling (2002, citado por McLellan, 2002) considera que o carácter agressivo da publicidade de produtos alimentares contribuiu nas duas últimas décadas para um excesso de peso infantil nunca antes visto em populações geneticamente estáveis. Não será surpreendente dar conta que as taxas de obesidade infantil estabelecem um paralelo com as de consumo de *fast food*.

Maine (2002, citado por McLellan, 2002) afirma que a obesidade não é o único problema de saúde associado à indústria alimentar. Existem outras questões menos frequentemente consideradas, como a crescente exposição das crianças a imagens sobresexualizadas e subnutridas nos *media* e sua associação a comportamentos de dieta e perturbações da imagem corporal das raparigas. Outro aspecto diz respeito à imitação dos comportamentos violentos nas brincadeiras, associada ao aumento da frequência e intensidade dos episódios de violência nos *media* e à presença cada vez maior de brinquedos violentos, que são ao mesmo tempo desenhos animados e estão ligados a produtos (Carlsson-Paige, 2002, citado por McLellan, 2002).

Estes efeitos negativos referidos comprometem a saúde física e mental das crianças e mostram a necessidade de acção urgente sobre a publicidade que lhes é dirigida. O posicionamento dos especialistas varia entre a implementação de taxas e de regulação deste tipo de publicidade até à sua proibição total. Segundo Poussaint (2002, citado por McLellan, 2002), face ao ritmo cada vez mais acelerado do *marketing* urge proteger os cidadãos mais vulneráveis - as crianças.

4. A Necessidade de Protecção Infantil

Grande parte da literatura desenvolvida na área de publicidade para crianças, mas também os pais e as entidades governamentais, considera-as especialmente susceptíveis aos seus efeitos, e por isso, com necessidade de protecção em relação às mensagens persuasivas. Esta susceptibilidade advém do facto das suas estruturas cognitivas não estarem plenamente desenvolvidas, o que compromete a sua capacidade de

compreender as intenções persuasivas contidas nas mensagens publicitárias. Apesar da presença frequente deste aspecto na literatura, Livingstone (2004) dá conta da falta de evidência empírica que demonstre esta relação causal entre conhecimento acerca da promoção por parte da criança e efeito desta promoção nela.

Interessa agora apresentar os efeitos potenciais da promoção publicitária na *web*. A partir da informação veiculada pelas comunicações publicitárias as crianças estabelecem as suas preferências pelas marcas publicitadas, o que marcará os seus comportamentos futuros (Resnick & Stern, 1977). Segundo a APA (2004), isto acontece porque as crianças não possuem ainda um espírito crítico que lhes permita interpretar as comunicações, aceitando assim os anúncios da publicidade.

Estudos como o de Golberg & Gorn (1978) recolheram dados que associam a promoção publicitária, e especialmente a publicidade televisiva, às preferências das crianças. Outro dos efeitos do *marketing* nas crianças suportado pela literatura é o facto das crianças pequenas pedirem as marcas e produtos publicitados aos pais.

De um modo geral, a literatura converge na ideia de que o conhecimento e compreensão da criança em relação às comunicações comerciais medeia imperativamente a forma como ela lhes responde. Apesar desta concordância, Livingstone (2004) lembra que esta relação não foi ainda confirmada no plano empírico. Segundo Mallinckrodt & Mizerski (2007), a evocação do conhecimento persuasivo quando o sujeito está em contacto com a comunicação pode fazer sentido no caso dos adultos, mas é pouco provável junto das crianças pequenas. Ainda não foi investigado o momento em que as crianças evocam o conhecimento persuasivo ou o modo como este condiciona as suas respostas.

Segundo Young (1990), é a capacidade de distinguir entre o conteúdo comercial e o não-comercial que permite à criança organizá-los em diferentes categorias e utilizar diferentes esquemas de processamento de informação a partir das experiências e informações anteriores. Para o aparecimento desta capacidade é necessária alguma maturidade cognitiva e experiência anterior, sendo assim a idade um factor fundamental. Tendo analisado a literatura existente, a APA (2004) localiza o aparecimento desta capacidade entre os 4 e os 5 anos de idade.

A capacidade de compreender a intenção da publicidade é mais exigente do ponto de vista cognitivo que o reconhecimento da marca ou origem da mensagem (APA, 2004; Young, 1990). Segundo Robertson & Rossiter (1974, 1976), esta capacidade só surge por volta dos 7, 8 anos de idade. Robertson & Rossiter em 1974 referem que só depois de adquirida esta capacidade é que a criança possui um conjunto de respostas atitudinais em relação à publicidade televisiva, funcionando esta capacidade como uma defesa cognitiva face à persuasão publicitária.

Este estudo confirma os resultados de outros que referem que o conhecimento da criança em relação à fonte de comunicação aumenta com a idade. Verificou-se que são poucas as crianças que identificaram a origem do jogo, talvez porque seja mais difícil avaliar esta origem em jogos da *web*, interactivos e promocionais, quando os comparamos com a publicidade televisiva. No mesmo sentido, Moore (2006) afirma que na promoção na *web* integra-se o conteúdo comercial e o não-comercial num *advergame* de entretenimento, ficando pouco definidas as fronteiras entre conteúdo programático e promoção publicitária.

5. Educação para os *Media*

A partir da multiplicidade de definições do conceito “educação para os *media*” encontrada nas diferentes perspectivas disciplinares da literatura, Eagle (2007) centra-se numa definição que partilha com autores como Grigorovici & Constantin (2004), onde a educação para os *media* se aplica ao conteúdo comercial que abrange uma grande variedade de formatos de consumo de *media*, desde os novos *media* electrónicos aos híbridos com fronteiras pouco definidas entre publicidade, informação e entretenimento.

Assistindo-se actualmente a um crescendo de iniciativas da educação para os *media* financiadas por entidades comerciais, surgem também perspectivas críticas em relação às reais motivações destes movimentos bem como às formas utilizadas para levar a cabo tais iniciativas. Estas críticas agudizam quando as comunicações publicitárias são dirigidas a crianças, e especialmente depois de terem sido estabelecidas

relações por autores como, por exemplo, Smith (2003) entre a publicidade a produtos alimentares e problemas sociais como o aumento exponencial da obesidade.

Embora a evidência científica não aponte a publicidade como único factor responsável pela epidemia da obesidade (Eagle et al., 2004; Livingstone, 2005,) ninguém nega a sua intenção enganosa. Moses & Baldwin (2005) alertam para o relativo subdesenvolvimento das capacidades cognitivas das crianças que funciona como uma imunodeficiência, ou seja, comparativamente aos adultos as crianças têm maior risco de serem enganadas pela comunicação persuasiva da publicidade. Entende-se agora a necessidade de protecção dos consumidores, e particularmente das crianças, em relação à publicidade, mas também de as tornar capazes de fazer escolhas informadas na compra ou pedidos de produtos (Armstrong & Brucks, 1988; Kennedy, 2004; Rogers, 2002).

Segundo Goldberg (1995), as intervenções de educação para os *media* são elaboradas com vista a promover o espírito crítico nas crianças em situações de contacto com mensagens comerciais, mas a indústria de *marketing* alega desenvolvê-las para responder aos impactos sociais negativos criados pelo próprio *marketing*. Apesar destas afirmações, os críticos apontam razões menos altruístas. Autores como Teinowitz (2001) referem que este envolvimento da indústria de *marketing* com a educação para os *media* permite-lhes ganhar uma posição no plano de solução dos problemas, evitando ao mesmo tempo as restrições nas suas comunicações persuasivas como no caso da publicidade a alimentos para crianças com pouco valor nutritivo. Por outro lado, segundo Hobbs (1998), através destas intervenções educativas os *media* reduzem as críticas que lhes são dirigidas acerca dos potenciais efeitos negativos das suas acções. São também criticadas as tácticas utilizadas por estas organizações, de quem se espera um comportamento social responsável, havendo registo de alguns casos de publicitários de alimentos que conduzem investigações junto de crianças em idade pré-escolar (Kunkel, 2005).

O corpo teórico que sustenta as intervenções no âmbito da educação para os *media* engloba as diferenças disciplinares, que se reflectem na multiplicidade de definições do conceito. Assume-se, de um modo geral, que a exposição a uma educação para os *media* protege as crianças de uma série de patologias sociais. Nas palavras de Buckingham

(1993), a fundamentação teórica dos programas de educação para os *media* assenta na teoria da inoculação, que equaciona a exposição aos *media* como patológica e a educação para os *media* como imunizadora. Nabi & Krcmer (2004) consideram que não é através da desmistificação da construção dos *media* que se conseguem alterar os hábitos de consumo das pessoas nem eliminar a diversão associada a esse consumo. Estes aspectos e outros não estão ainda suficientemente estudados. Por exemplo, a teoria da disposição referenciada por Raney (2004), que admite que o prazer associado ao consumo dos *media* costuma ter como consequência fortes sentimentos ou uma disposição afectiva, positiva ou negativa, consoante os actores ou situações envolvidas, funciona segundo um mecanismo ainda não compreendido.

Os *media* desempenham um papel na identidade social. Segundo Dotson & Hyatt (1999) e Harwood (1999), o uso dos *media* desempenha um papel central na formação e reforço da identidade social dos indivíduos. Autores como Ritson & Elliott (1999) levam esta afirmação mais longe, admitindo que não é apenas o conteúdo programático, mas também a publicidade, que através do conhecimento e interpretações partilhadas desempenha um papel na identidade social.

A complexidade da relação entre o consumidor dos *media* e os *media* não está reflectida ou é mesmo ignorada na educação para os *media*, onde surge frequentemente de forma bastante simplista. Outro aspecto comumente ignorado diz respeito às crianças, que ao longo do seu desenvolvimento experimentam entre outras coisas variados formatos dos *media*, ou seja, a educação para os *media* já ocorre antes desta se tornar formal (Buckingham, 2004). A revisão da literatura realizada por Eagle (2007) permite-lhe afirmar que as diferenças de capacidades cognitivas entre crianças e adultos estão insuficientemente estudadas, que não existem instrumentos que avaliem a percepção da comunicação persuasiva nos diferentes estádios de desenvolvimento cognitivo, nem é conhecida a forma diferenciada como as crianças são influenciadas pela publicidade, como processam a informação das comunicações persuasivas e o impacto consequente no seu comportamento. É sobejamente reconhecido por autores como O'Sullivan (2005) que nem a aquisição de conhecimentos através da educação para os *media* nem a tomada de consciência da intenção persuasiva traz necessariamente consigo a capacidade efectiva de lhe resistir.

As teorias mais recentes do processamento de informação (John, 1999), do desenvolvimento do conhecimento da persuasão (Friestad & Wright, 1994) e teorias da mente (Moses & Baldwin, 2005) têm portanto as suas limitações, mas são operacionalmente úteis, pois permitem sustentar predições acerca do modo e do tempo que as crianças levam a desenvolver a capacidade de compreender as motivações e enviesamentos veiculados pela comunicação persuasiva, e a serem capazes de desenvolver e utilizar o conhecimento adquirido em programas de educação para os *media*.

Segundo Eagle (2007), a análise da educação para os *media* deveria ser contextualizada com as capacidades cognitivas de cada idade, não esquecendo a possibilidade de efeitos negativos da comunicação persuasiva. A questão da idade é também abordada por Armstrong & Brucks (1988) que referem que antes dos 12 anos, as crianças não utilizam de forma espontânea o conhecimento adquirido nas situações em que são postas em contacto com a publicidade televisiva. Apesar de não estarem ainda suficientemente estudadas, as diferenças que se encontram na idade surgem também em diferentes grupos socio-económicos e culturais. De qualquer forma, e quanto ao factor idade, a literatura revista por Eagle (2007) partilha a ideia de que existem dois grupos distintos: as crianças com menos de 7 anos, onde aparece a incapacidade de utilizar informação prévia e solicitada devido à imaturidade dos seus recursos cognitivos, não havendo portanto a capacidade de mobilizar defesas cognitivas eficazes; e o outro grupo, que compreende as crianças com idades entre os 7 e os 11 anos, que quando solicitado são capazes de fazer uso da informação adquirida, por exemplo, através da educação para os *media*, associando-a a situações actuais.

Outro aspecto a ter em conta tem a ver com o facto das iniciativas de educação para os *media* serem suportadas pela indústria, que não sente a necessidade empírica de estabelecer objectivos ou avaliar a eficácia deste tipo de intervenções. Segundo Livingstone (2005), os trabalhos de investigação realizados neste âmbito são maioritariamente experimentais ou exploratórios, o que cria grandes limitações no que respeita à sua validade e fiabilidade. Ao mesmo tempo, esta sua condição não possibilita a avaliação de resultados dos programas que vão sendo administrados.

Armstrong & Brucks (1988) defendem a existência de reguladores que trabalhassem em conjunto com a indústria publicitária nos projectos de educação para os *media*, com vista a desenvolver junto das crianças conhecimentos acerca da publicidade e comportamentos adequados de consumo. Só esta actividade reguladora e a acção governamental podem corrigir os erros comuns nas iniciativas levadas a cabo pela indústria publicitária.

Eagle (2007) acaba por sugerir que se invista empiricamente em estudos que aprofundem os instrumentos de medida e que admitam uma abordagem mais holística para identificar e compreender a interacção entre as ferramentas utilizadas nas comunicações persuasivas, a que as crianças estão cada vez mais expostas. Hobbs & Frost (2003) referem que os novos formatos electrónicos dos *media* constituem novos desafios, sendo a *Internet* aquele que aparece com mais evidência. As intervenções no âmbito da educação para os *media* devem estar a considerar os seus novos formatos (Livingstone, 2004; Rothenberg, 2002; Silverstone, 2004), as suas fronteiras difusas entre publicidade, informação e entretenimento (Grigorovici & Constantin, 2004; Shrum, 2004), definindo claramente o que são anúncios e comunicações persuasivas subtis integradas no conteúdo do programa (Kretchmer, 2004), bem como os “*advergames*” ou mensagens comerciais veiculadas pelos jogos electrónicos *online* e jogos de vídeo (Arnold, 2004; Lindstrom, 2005). A ideia é alargar a compreensão trazida pela teoria da inoculação e pela da disposição, testando conceitos teóricos abrangentes de diversas realidades culturais, para que a aplicação das teorias seja efectiva e eficaz em diferentes mercados. Eagle (2007) considera que é necessário investigar o impacto da comunicação persuasiva nas diferentes fases do desenvolvimento cognitivo para que as intervenções educativas sejam adequadas à idade das crianças.

Quanto à participação da indústria nos programas de educação para os *media*, não é admissível aceitar que esta é suficiente para acautelar os possíveis efeitos negativos das comunicações persuasivas do *marketing*, sobretudo quando não existem evidências acerca dos seus resultados positivos (Kleinman, 2003b; Rogers, 2002; Teinowitz, 2001). Eagle (2007) admite o interesse da indústria em participar de forma integrada e colaborativa, mas não defende as suas intervenções solitárias.

6. Regulação da Publicidade Infantil

As grandes dificuldades encontradas quando se pretende regular a publicidade de produtos alimentares dirigida a crianças e adolescentes devem-se aos enormes interesses económicos envolvidos. Os diferentes graus de regulação presentes nas legislações de vários países europeus correspondem, de forma compreensiva, a diferenças na prevalência da obesidade infantil desses países, havendo uma tendência positiva no norte da Europa que vai diminuindo até chegar aos países do sul (Lobstein & Frelut, 2003). De um modo mais geral, as diferenças relativas aos factores ambientais dos países europeus reflectem-se em diferentes valores da prevalência da obesidade infantil. Caroli et al. (2004) consideram que o facto de existirem diferentes tipos de regulações da publicidade na Europa, sobretudo na que promove produtos alimentares a crianças, contribuirá concertemente de forma significativa para o desenvolvimento da obesidade. Por outras palavras, nos países onde a legislação que regula a publicidade infantil é mais exigente, como é o caso dos países escandinavos e da Bélgica, regista-se uma menor prevalência de obesidade infantil, enquanto que nos países do sul da Europa, como a Itália, Portugal, Espanha e Grécia, onde esse tipo de legislação é inexistente ou não cumprida, a obesidade infantil assume valores significativamente mais elevados (Caroli et al., 2004).

Na Suécia foi proibida a publicidade televisiva para crianças com menos de 12 anos. Esta medida baseia-se no princípio de que as crianças nessa faixa etária são incapazes de diferenciar o conteúdo dos programas televisivos das mensagens persuasivas da publicidade (Dibb, 1996; Caraher, 2003). Segundo Langlois et al. (2003), as indústrias alimentar e publicitária alegam que a medida não impediu o aumento da obesidade. No entanto, Caraher (2003) afirma que as taxas não subiram tão rapidamente quanto nos países em que não existe regulação.

O Reino Unido, consciente da necessidade de intervenção, tem tomado medidas para equilibrar a publicidade televisiva de produtos alimentares para crianças, o que envolveu a colaboração entre governo, as indústrias alimentar e a publicitária, escolas, meios de comunicação social, celebridades e outros (FSA, 2004).

Chapman et al. (2006) defendem a redução do *marketing* directo de produtos alimentares para crianças como uma estratégia necessária à promoção da escolha de alimentos saudáveis. Estes autores referem a existência de regulações australianas para as técnicas de promoção de vendas, sob a forma de regulações estatutárias ou de códigos de auto-regulação. As regulações estatutárias baseiam-se no reconhecimento da menor experiência e compreensão das crianças em relação às promoções de vendas. Estas regulações já existem para o caso do álcool e do tabaco, mas não para publicidade de produtos alimentares (Hawkes, 2004). Quanto aos códigos de auto-regulação, estes correspondem aos princípios éticos que regulam as promoções de vendas na Austrália.

O tamanho do problema da obesidade infantil e a participação que se admite por parte da promoção de alimentos pouco saudáveis (WHO, 2003), tornam cada vez mais necessária a adopção de linhas orientadoras que visem a protecção das crianças em relação a esse tipo de publicidade. Por outras palavras, a relação entre alimentos calóricos e obesidade reforça, por si só, a necessidade de uma regulação mais exigente da promoção deste tipo de alimentos. As crianças constituem um caso particular, porque têm menos capacidade de compreender a intenção da publicidade e das técnicas de *marketing* utilizadas (Hastings et al., 2003). Analisando numa perspectiva global a questão dos anúncios publicitários televisivos de alimentos dirigidos às crianças, vários investigadores concluíram que estas estão expostas a grandes quantidades de publicidade televisiva de alimentos pouco saudáveis, onde são utilizadas técnicas persuasivas específicas. Considerando a literatura científica anterior, que comprova a associação entre publicidade alimentar, preferências e consumo, os resultados obtidos apoiam aqueles que exigem a regulação deste tipo de publicidade durante os períodos de maior audiência infantil (Kelly et al., 2010).

As crianças norte-americanas vêem 40000 anúncios televisivos por ano, sendo a sua maioria, e segundo a *Kaiser Family Foundation*, a produtos alimentares como doces, cereais, refrigerantes e *fast food* (Devi, 2008). Os números alarmantes relativos ao excesso de peso e obesidade nos EUA e na Europa têm motivado o debate público e pressões no sentido de regulamentar a publicidade de produtos alimentares calóricos e pouco nutritivos dirigida aos mais novos (Hawkes, 2007). Popkin (1998) fala de uma “transição nutricional” que favorece dietas calóricas e pouca actividade física.

Face a esta situação preocupante, a regulação da publicidade de alimentos pouco saudáveis surge de forma mais evidente como medida de combate, mas tem-se revelado muito controversa. Em 2004, a *World Health Organization* apelou a governos, indústria e sociedade civil no sentido de reduzir as acções publicitárias perniciosas. A partir daí as alterações têm sido significativas na regulação da publicidade de produtos alimentares dirigida a crianças e adolescentes: a indústria auto-regula-se, a sociedade civil desenvolve campanhas que visam restrições estatutárias e os governos analisam um rol de propostas reguladoras. Apesar disso, são poucas as regulações que restringem a publicidade de produtos alimentares dirigidas aos jovens e as que existem são mais pautadas pela ética do que por evidência empírica (Hawkes, 2007).

Reunindo as considerações de vários estudiosos, Hawkes (2007) verifica que para a sociedade civil a resposta está na restrição estatutária com vista a proteger os mais jovens do efeito nefasto da publicidade de alimentos pouco saudáveis. A indústria desvaloriza a acção dessa publicidade na escolha dos alimentos por parte dos jovens e, alegando o direito destes em ter acesso à informação, sugerem a auto-regulação da publicidade. Os governos, por seu lado, consideram uma série de perspectivas acerca do assunto. Mais recentemente, Monteiro, Gomes & Cannon (2010) referem que na próxima década impõe-se uma acção colectiva de interesse público. A grande e global indústria alimentar, só depois de obrigação legal agirá no sentido de abrandar, parar ou até reverter a epidemia da obesidade.

6.1. Regulação Estatutária e Auto-Regulação

Entre 2004 e 2006 é possível diferenciar três tendências na actividade reguladora da publicidade de produtos alimentares dirigidos aos mais jovens. Uma delas mostra que a indústria tem-se envolvido de forma activa no apoio à auto-regulação, correspondendo este tipo à maioria das novas regulações. As linhas orientadoras de 2004 da *Confederation of the Food and Drink Industries of the European Union* e da *International Chamber of Commerce*, que defendiam que este tipo de publicidade não deve enganar as crianças nem desvalorizar a importância de uma alimentação saudável, marcaram os processos de auto-regulação primeiro em oito países da Europa e posteriormente na Austrália, Canada, Brasil e EUA (Hawkes, 2007).

Outra tendência da actividade reguladora caracteriza-se pelo desenvolvimento demasiado lento da regulação estatutária dos alimentos, apesar dos fortes apelos legislativos por parte da sociedade civil. São poucos os países que estabeleceram novas regulações estatutárias ou linhas orientadoras governamentais, não havendo em qualquer dos casos restrições proibitivas de publicidade de produtos alimentares dirigidas a crianças e jovens (Hawkes, 2007). Regista-se apenas o caso do Reino Unido onde, em Novembro de 2006, surgiram novas restrições estatutárias que propunham a redução significativa da exposição de crianças com menos de 16 anos à publicidade de alimentos e bebidas ricas em gordura, açúcar e sal (*Office of Communications*, 2006). A terceira e última tendência da regulação da publicidade de alimentos dirigida aos mais novos dá conta de um desenvolvimento limitado de novas restrições (Hawkes, 2007).

A alteração mais significativa ocorre desde 2004, altura a partir da qual a indústria e os governos admitem a restrição de venda de produtos alimentares nas escolas. As associações industriais nos EUA e na Europa criaram linhas orientadoras para restringir a venda de refrigerantes nas escolas, mas o impacto mais significativo veio do desenvolvimento da actividade estatutária em seis países através de nova legislação ou linhas orientadoras (Hawkes, 2007).

Em Maio de 2006 a *WHO* analisou esta realidade e concluiu que deveria apoiar as acções nacionais com vista à redução efectiva da quantidade e impacto da publicidade dirigida a crianças de alimentos e bebidas ricos em calorias e pobres em nutrientes (WHO, 2006). Com o mesmo objectivo restritivo começaram a intensificar-se as acções reguladoras de organizações internacionais, umas em contexto europeu e outras num mais alargado (Hawkes, 2007).

De qualquer modo, este aumento de actividade reguladora corresponde mais à criação de regulações do que à sua aplicação ou implementação, predominando a auto-regulação e uma acção de localização europeia. Por outras palavras, verifica-se que são poucas as novas restrições e surgem contextualizadas no lento movimento dos governos no que diz respeito ao desenvolvimento de restrições estatutárias e ao pequeno número de restrições impostas pela auto-regulação.

A indústria é pressionada pelos governos, sociedade civil, *WHO* e pelos processos judiciais para auto-regular a publicidade dirigida a crianças. No entanto, segundo Boddewyn (1988), a indústria alinha na auto-regulação para evitar a regulação externa. Por esta mesma razão é que a actividade auto-reguladora está mais presente nos países onde são maiores as pressões do governo, da sociedade civil e dos processos judiciais.

Apesar dos actuais organismos, que defendem juridicamente o consumidor, e das evidências científicas, continua a verificar-se uma grande lentidão no desenvolvimento a nível global da regulação estatutária. Segundo Hawkes (2007), esta questão deve-se a factores como a falta de consciência relativa a este assunto nos países em vias de desenvolvimento, a crescente tendência dos governos em entregar a actividade reguladora da publicidade ao mercado e o moroso processo legislativo. Há portanto um *lobby* exercido pela publicidade e pelas associações comerciais da indústria alimentar que boicotam de diversas formas as regulações estatutárias.

Este grupo utiliza fundamentalmente dois argumentos: o da não necessidade de regulação estatutária uma vez que a auto-regulação, segundo o seu entendimento, proporciona uma publicidade justa e responsável e o da insuficiência de evidências científicas que defendem a regulação estatutária. De um modo geral, o que se verifica é que têm sido realizadas revisões de literatura que inquietaram o meio industrial, mas ao mesmo tempo a falta de investigação com resultados claros e conclusivos acerca da eficácia de políticas neste âmbito tem travado o desenvolvimento de restrições estatutárias (Hawkes, 2007).

Por outro lado, empiricamente não está garantido que a actividade reguladora seja reflexo das bases científicas entretanto alcançadas. De facto, as restrições têm-se ocupado das escolas, da utilização de figuras públicas na publicidade, da localização de produtos e da promoção de vendas, mas se fossem tidos em conta os factores que já encontraram corroboração científica e sujeitos a propostas legislativas, o processo restritivo teria começado pela publicidade televisiva (Hawkes, 2007).

Outro aspecto relevante está na rapidez com que a auto-regulação se desenvolve em comparação com a regulação estatutária, não obstante a ausência de bases científicas que a sustentem como superior em relação a esta última, no que respeita à sua

capacidade de prevenir a obesidade. A indústria não deixa por isso de utilizar evidências científicas para combater a regulação estatutária e defender a auto-regulação, o que não deixa de ser possível se forem utilizados diferentes padrões empíricos. Tudo depende das investigações que se escolhem para ilustrar os argumentos defendidos. Hawkes (2007) afirma que o argumento frequentemente utilizado pela indústria de que as restrições estatutárias são ineficazes, porque a obesidade aumentou nos países onde a publicidade foi regulada, também serve para desacreditar as acções auto-reguladoras. Na verdade, e partindo apenas de estudos inconclusivos, porque não devidamente controlados, não se pode avaliar o impacto que qualquer destes dois tipos de regulação têm na obesidade. Apesar disso, ambas continuam a ser instrumentos potencialmente eficazes. Não deve é ser esquecido que o facto de a auto-regulação ter tido um desenvolvimento mais rápido do que a regulação estatutária, não significa que existam melhores bases científicas no suporte da auto-regulação, nem que é difícil comprovar a eficácia da regulação no controlo da obesidade nesta fase do processo (Hawkes, 2007).

Continuando com a questão das evidências científicas, Hawkes (2007) acrescenta ainda, que apesar de terem sido realizadas poucas investigações relativas à publicidade de produtos alimentares nos países em vias de desenvolvimento, os dados recolhidos permitem afirmar que é onde se regista um maior impacto publicitário nas preferências alimentares das crianças, não sendo alheio o facto da actividade reguladora ser reduzida.

O debate e a controvérsia que acompanha a regulação da publicidade dirigida aos mais novos, com expressão mais significativa entre 2004 e 2006, tem sido marcado pela obscuridade e confusão da evidência empírica. O debate centra-se nas bases científicas, mas os desenvolvimentos da regulação não têm sido pautados por elas. Segundo Hawkes (2007), a ética é o factor que tem desempenhado um papel fundamental na orientação das políticas reguladoras da publicidade.

A indústria alimentar argumenta a seu favor utilizando estudos que admitem a insuficiente actividade física como principal causa da obesidade, em detrimento da sua participação do aumento do consumo calórico (Collier, 2003, citado por Kent, 2003). Outros como Tukiotong (2003, citado por Kent, 2003) atribuem esta situação de crise à adopção da cultura de dieta norte-americana.

6.2. A Pertinência da Regulação Estatutária

As restrições estatutárias, geralmente defendidas pelos diferentes grupos da sociedade civil, baseam os seus argumentos em dois tipos de dados empíricos. Um é a presença frequente de publicidade a produtos alimentares dirigida a jovens e o outro é o impacto actual da publicidade na escolha de alimentos e de dietas. Em relação à prevalência de publicidade alimentar dirigida aos mais novos, a televisão continua a ser considerada o instrumento publicitário mais importante, apesar das estratégias incluírem agora as escolas e a *Internet*. Graças a estes novos instrumentos as técnicas utilizadas multiplicam-se. Nem os países em vias de desenvolvimento escapam a esta fúria publicitária. Através da expansão ou globalização dos *media*, da liberalização das regras dos serviços internacionais de publicidade e do número crescente de canais infantis de televisão é possível publicitar de forma eficaz junto de cada vez mais crianças (Hawkes, 2007).

O impacto que a publicidade de produtos alimentares pouco saudáveis tem nas escolhas alimentares dos mais novos é encontrado em vários trabalhos de investigação que envolveram a revisão de outros estudos realizados. McGinnis, Gootman & Kraak (2006) verificaram que a publicidade influenciava as preferências e pedidos de compra das crianças, bem como o seu consumo pelo menos num curto espaço de tempo. Consideraram assim que a publicidade contribuía para dietas menos saudáveis, e consequentemente, para problemas de saúde associados entre outros riscos. No mesmo sentido foram as conclusões de Hastings, Stead, McDermott et al. (2003) que referem efeitos significativos e independentes de outros factores, actuando através da marca e da categoria dos produtos.

Hastings, McDermott, Angus, Stead & Thomson (2006) encontraram o mesmo efeito da publicidade nas escolhas das crianças dos países em vias de desenvolvimento, sendo estas ainda mais influenciadas do que as crianças dos países desenvolvidos, onde melhor se compreendem as complexas técnicas publicitárias e o mercado está menos saturado.

Na Nova Zelândia a epidemia da obesidade infantil atinge um terço das crianças, o que tem mobilizado o governo deste país para uma estratégia nacional, partindo do princípio que só será possível combater este problema através de uma resposta alargada. O grupo que lidera esta luta, o *Fight Obesity Epidemic*, aposta na proibição da venda nas escolas de produtos como as bebidas refrigerantes, as batatas fritas e os doces, e ainda, na interdição da venda de *fast food* num raio de 1 km de distância das escolas. A ideia, nas palavras de Toomath (2003, citado por Kent, 2003), é seguir o exemplo de países como a Suécia e a Noruega que limitaram a publicidade televisiva dirigida a crianças pequenas em horário nobre. A este respeito afirma que neozelandeses de todos os níveis socio-económicos têm alterado enormemente os seus comportamentos alimentares. Assiste-se a uma grande preocupação pública, cujas manifestações certamente têm contribuído para que seja em breve implementada legislação de carácter restritivo.

6.3. A Actividade Reguladora nas Escolas

A crescente intolerância à ausência de ética na publicidade a alimentos associados à obesidade despoletou a actividade reguladora nas escolas. Neste contexto educativo, a situação de desprotecção das crianças face a um *marketing* que as utiliza como meros objectos comerciais chocou o suficiente para desencadear e intensificar a acção reguladora. Portanto, mais do que saber se estava cientificamente comprovada a relação de causalidade entre determinados alimentos vendidos nas escolas e a obesidade, interessou proteger as crianças de alimentos pouco saudáveis. Por outras palavras, estas restrições em ambiente escolar gozaram de uma aceitação política mais difícil de encontrar com propostas análogas, dirigidas à restrição da publicidade televisiva e outras técnicas específicas de publicidade (Hawkes, 2007).

6.4. A Estratégia da Indústria Alimentar

Os programas de prevenção da obesidade surgem como reacção à sua dinâmica epidémica, mas encontram sempre a resistência da indústria alimentar. Esta investe grandes somas de dinheiro na publicidade dirigida às crianças em idade escolar,

procurando cada vez mais seduzir crianças mais jovens, com mais anos de consumo pela frente. Neste sentido, a indústria de produtos alimentares pouco saudáveis e a de bebidas refrigerantes utilizam todos os meios que conseguem alcançar: subsidiam a educação pública, fazem publicidade directa, patrocinam material educativo, concursos, amostras grátis, e ainda, divulgam os seus anúncios publicitários na televisão escolar. Participando no financiamento da educação pública, a indústria consegue fazer chegar a 8 milhões de pequenos consumidores as suas mensagens publicitárias através da televisão [Editorial *The Lancet*, 2002, 359 (9322)].

Acontece que a estratégia da indústria alimentar não fica por aqui. A indústria de bebidas refrigerantes estabelece parcerias com as escolas, que ao aceitarem a presença de máquinas de venda no seu espaço beneficiam de parte dos lucros a aplicar nos seus programas educativos. Face às críticas que lhes são dirigidas pelos que alertam para os efeitos negativos destas relações no bem-estar e saúde infantis, a indústria alega que a sua associação com as escolas se deve ao seu compromisso com a educação e que a causa principal da obesidade infantil reside na redução da prática de exercício físico. A posição da indústria alimentar centra-se assim na liberdade de expressão e autonomia individual, resistindo intensamente à legislação reguladora da publicidade dirigida a crianças, à legislação que interdite a presença de alimentos e bebidas com fraco valor nutritivo nas escolas e às taxas sobre produtos alimentares pouco saudáveis [Editorial *The Lancet*, 2002, 359 (9322)].

6.5. A Questão Ética na Regulação da Publicidade

Os textos, os códigos das indústrias e as regulações internacionais partilham, de um modo geral, a preocupação ética que equaciona as crianças como população especialmente vulnerável à exploração e ao ilusionismo do *marketing*. As regulações revistas desde 2004, contêm linhas orientadoras com um carácter ético, que posicionam a criança como objecto com necessidade de protecção, estando esta ideia já presente nos Direitos da Criança da Convenção das Nações Unidas (Hawkes, 2007).

Estas preocupações éticas foram confirmadas por estudos científicos como o de Bjurstrom (1994) e o de Wilcox, Kunkel, Cantor, Dowrick, Linn & Palmer (2004), que

atestam a menor capacidade das crianças em compreender o significado de toda a publicidade. Ora, partindo do princípio de que a manipulação e exploração dos mais novos, no sentido de os afastar dos seus interesses não são éticas, o facto de a publicidade convencer as crianças a escolher alimentos pouco saudáveis torna também pouco ético este tipo de acção. Apesar de todas as controvérsias, esta ideia tem marcado desde 2004, e cada vez mais, o desenvolvimento das regulações da publicidade a produtos alimentares dirigida a crianças.

A questão ética está também relacionada com a atenção recebida pelos grupos etários mais jovens, uma vez que neles a necessidade de protecção em relação à exploração é maior. A partir de trabalhos como os de Callahan & Jennings (2002) admite-se que as faixas etárias abaixo da compreendida entre os 8 e os 12 anos, são aquelas que menos dão conta da intenção persuasiva da publicidade, facto que também tem pesado nas restrições escolares.

Depois de revista toda a literatura da especialidade, Hawkes (2007) acaba por concluir que o debate entre 2004 e 2006 foi alimentado pelas questões da evidência científica na relação entre publicidade e obesidade, mas que a legitimação jurídica das regulações é actualmente procurada através dos aspectos éticos associados à publicidade dirigida a crianças. Mesmo neste plano, e apesar de uma plataforma comum, já se estabeleceram duas facções diferenciadas por Callahan & Jennings (2002): uma perspectiva paternalista eticamente orientada que alega defender a saúde pública e outra centrada na responsabilidade individual e liberdade de escolha defendida pelas organizações industriais.

Na opinião de Hawkes (2007) só através desta imagem pouco ética da publicidade, que explora e ilude os mais jovens na compra de alimentos que prejudicam a sua saúde, é que se pode chegar às restrições publicitárias, independentemente da comprovação científica da sua eficácia. Esta necessidade restritiva é especialmente sentida nos países em desenvolvimento, onde a publicidade alimentar será cada vez mais agressiva e sem o travão da crescente intolerância ética que se verifica nos países desenvolvidos.

Segundo Freudenberg (2010), a eficácia das políticas compreensivas para o controlo da obesidade encontra resistência não na falta de conhecimento acerca da sua

biologia, mas sim na actuação da indústria alimentar global. No mesmo sentido, Hawkes (2010) afirma que o conhecimento científico acerca desta matéria servirá para melhorar a nossa percepção, mas o desenvolvimento dos dois tipos de regulação passará mais pela capacidade dos interessados em persuadir os legisladores e o público, em relação à aceitabilidade ou inaceitabilidade ética da publicidade de produtos alimentares dirigida a crianças. Se for considerada eticamente inaceitável, assistir-se-à à intensificação da regulação estatutária, se pelo contrário for tida com aceitável, a auto-regulação aumentará. Segundo o *Council of Better Business Bureaus* (2007), a próxima discussão que dividirá estes grupos será a da aceitabilidade ética da publicidade de alimentos saudáveis, que já ocupa algumas indústrias.

CAPÍTULO III

INTERVENÇÃO NA OBESIDADE

1. O Combate Europeu

Segundo Hyde (2008), desde 2004 a Europa reagiu à epidemia crescente da obesidade através da etiquetagem dos produtos alimentares, do controlo da publicidade de alimentos pouco saudáveis dirigida a crianças e da proibição das máquinas de venda de bebidas refrigerantes nas escolas. As alterações são bem intencionadas, mas não parecem ser suficientes.

No início de 2007, Kyprianous (citado por Hyde, 2008) apresentou uma percentagem alarmante: mais de 50% dos adultos europeus mostram sofrer de excesso de peso ou obesidade. Millstone (2007, citado por Hyde, 2008) refere que a preocupação de muitos governos com as consequências da epidemia da obesidade têm-nos conduzido à implementação de medidas de combate mais severas. O Ministério das Finanças do Reino Unido, face ao aumento das despesas com o Sistema Nacional de Saúde devido à obesidade e suas complicações, tem apelado à resolução deste problema. O peso que a evitável obesidade tem vindo a ter no orçamento, compromete a ajuda aos mais idosos e os tratamentos necessários aos doentes oncológicos. A obesidade resolve-se com alterações como a prática do exercício físico e o comportamento de dieta. A alteração da dieta é o passo mais importante, pois por mais exercício físico que se pratique, nunca será suficiente para consumir a enorme quantidade de calorias presente na *fast food* e noutros alimentos pouco saudáveis.

O governo do Reino Unido é sensível à necessidade de mudança, mas politicamente as medidas são demasiado brandas. Informar o público em geral e fazer pequenas alterações no controlo das mensagens publicitárias dirigidas às crianças não é suficiente. A literatura mostra que a informação não basta para que se alterem os comportamentos (Millstone, 2007, citado por Hyde, 2008). Apesar disso, as campanhas

de sensibilização pública continuam em vários países europeus, havendo especialistas que as defendem ao considerarem que constituem a abordagem mais adequada para alterar os comportamentos. Puska (2007, citado por Hyde, 2008) admite a importância da legislação e das políticas de intervenção, mas considera que nada se consegue sem a mobilização das pessoas e das suas intenções, que segundo o autor acaba por ter efeito nos políticos.

Outros defendem a alteração da etiquetagem dos produtos alimentares. Na Europa, a proposta do esquema de semáforo tem colhido um apoio significativo. Este esquema tem a vantagem de informar os consumidores de forma clara através das cores verde, âmbar e vermelho, que correspondem à baixa, média ou alta quantidade de lípidos, gorduras saturadas, açúcar e sal. Actualmente, a lei europeia não obriga à etiquetagem nutricional dos produtos alimentares, excepto nos casos em sejam utilizadas expressões como “pouco gordo”, “pouco açucarado” ou “benéfico para o seu coração” (Hyde, 2008). Segundo Millstone (2007, citado por Hyde, 2008), os países europeus concordam na alteração desta situação, afirmando a necessidade de introduzir a etiquetagem nutritiva em todos os alimentos processados e embalados. Isto significa que, a designação do rol de ingredientes e a proporcional descrição quantitativa não cumpre a sua função informativa.

Em relação ao esquema de semáforo não existe consenso junto da indústria alimentar. A ideia é apenas bem recebida por alguns, os restantes opõem-se quando dão conta que os seus produtos, ricos em açúcar, sal ou gordura, muito provavelmente receberão uma etiqueta de cor vermelha. Até agora a União Europeia tem actuado numa lógica de voluntariado, ou seja, as empresas têm voluntariamente acabado com a publicidade a alimentos e bebidas a crianças com menos de 12 anos, a não ser que beneficiem a sua saúde. Talvez por isso, a Comissão Europeia pretende que as alterações na etiquetagem e outras medidas decorram mediante acordo voluntário, mas esta atitude leva algumas empresas a duvidar da seriedade da acção da Comissão (Millstone, 2007, citado por Hyde, 2008).

A Comissão Europeia aposta no acordo voluntário com a indústria alimentar, porque acredita que uma abordagem mais firme pode tornar-se contraproducente. Micmacher-Grandcolas (2007, citada por Hyde, 2008) concorda com esta posição,

considerando mais eficaz a criação de uma vontade política informada e colectiva do que a imposição legislativa. A etiquetagem anterior implementou-se para facilitar as parcerias comerciais entre os países europeus, enquanto que as alterações que agora se propõem respondem aos direitos de informação dos consumidores. De qualquer modo, será mais vantajoso para todos evitar conflitos entre as duas partes. Mesmo tendo como objectivo a saúde pública, não se podem ultrapassar as políticas nacionais, e particularmente, as políticas sociais e de saúde dos países envolvidos. Por esta razão, a acção da Comissão situa-se mais na recomendação de esquemas, avaliação das vantagens das campanhas de informação, coordenação das acções, recolha e partilha de informações, do que na imposição legislativa.

Alguns estados membros como a Suécia, a Dinamarca, a Finlândia, a Holanda e a parte flamenga da Bélgica, aplicaram medidas de restrição do acesso de produtos alimentares ricos em açúcar, sal e gordura, a crianças com menos de 12 anos de idade, nomeadamente através da proibição total ou parcial da publicidade dirigida a esta população. Outros países como a Irlanda, o Reino Unido e a França também têm implementado as suas medidas. A União Europeia não interfere nas políticas de saúde dos estados membros impondo leis, mas apoia nos esquemas de promoção de estilos de vida saudáveis, como é o caso do subsídio do leite nas escolas. Este tipo de esquemas, inseridos na Política Agrícola Comum da Europa, suscita dúvidas inclusive à *WHO*. Há quem desconfie destes esquemas, atribuindo-lhes uma motivação política que procura dar resposta às questões das vendas e da indústria (Hyde, 2008).

A capacidade de alcance da Política Agrícola Comum da Europa torna-a um instrumento poderoso, que será mais eficaz quando for adequadamente utilizada pela comunidade médica. Este instrumento tornar-se-á mais útil se for utilizado numa abordagem legislativa mais colectiva do problema da obesidade. No mesmo sentido, Millstone (2007, citado por Hyde, 2008) afirma que os analistas de saúde pública gostariam que a reforma da agenda desta Política introduzisse as suas considerações enquanto especialistas.

Com o mesmo objectivo de diminuir a prevalência da obesidade a *International Obesity Task Force*, com sede em Londres, apela à radicalização da posição dos reguladores europeus no que diz respeito à publicidade de alimentos para crianças.

Philip James (2003, citado Pincock, 2003), que encabeça esta organização sugere a utilização central de medidas a longo prazo que convençam os europeus a alterar as suas dietas e encorajem a indústria alimentar no sentido de travar a promoção desenfreada de produtos alimentares ricos em gordura, açúcar e sal. A situação das crianças da Europa é alarmante, havendo locais como o sudeste da Itália onde mais do que uma em três crianças é obesa.

As intervenções no âmbito da obesidade infantil não podem esquecer a sofisticação das mensagens publicitárias intensa e repetidamente dirigidas às crianças, construídas para envolvê-las no plano emocional através de processos de identificação com produtos que lhes são nefastos. Face a uma máquina tão poderosa quanto a máquina do *marketing*, interessa proteger o vulnerável público infantil, que nem no espaço escolar se encontra a salvo. As alterações não se reduzem à publicidade, também é necessário modificar a forma como os alimentos são processados e comercializados, para que as escolhas saudáveis sejam mais acessíveis, e ainda, promover através de incentivos as culturas de frutas e vegetais (James, 2003, citado Pincock, 2003).

2. As Medidas de Prevenção

Os especialistas que se reuniram no Congresso Internacional da Obesidade em Sydney apelaram a uma acção urgente, sugerindo medidas específicas: a eliminação dos subsídios governamentais, que permitem que alimentos ricos em açúcar e em gordura tenham um preço baixo; a proibição da promoção de *fast food* dirigida directamente a crianças; a integração nos *curricula* escolares de educação nutricional e actividade física; e a educação dos consumidores, visando o conhecimento das causas da obesidade (Sibbald, 2006).

O *Institute of Medicine* realizou em 2004 um relatório que analisou o problema da obesidade infantil e fez um apelo à indústria alimentar, para que esta voluntariamente restringísse a publicidade de alimentos pouco saudáveis dirigida a crianças. Em relação às escolas, solicitou que melhorassem a qualidade nutritiva das refeições servidas e restringíssem a venda de bebidas refrigerantes e de alimentos do tipo *snacks* (*Institute of Medicine*, 2004). Para além disso, seria importante restringir os alimentos pouco

saudáveis habitualmente vendidos nas escolas, bem como reduzir as regras escolares que permitem que os alunos abandonem o recinto escolar para almoçar em restaurantes de *fast food* (Austin et al., 2005).

Considerando os resultados do estudo de Austin et al. (2005), não é de negligenciar a possibilidade de criar políticas municipais ou estatais que regulem a concentração de restaurantes de *fast food* nas áreas circundantes das escolas. Do mesmo modo que existem restrições dos locais onde se vende álcool e armas de fogo, no que respeita às distâncias em relação a escolas e parques infantis e limite do número dos locais de encontro numa zona habitacional, a nível local poderia ser imposto um controlo mais restritivo dos locais dos restaurantes de *fast food* (Ashe, Jernigan, Kline & Galaz, 2003). A ideia é libertar os ambientes alimentares de factores perniciosos, que estão presentes no quotidiano das crianças. Estas medidas restritivas podem pressionar a indústria de *fast food* a melhorar a qualidade nutritiva dos seus produtos alimentares. De um modo geral, esta atenção pública em relação à proximidade entre os restaurantes *fast food* e as escolas, poderá fazer com que as pessoas sintam como mais urgente a melhoria dos ambientes alimentares das crianças (Austin et al., 2005).

Carvalho et al. (2006) sugerem a redução dos comportamentos sedentários numa perspectiva de intervenção preventiva da obesidade, com o objectivo de evitar o aumento desta epidemia já tão prevalente. Outra acção que constitui um desafio e ao mesmo tempo uma prioridade para a saúde pública envolve a promoção de estilos de vida saudáveis. Os autores afirmam ainda que a eficácia da acção preventiva na obesidade infantil dependerá do envolvimento e da participação de profissionais de saúde, pais e educadores, que em conjunto deverão estimular e incentivar as crianças a serem activas.

Não esquecendo a importância da prática de exercício físico para a prevenção da obesidade, há outros aspectos que precisam de ser alterados. O envolvimento das celebridades em anúncios de alimentos pouco saudáveis deve acabar, todas as escolas devem possibilitar o acesso a refeições equilibradas e nutritivas, o sal pode ser reduzido nos alimentos confeccionados, os doces não podem permanecer junto às caixas dos supermercados... É importante não esquecer, que a promoção que tanto contribui para o consumo de alimentos pouco saudáveis, pode e deve ser utilizada pela indústria de

alimentos saudáveis como as frutas e vegetais. A anterior estratégia de regular mediante acordos voluntários com a indústria deixou de fazer sentido. O ritmo que a obesidade tomou obriga a que se force por via legislativa a indústria alimentar de produtos pouco saudáveis a recuar. A etiquetagem dos alimentos tem que ser clara quanto à sua composição nutritiva, podendo até ser utilizados ícones para esse efeito [Editorial *The Lancet*, 2003, 362 (9396)].

2.1. Abordagem Educativa

A quantidade e a extensão dos efeitos negativos da obesidade tornam por si só pertinente e prioritária a sua prevenção. O médico de clínica geral deverá ter esta preocupação desde a idade mais precoce da criança e educar os pais para aspectos como a amamentação, a importância da regularidade das refeições familiares e da redução do número de *snacks*. Os pais também devem assumir a sua responsabilidade em relação aos alimentos que os filhos ingerem. A prevenção envolve um esforço conjunto e contínuo, mas é mais fácil que o tratamento. Depois da obesidade infantil estar instalada, a primeira forma de tratamento deverá começar por uma avaliação compreensiva de possíveis patologias na área médica, neurológica, endocrinológica e psiquiátrica, com o objectivo de detectar a causa da obesidade. Depois de despistada a hipótese de doença primária, o mais acertado é apostar na educação do paciente e família; na mudança comportamental; na integração num grupo para seguimento de um programa de exercício, educação nutricional e técnicas motivacionais; e na restrição do acesso a alimentos propensos à adição (Graves, Meyers & Clark, 1988).

O uso de medicação para tratamento da obesidade não é aconselhável para as crianças. Nos adultos o efeito é limitado, pois apenas dura enquanto a medicação está a ser administrada, sendo portanto determinante a dieta, o exercício físico, a psiquiatria e a alteração do estilo de vida para que a redução de peso se mantenha. De um modo geral, o tratamento da obesidade é um trabalho de equipa e envolve alterações do estilo de vida e expectativas para toda a família (Miller, Gold & Silverstein, 2003). A exigência do tratamento da obesidade leva Miller, Gold & Silverstein (2003) a considerar que é fundamental que tanto o reconhecimento, como o encaminhamento e o tratamento dos casos de obesidade infantil ocorram o mais precocemente possível.

2.2. Abordagem Ecológica

Opalinski (2006) analisou o problema do excesso de peso na infância segundo uma perspectiva da teoria crítica. Na sua investigação procurou conhecer os ambientes escolares e, numa perspectiva da teoria crítica, compreender a relação entre os contratos de direitos de venda nas escolas e o excesso de peso infantil. Conclui então que as grandes empresas lucram à custa da saúde das crianças. A autora propõe que se combata o problema através de uma abordagem ecológica / social em vez da actual abordagem individual. Num plano mais prático, Opalinski (2006) recomenda o envolvimento dos profissionais de enfermagem, pois considera que estão bem posicionados nas comunidades para promoverem as alterações sociais necessárias e melhorar os resultados na área da saúde.

3. As Estratégias de Prevenção

Incentivar a amamentação, promover o exercício físico, reduzir o visionamento televisivo / vídeo, aumentar o consumo de frutas e vegetais, reduzir o consumo de bebidas açucaradas / adocicadas e diminuir o tamanho das porções alimentares são seis estratégias válidas para serem aplicadas em programas de intervenção para prevenção e tratamento do excesso de peso infantil e de doenças crónicas na população, embora a comprovação científica do seu impacto revele graus de eficácia variáveis (Sherry, 2005).

A literatura mostra que o excesso de peso nas crianças traz consequências adversas para a saúde durante a infância ou a idade adulta. Os estudos nesta área vão dando conta de vários indicadores associados ao excesso de peso infantil: níveis elevados de colesterol, pressão arterial e insulina, diabetes tipo 2, aumento do crescimento linear e idade óssea avançada, esteatose hepática, colelitíase e apneia do sono. Visto que as complicações relativas ao excesso de peso pediátrico tendem a manter-se e a aumentar ao longo do crescimento, e de que noutro plano surgem dificuldades sociais e económicas associadas (Gortmaker, Must, Perrin, Sobol & Dietz,

1993), a prevenção e tratamento do excesso de peso pediátrico torna-se uma questão prioritária.

Baseando-se na evidência científica, que admite que a amamentação reduz o risco de vir a ter excesso de peso, Sherry (2005) refere investigações que apresentam três mecanismos possíveis para explicar esta relação. Um deles assenta na aprendizagem da auto-regulação por parte da criança: a amamentação permite à criança controlar a quantidade de leite consumida, uma vez que possibilita que ela responda mais precocemente a sinais de saciedade do que as crianças não amamentadas, que são incentivadas a consumir todo o leite do biberão (Fisher, Birch, Smiciklas-Wright & Picciano, 2000). Outro mecanismo diz respeito aos níveis de insulina no plasma sanguíneo. Segundo Lucas, Boyes, Bloom & Aynsley-Green (1981), as crianças alimentadas a biberão apresentam níveis mais elevados de concentração de insulina no plasma e uma resposta mais prolongada da insulina. O estudo de Odeleye, De Courten, Pettitt & Ravussin (1997) revelou que os níveis elevados de insulina promovem maior depósito adiposo nos tecidos, que depois se reflecte em aumento de peso, obesidade e maior risco de diabetes tipo 2. Para além disso, as crianças alimentadas a biberão também ingerem mais proteínas, sendo este mais um factor que estimula a secreção de insulina (Heinig, Mommsen, Peerson, Lonnerdal & Dewey, 1993). O terceiro mecanismo está relacionado com a leptina, uma hormona associada à inibição do apetite e controlo da gordura corporal. Pensa-se que os seus níveis de concentração possam estar relacionados com a amamentação, pois encontrou-se uma menor rácio de leptina / massa gorda em crianças que foram mais amamentadas (Singal, Farooqi, O'Rahilly, Cole, Fewtrell & Lucas, 2002).

A amamentação parece funcionar como um factor protector em relação ao excesso de peso pediátrico. Há dois factores que poderão estar por trás desse efeito: o facto das crianças amamentadas poderem ter maior capacidade de adaptação em relação a novos alimentos, uma vez que a amamentação permite a experimentação dos vários sabores do leite materno; e o outro está relacionado com as características das mulheres que amamentam, que tendem a estar em contextos sociais onde são valorizados estilos de vida saudáveis ao nível da dieta e da prática de exercício físico (Sherry, 2005).

Sherry (2005) dá conta da possível relação inversa entre a amamentação e o excesso de peso, havendo mesmo estudos de revisão como o de Gortmaker, Must, Perrin, Sobol & Dietz (1993) e o do *Institute of Medicine* (2005) que apontam para uma redução de 15 / 20% do risco de excesso de peso. Para além desta relação, os mecanismos específicos pelos quais a amamentação funciona como factor protector face à obesidade necessitam de maior clarificação empírica (Sherry, 2005).

Apesar das investigações que estudaram a relação entre a prática de exercício físico e o risco de obesidade infantil não chegarem a conclusões consensuais, o mecanismo básico assenta no gasto de energia que a actividade física possibilita. Brooks, Butte, Rand, Flatt & Caballero (2003) descrevem o exercício físico como um meio primário através do qual as pessoas podem fazer variar o gasto de energia, depois de considerado o gasto energético basal e a termogénese, balanceando deste modo a ingestão calórica. Os resultados positivos das intervenções que incentivaram o aumento da prática de exercício físico, legitimam a actividade física enquanto potencial estratégia efectiva na prevenção e tratamento do excesso de peso infantil (Sherry, 2005).

As investigações relativas ao efeito da inactividade física na obesidade costumam centrar-se no visionamento televisivo. O primeiro estudo desta natureza foi realizado por Dietz & Gortmaker (1985) que encontraram uma correlação positiva entre o consumo televisivo e a obesidade em adolescentes. A estratégia de prevenção e tratamento da obesidade através da redução do visionamento televisivo poderá ser explicada através de vários mecanismos possíveis. Um deles refere-se ao tempo gasto durante o visionamento televisivo, que reduz a possibilidade de praticar actividades físicas e de aumentar assim o gasto energético. Outro mecanismo aponta para o aumento de ingestão calórica devido ao consumo alimentar durante o visionamento e/ou ao tipo de alimentos consumidos nesta situação, geralmente alimentos calóricos publicitados durante o visionamento. Um outro mecanismo, ilustrado por Robinson (2001), diz respeito à diminuição da taxa metabólica em repouso registada durante o visionamento televisivo.

O estudo de Coon, Goldberg, Rogers & Tucker (2001) e o de Boynton-Jarrett, Thomas, Peterson, Weicha, Sobol & Gortmaker (2003) demonstraram que a toma das refeições em frente da televisão pode influenciar a ingestão calórica, ou seja, o hábito de

tomar as refeições ao mesmo tempo que se vê televisão está associado a um maior consumo de alimentos pouco nutritivos e menos saudáveis e ao menor consumo de frutas e vegetais. A *Henry J. Kaiser Family Foundation* (2004) associa o aumento da obesidade infantil ao aumento dos programas televisivos, vídeos, canais de televisão, jogos de vídeo, jogos de computador e *sites* da *Internet* dirigidos a crianças. A publicidade que os *media* dirigem às crianças promove alimentos calóricos e pouco saudáveis, utilizando meios cada vez mais sofisticados. As crianças despendem em média 5,6 horas por dia nos diversos formatos de entretenimento dos *media* (Roberts & Foehr, 2004). Embora o seu número seja limitado, os programas de intervenção que utilizaram esta estratégia demonstraram a sua eficácia. No mesmo sentido, o *Institute of Medicine* (2005) recomendou a redução do visionamento televisivo, reconhecendo a sua importância enquanto estratégia de combate à obesidade infantil e juvenil.

As três próximas estratégias são estratégias de dieta que funcionam na prevenção e tratamento da obesidade através da redução de ingestão calórica. Esta redução envolve o aumento do consumo de frutas e vegetais, a diminuição do consumo das bebidas açucaradas e a redução do tamanho das porções alimentares (Sherry, 2005).

Apesar da falta de evidência empírica que confirme a eficácia desta estratégia para a prevenção e tratamento da obesidade, existem uma série de razões que apoiam a validade desta estratégia. Uma delas tem a ver com a quantidade de água existente nas frutas e vegetais, que por si só reduz a densidade energética da dieta. Aliás, segundo Grunwald, Seagle, Peters & Hill (2001), a água é o componente dos alimentos com maior capacidade de reduzir a densidade da dieta, ou seja, aumenta a massa sem adicionar energia. A fibra é outro componente em que as frutas e vegetais são ricos, que tem uma massa não energética e que tal como a água pode aumentar a saciedade (Rolls, Bell, Castellanos, Pelkman & Thorwart, 1998; Rolls, Bell & Thorwart, 1999).

Outro aspecto a considerar prende-se com o facto do consumo de frutas e vegetais tornar menos provável, por substituição, o consumo de alimentos menos saudáveis e calóricos. Vários estudos demonstram que se pode alterar o comportamento, isto é, aumentar o consumo de frutas e vegetais através da sua promoção e exposição. Apesar desta estratégia funcionar eficazmente na gestão do peso, existem questões que necessitam de maior suporte empírico: a associação entre o consumo de frutas e

vegetais e o peso, a promoção do consumo de frutas e vegetais como instrumento eficaz na gestão do peso e os mecanismos envolvidos na relação entre aumento do consumo de frutas e vegetais e a redução de peso (Sherry, 2005).

Também para esta estratégia a evidência empírica é inconclusiva. A relação das bebidas açucaradas com o excesso de peso será primeiramente devida ao facto de serem ricas em calorias, calorias estas que não são compensadas nas refeições, embora estudos como o de Birch, McPhee & Sullivan (1989) dêem conta de uma tendência de variação com a idade. Por outro lado, registou-se um aumento no consumo de bebidas açucaradas, em especial o de refrigerantes por parte dos adolescentes, durante as duas últimas décadas, o que coincide com o período de aumento acentuado da obesidade (Sherry, 2005).

Mantendo todos os outros padrões de dieta constantes, ao reduzir o tamanho da porção alimentar reduz-se a ingestão calórica. Nielson & Popkin (2003) realizaram uma investigação que demonstrou que o tamanho das porções variava consoante o local onde se tomavam as refeições. Assim, de um modo geral, as maiores porções eram servidas em restaurantes *fast food*, as pequenas em casa e as mais pequenas nos outros restaurantes. Sherry (2005) considera que existe a possibilidade de haver uma associação entre o aumento do tamanho das porções e a obesidade infantil, uma vez que esta teve lugar ao mesmo tempo que o aumento da proporção calórica dos alimentos consumidos fora de casa. Embora a evidência científica acerca da eficácia da estratégia de reduzir o tamanho das porções para prevenção do excesso de peso seja pouco consistente, é verdade que o tamanho das porções aumenta com o aumento da obesidade.

4. As Medidas Aplicadas

A *WHO* dirige a sua acção para a resolução de dois grandes problemas no âmbito da saúde: as dietas pouco saudáveis e a insuficiente prática de exercício físico. Em Maio de 2002, esta organização iniciou a implementação da *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*, que visava a diminuição global da sobrecarga das doenças silenciosas. Segundo a *WHO*, as dietas pouco saudáveis e a insuficiente prática de exercício físico constituem as principais causas de doenças silenciosas como a doença

cardiovascular, diabetes tipo 2, e certos tipos de cancro [WHO, 2003, citado por Editorial da *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 2004]. É importante não esquecer que esta realidade não é exclusiva dos países desenvolvidos, começando a ter cada vez mais expressão naqueles que estão em vias de desenvolvimento.

A estratégia da WHO centra-se no apelo feito aos governos dos diversos países, no sentido de envolverem os seus Ministérios de Saúde e Agricultura na implementação de políticas promotoras de dietas saudáveis e da prática de exercício físico. De forma mais específica, a organização sugere a utilização de meios como a educação pública, incentivos de mercado, planificação urbana adequada, regulação da manufactura alimentar, da etiquetagem e publicidade (Editorial da *CMAJ*, 2004).

4.1. As Críticas da Indústria

Como esperado, a aplicação destas medidas não tem sido um processo pacífico. A *World Sugar Research Organization* tem feito as suas queixas alegando que a WHO não produziu nem possui evidência científica, que comprove o efeito nefasto do *marketing* e do consumo de produtos açucarados para a saúde, mais especificamente para a agudização de doenças crónicas relativas ao excesso de peso e obesidade. A *European Vending Association* refere que a proibição de máquinas de venda de bebidas refrigerantes não irá acabar com o seu consumo por parte dos alunos, mas sim fazer com que eles as procurem fora do espaço escolar. Por seu lado, o *Salt Institute* considera que a hipertensão é apenas um factor de risco, não constituindo esse facto razão para lhe ser dirigida a acção preventiva de doença (Editorial da *CMAJ*, 2004).

As críticas mais cerradas foram emitidas pelo *US Department of Health and Human Services (DHHS)* que questiona sobretudo a base científica da estratégia da WHO. Este departamento julga insuficiente a evidência científica que apoia a ideia de que o intenso *marketing* de produtos alimentares ricos em calorias, de *fast food* e de bebidas refrigerantes ricas em açúcar, aumente o risco de obesidade, não havendo também informações que comprovem uma relação entre publicidade televisiva e hábitos alimentares pouco saudáveis (Steiger, 2004, citado por Editorial da *CMAJ*, 2004).

Face a estes questionamentos, interessa perceber qual é o papel da evidência científica na política da saúde pública. Segundo Fielding, Marks, Myers, Nolan, Rawson & Toomey (2002,

s pelo Editorial da *CMAJ*, 2004), a evidência científica funciona como um instrumento crítico que ajuda os legisladores a fazer a ligação com as questões da política pública. Acontece que até este papel terá os seus limites, pois as opções políticas em saúde pública são políticas e morais, mas também pragmáticas (Editorial da *CMAJ*, 2004). A *DHHS* mostra uma perspectiva liberal da política pública, centrada na responsabilidade individual ou no papel que o indivíduo tem nas escolhas que faz (Steiger, 2004, citado por Editorial da *CMAJ*, 2004) e também na crença no benefício da dinâmica de um mercado desregulado para a saúde e bem-estar colectivos (Editorial da *CMAJ*, 2004).

Estas reacções críticas da indústria à estratégia da *WHO* servem apenas os seus interesses. Até então tem-se agido segundo uma abordagem preventiva de cada doença, que deveria ser substituída por outra, que procure atingir os determinantes comuns da saúde. A *WHO* pretende que a sua estratégia seja global, envolva as várias questões da saúde e prevenção da doença, com o objectivo de melhoria da saúde pública (Editorial da *CMAJ*, 2004).

4.2. O Caso Espanhol

A crescente prevalência da obesidade em Espanha fez com que a prevenção tenha assumido um carácter prioritário no âmbito da saúde pública. Segundo Hill, Wyatt, Reed & Peters (2003), a estabilidade genética da população aponta para o ambiente como factor condutor desta tendência crescente da obesidade, em detrimento do factor biológico.

A *WHO* pediu a diversos países para adaptarem ao seu contexto social e cultural a Estratégia Global para a Dieta, Actividade Física e Saúde (*WHO*, 2004). Em Espanha elaboraram uma estratégia que envolveu o governo nacional e os governos regionais, o sector privado, especialistas independentes, associações do consumidor, sociedades médicas e os *media*. Esta estratégia, lançada em 2005, tem como objectivo a prevenção

e controlo da obesidade a longo prazo e define recomendações para quatro contextos: no contexto familiar e no comunitário, onde interessa dirigir campanhas de informação e dos *media* para promover bons hábitos alimentares e estilos de vida activos e saudáveis; no contexto escolar, meio onde se procura integrar nos *curricula* o conhecimento e as competências para gerir as dietas, nutrição e actividade física, padronizar os *menus* aí consumidos, os produtos distribuídos e a localização e publicidade das máquinas de venda de produtos alimentares; finalmente, o sistema de saúde, com a ênfase posta no papel dos pediatras e outros profissionais de saúde na prevenção e detecção precoce do excesso de peso. A questão da monitorização e da avaliação não deixou de ser considerada, tendo sido criado para esse efeito um Observatório da Obesidade (Neira & Onis, 2005).

5. Os Projectos de Intervenção Preventiva

Haby et al. (2006) levaram a cabo um estudo pouco frequente para apresentar um modelo de uma nova abordagem, desenvolvido para avaliação do custo-benefício do projecto da obesidade, do potencial benefício para a saúde da população e da consistência dos resultados em treze intervenções preventivas para a obesidade em crianças e adolescentes. Por outras palavras, a ideia é fornecer aos decisores políticos provas de eficácia e de custo-eficácia de determinadas intervenções preventivas da obesidade, particularmente das que são dirigidas a crianças e adolescentes.

Haby et al. (2006) verificaram uma variação significativa na probabilidade do benefício para a saúde e na consistência dos resultados do cálculo desse benefício. A redução da publicidade televisiva de bebidas e alimentos ricos em gordura e/ou açúcar dirigida a crianças é uma das intervenções preventivas da obesidade onde o benefício para a saúde é alcançado com maior probabilidade.

A validade da comparação do impacto potencial das intervenções em questão, depende do uso de métodos consistentes e das medidas dos resultados habitualmente recolhidos na área da saúde, embora as comparações não devam negligenciar a solidez dos resultados utilizados. De qualquer modo, Haby et al. (2006) alertam para a

necessidade de mais e novas acções para a prevenção do excesso de peso e obesidade e de maior cuidado nas avaliações das intervenções em saúde pública.

Face à crescente epidemia da obesidade infantil e juvenil os governos mobilizam-se para o investimento em programas de prevenção e de gestão da obesidade. Para fazer as melhores escolhas nesses investimentos necessitam de conhecer as melhores provas de eficácia e de custo-benefício (Gold, Siegel, Russel & Weinstein, 1996; Swinburn, Gill & Kumanyika, 2005).

Acontece que, tradicionalmente, e especialmente na área da prevenção da obesidade infantil, a evidência empírica da eficácia na intervenção é muito pouca, pouco abrangente, mostra muito pouco impacto (Doak, Visscher, Renders & Seidell, 2006; Summerbell, Waters, Edmunds, Kelly, Brown & Campbell, 2005) e quanto ao custo-benefício é quase inexistente (Segal, Mortimer & Dalziel, 2005; Wang, Yang, Lowry & Wechsler, 2003). A necessidade de novas abordagens é enorme, pois sem uma base de evidência empírica torna-se difícil tomar decisões políticas e orçamentais para além daquelas que seguem o passado histórico, os potenciais ganhos políticos e o poder do *lobby* dos interesses económicos.

No mesmo sentido, os autores afirmam que para reduzir a obesidade nas crianças e adolescentes é necessário estabelecer prioridades. Num contexto de intervenção, a boa escolha dos programas, políticas e serviços, só poderá ser feita através das melhores provas científicas relativas aos custos e eficácia prováveis, ao nível da consistência dessas provas e a outros aspectos importantes no processo de tomada de decisão (Vos, Haby, Magnus, Mihalopoulos, Andrews & Carter, 2005; Swinburn, Gill & Kumanyika, 2005). Deste modo, esta nova abordagem apresentada por Haby et al. (2006) aproxima-se da situação ideal de poder escolher intervenções comprovadas com base nas melhores provas possíveis. Actualmente existem grandes exigências de evidência científica para implementação das políticas e uma relativamente falsa necessidade de maximizar os ganhos para a saúde a partir dos recursos limitados, tornando cada vez mais importante uma boa avaliação das intervenções nos programas de saúde pública (Haby et al., 2006).

Haby et al. (2006) aconselham a renovação e o aumento do número de iniciativas na prevenção primária, pois os resultados esperados a partir das intervenções já

existentes dificilmente serão suficientes para inverter a tendência de aumento da prevalência do excesso de peso e da obesidade. Deste modo, para que a eficácia traduzida pelos resultados já obtidos e futuros seja atribuída às intervenções é fundamental a sua avaliação, caso contrário, podem apenas reflectir a realidade da prática corrente ou da ausência de intervenção.

5.1. A Actividade Física num Programa de Intervenção

Pelo menos do ponto de vista teórico, as reduções na dieta no que constitui o consumo energético, conjuntamente com o aumento no dispêndio de energia, criam uma situação de equilíbrio energético negativo. Apesar disso, as pessoas de um modo geral consideram que a actividade física não é uma estratégia eficaz para a perda de peso, acreditando que o exercício ao provocar gasto de energia aumenta a fome e consequentemente a ingestão de alimentos como compensação do défice energético causado (King, Hester & Gately, 2007).

King, Hester & Gately (2007) realizaram uma investigação para avaliar um programa de intervenção no âmbito da obesidade e concluíram que a combinação de um programa de intervenção, onde o consumo alimentar é fixo e reduzido, com um programa comportamental e de actividades mostra-se eficaz na indução de uma significativa redução da massa corporal em crianças obesas. A situação de perda de peso e o equilíbrio energético negativo a médio prazo provocaram alterações nas sensações subjectivas do apetite. Por outras palavras, os autores compararam as respostas subjectivas de apetite no início e no final da intervenção e verificaram que as sensações subjectivas de apetite são sensíveis ao défice de energia a médio prazo. Assim, através da redução do consumo energético e o aumento de actividade física é possível alterar de forma significativa o apetite subjectivo das crianças obesas.

De modo mais específico, os autores referem uma melhoria da sensibilidade do sistema de regulação do apetite. A actividade física contribui então para uma melhor regulação da ingestão alimentar e do balanço energético, por acção do aumento da sensibilidade do apetite. Um estudo realizado por Mayer, Roy & Mitra (1956) permitiu concluir que a ingestão energética só aumenta por acção da actividade, quando esta se

mantém numa intensidade normal, ou seja, numa intensidade que nem é significativa nem corresponde à situação de sedentarismo. Por outro lado, a diminuição da actividade física correspondente a um estilo de vida sedentário não está relacionada com a redução do consumo alimentar, mas sim com o seu aumento e também com o aumento do peso corporal.

O aspecto da regularidade da prática de exercício físico é abordado por Long, Hart & Morgan (2002), que afirmam que nos casos em que a actividade física é regular, verifica-se um maior rigor da regulação de ingestão energética num curto espaço de tempo, quando comparados com aqueles cuja prática física não se mostra regular.

No estudo de King, Hester & Gately (2007) a intervenção ao introduzir uma alteração significativa no balanço energético provocou o aumento das sensações subjectivas de apetite, mas importa referir que estas modificações foram acompanhadas por outras já encontradas nos estudos de Walker, Gately, Bewick & Hill (2003) e Barton, Walker, Lambert, Gately & Hill (2004). Fala-se também da diminuição dos pensamentos negativos e aumento dos positivos associados à prática de exercício e à aparência junto das crianças envolvidas, bem como da melhoria de aspectos psicológicos num curto espaço de tempo.

Em jeito conclusivo, King, Hester & Gately (2007) afirmam que o défice energético a médio prazo resulta de uma combinação entre actividade física e modificações na dieta, com aumento da sensação de fome e diminuição do limiar da sensação de saciedade. As crianças respondem a refeições energeticamente fixas, resultando o défice energético no enfraquecimento dos efeitos da saciedade.

5.2. A Televisão enquanto Instrumento de Prevenção

Um estudo que procurou avaliar o papel da televisão na prevenção da obesidade infantil, através da revisão de outros estudos, verificou que o visionamento televisivo substitui a prática de actividades de cariz mais físico; que existe uma correlação positiva entre o tempo de visionamento televisivo e o excesso de peso ou obesidade populacional em diferentes faixas etárias; que se registou nos últimos anos um aumento

significativo do número de anúncios publicitários na televisão dirigidos a crianças, particularmente dos que promovem *junk food*; e ainda que as pessoas obesas, que aparecem nos programas televisivos, são relativamente poucas se considerarmos o seu número na população em geral, surgindo para além disso associadas a características negativas como a pouca atractividade, o insucesso e a ridicularidade, o que pode acentuar a sua situação de isolamento (Caroli et al., 2004).

Caroli et al. (2004) encontraram evidências científicas que concluíram que a forma como a televisão retrata os alimentos e a obesidade tem efeitos negativos nos hábitos e dos padrões alimentares. Caroli et al. (2004) consideram que as diferenças que os países europeus apresentam no que respeita à legislação que regula os programas e publicidade televisiva dirigida às crianças, podem contribuir para as diferenças encontradas nos números de obesidade infantil europeia. Caroli et al. (2004) lembrando que a televisão é um instrumento, recomendam que seja utilizada para divulgar os bons alimentos numa perspectiva preventiva da obesidade.

Neste sentido, Warin (2011) reflecte sobre o caso do Jamie Oliver, um chef britânico que se envolveu no combate contra a obesidade no Reino Unido. Warin (2011) considera-o um exemplo das novas formas de intervenção contra a obesidade e pela promoção da saúde em contexto neoliberal. Atribui a eficácia da sua acção à boa utilização das ferramentas tecnológicas, e em especial, ao uso do formato *reality tv* como meio de envolvimento do seu público-alvo.

5.3. Uma Nova Abordagem no Tratamento da Obesidade

No Reino Unido, Rachel Batterham e colegas (2003, citados por Pincock, 2003) descobriram que a infusão de um péptido de uma hormona intestinal pode reduzir o apetite e a ingestão alimentar. Este péptido é libertado na fase de pósprândio e tem uma acção de modulação dos circuitos do apetite no hipotálamo. As concentrações deste péptido encontram-se reduzidas num terço nos indivíduos obesos, quando comparados com os não obesos, o que leva a autora a considerar a possibilidade desta deficiência na produção do péptido explicar, pelo menos parcialmente, a propensão de alguns indivíduos para a obesidade.

O estudo de Batterham et al. (2003, citados por Pincock, 2003) demonstrou pela primeira vez a redução de ingestão calórica a longo prazo em indivíduos obesos por acção de uma hormona. Segundo um dos co-autores do estudo, Steve Bloom, esta descoberta poderá possibilitar uma nova abordagem no tratamento da obesidade, sobretudo num momento em que este problema atingiu dimensões epidémicas. Os investigadores admitem que se os ensaios clínicos forem bem sucedidos, a hormona poderá vir a ter uma administração injectável como é o caso da insulina. As dietas ricas em fibra constituem um modo menos dispendioso de beneficiar do efeito desta hormona através do aumento da sua concentração. Baseados em estudos anteriores, os investigadores admitem que a fibra possa estimular a libertação da hormona.

Apesar do interesse e entusiasmo que esta descoberta provocou através da divulgação dos *media*, Batterham (2003, citada por Pincock, 2003) alerta para os limites da utilidade prática desta hormona, ao referir que a sua eficácia no tratamento da obesidade depende da acção conjunta com as alterações dos estilos de vida. A autora alerta ainda para o facto de o efeito desta hormona ser mais expressivo nos doentes mais obesos, o que por si só justifica a restrição deste tratamento por parte do Serviço Nacional de Saúde aos doentes com maior risco de doença associada, como a diabetes tipo 2.

6. Medidas de Intervenção

A resolução do problema da obesidade envolve a actuação de instituições públicas e privadas, como por exemplo, a restrição de publicidade dirigida a crianças por parte das empresas alimentares, os projectos de intervenção comunitária que promovem a alimentação saudável e a prática de exercício físico ou as comunidades *online* que suportam e encorajam na luta contra o peso e adopção de um estilo de vida mais activo (Devi, 2008).

Segundo Christina Economos da *Tufts University*, o carácter epidémico da obesidade exige soluções políticas multifacetadas, uma consciencialização colectiva,

desde a publicidade das indústrias alimentares aos fundos governamentais, e ainda, intervenções a longo-prazo (Devi, 2008).

Os especialistas que estudam a obesidade e as perturbações do comportamento alimentar têm defendido uma abordagem integrada na prevenção do espectro de perturbações relacionadas com o peso. Nesta perspectiva, a identificação dos factores de risco é referida como passo fundamental para o desenvolvimento de intervenções preventivas efectivas e eficazes. Haines & Neumark-Sztainer (2006) consideram que existe uma partilha dos factores de risco entre a obesidade e as perturbações de comportamento alimentar. Aspectos como a dieta, a utilização dos *media*, a insatisfação com a imagem corporal e os comentários desagradáveis motivados pelo peso, podem ter uma participação significativa no desenvolvimento do espectro das perturbações relativas ao peso. Segundo Neumark-Sztainer (2003), a abordagem integrada é suportada empiricamente pela ideia de que as perturbações relativas ao peso não são distintas entre si, podendo mesmo ocorrer em simultâneo numa mesma pessoa.

Partindo destas considerações, Haines & Neumark-Sztainer (2006) desenvolvem um trabalho de investigação com o objectivo de identificar e explorar a existência de factores potencialmente importantes para a obesidade e perturbações do comportamento alimentar. Depois de identificados os factores, será possível utilizá-los como focos onde se centrarão as intervenções preventivas integradas. Os factores foram escolhidos pelos autores segundo critérios de propensão à mudança e de adequação às intervenções preventivas.

A *American Academy of Pediatrics*, em 2003, implementou uma política para prevenção da obesidade e excesso de peso infantis (AAP, 2003). Aos pediatras foi feita uma série de recomendações: reconhecimento das crianças em risco de obesidade, cálculo e diagrama do IMC para identificação do ganho de peso e controlo das doenças associadas à obesidade. Noutro plano, recomenda-se aos pediatras o encorajamento da amamentação, de hábitos de alimentação saudável; promoção da prática de exercício físico; e restrição do visionamento televisivo. A prevenção da obesidade é o melhor tratamento a fazer, embora existam dúvidas em relação à eficácia das estratégias de intervenção preventiva disponíveis. Estas estratégias necessitam de dados científicos que as legitimem.

Quanto aos tratamentos, eles assentam nas alterações dos estilos de vida. As dietas têm que ser modificadas e a prática de exercício físico intensificada, de modo a que o balanço energético final seja ligeiramente negativo. Segundo Pinelli, Elerdini, Faith, Agnello, Ambruzzi, Simone et al. (1999), a eficácia destes regimes é mais frequente em tratamentos a curto-prazo, pois à medida que o tempo vai passando, aumenta o número de indivíduos que se vão descomprometendo e que acabam por desistir. Nos casos de crianças e adolescentes com excesso de peso mais severo, os tratamentos são mais intensos e envolvem a prescrição de dietas hipocalóricas e restritivas, terapia medicamentosa e cirurgia bariátrica. Este tipo de tratamentos só é indicado para casos de obesidade mórbida com severas manifestações das doenças associadas (Malecka-Tendera & Mazur, 2006).

Segundo Rhodes (2008), as políticas de bem-estar devem visar a educação para a nutrição, a prática de exercício físico, linhas orientadoras que organizem os alimentos e bebidas consumidas dentro das escolas e outras actividades escolares elaboradas no sentido de promover o bem-estar.

Em 2006 *US Food and Drug Administration (FDA)* formulou regras, para que as etiquetas dos conteúdos nutritivos, incluam informações acerca das calorias e do tamanho de cada porção a servir. Para além disso, a *FDA* agiu no sentido de definir o que é um produto alimentar saudável, de modo que esta denominação assegure determinado conteúdo nutritivo (Rhodes, 2008). Rhodes (2008) considera que a intervenção preventiva da obesidade infantil necessita de assumir um carácter prioritário através da legitimação política. Só depois será eficaz coordenar e organizar os esforços de investigação, educação e programas de intervenção, das várias agências e departamentos.

Estas considerações teóricas e empíricas têm implicações nas intervenções preventivas, que deverão assim promover a diminuição do uso dos *media* e o desenvolvimento de competências críticas de visionamento por acção da educação para os *media*, tornando-as mais eficazes na redução dos números da obesidade e das perturbações alimentares. Outro tipo de estratégias envolvem o encorajamento de pais ou cuidadores na restrição dos tempos de visionamento dos *media*, e do acesso através

da retirada dos aparelhos de televisão dos quartos e/ou condicionando o tipo de revistas que entram em casa. Investigações como a de Brown (2001) confirmam a importância do envolvimento das escolas e de outras organizações comunitárias, onde a educação para os *media* pode ter lugar, de forma a permitir às crianças e adolescentes o acesso ao conhecimento dos processos publicitários e ao desenvolvimento de competências para a análise crítica dos *media* consumidos.

As investigações levadas a cabo nesta área, sugerem que as intervenções que tenham como objectivo a melhoria da satisfação corporal, possivelmente terão implicações na prevenção da obesidade e das perturbações alimentares na juventude. Os estudos de Levine & Smolak (2006) e de Summerbell, Waters, Edmunds et al. (2005) mostram que é mais frequente a insatisfação com a imagem corporal aparecer associada às intervenções das perturbações alimentares do que às da prevenção da obesidade.

Se seguirmos os resultados obtidos nas investigações produzidas, a insatisfação com a imagem corporal aparece mais como um factor potencial de risco do que como a consequência do aumento de peso e obesidade. No mesmo sentido, Neumark-Sztainer, Paxton, Hannan et al. (2006) consideram que as estratégias de intervenção devem centrar-se na promoção da satisfação corporal, revelando-se estas mais eficazes do que a da motivação do adolescente para a alteração comportamental através da diminuição do conforto dele com o seu corpo.

Existem alguns exemplos deste tipo de estratégias de intervenção. Um deles é a promoção de uma imagem corporal positiva através de uma estratégia a nível individual, operacionalizada por actividades psicoeducativas de aprendizagem e discussão dos ideais corporais definidos socioculturalmente (Steiner-Adair, Sjostrom, Franio et al., 2002). Outro exemplo é o estudo de Piran (1999), que utiliza actividades a nível ambiental, onde grupos de pares são trabalhados de modo a reduzir as comparações e conversas habitualmente negativas acerca do corpo.

Os autores aconselham que as intervenções enfatizem a diminuição dos comentários negativos relativos ao peso nos jovens, com o objectivo de diminuir o seu impacto negativo na obesidade e nas perturbações do comportamento alimentar. Haines & Neumark-Sztainer (2006) definem algumas estratégias como a implementação de

políticas que proíbam os comentários negativos acerca do peso nas escolas e outras organizações comunitárias frequentadas por adolescentes, e a utilização de actividades de intervenção focadas na redução da agressão verbal e no desenvolvimento de competências de comunicação que permitam uma melhor resolução dos conflitos.

O governo norte-americano tem gasto muito mais com as consequências da obesidade do que em investigação na área da obesidade. Para Ludwig (2007), a solução está na implementação de uma estratégia compreensiva, que promova uma dieta saudável junto das crianças e as envolva na prática de exercício físico. A nível governamental, a resposta passa por estabelecer legislação que seja reguladora da publicidade de alimentos pouco saudáveis, financiadora de almoços escolares adequados e promotora de actividade física escolar. Outros aspectos deverão ser considerados pela legislação: a reorganização do programa de subsídios agrícolas, de modo a que estimule a produção de alimentos saudáveis e não calóricos, e a limitação da cobertura por parte dos seguros de saúde de forma a assegurar a prevenção e tratamento da obesidade infantil. Os pais através da escolha de alimentos de boa qualidade, da restrição do visionamento televisivo e do ensino de um estilo de vida saudável, devem tomar a responsabilidade do bem-estar dos filhos. No entanto, este esforço pedido aos pais de nada valerá se os outros actores não desempenharem o seu papel (Ludwig, 2007).

Derenne & Beresin (2006) recomendam que os pais restrinjam a exposição dos filhos aos *media*, encorajem a adopção de uma alimentação saudável e a prática moderada de exercício físico, e incentivem o envolvimento das crianças em actividades que desenvolvam a capacidade de liderança e auto-estima. Sugerem ainda que se implementem campanhas com boa qualidade e visibilidade para promoção de estilos de vida saudáveis através da consciencialização.

Aos profissionais de saúde, Derenne & Beresin (2006) recomendam uma acção rápida, mas com uma abordagem cuidadosa, empática e não culpabilizante. Os pais e os clínicos devem desincentivar o comportamento de dieta, pois a restrição alimentar não resulta a longo prazo. É preferível que se fomente a prática saudável de exercício físico e uma dieta moderada. Também deve evitar-se estabelecer um foco intenso na aparência e o peso, pois esta atenção será sentida pela criança como uma pressão para emagrecer,

abrindo-se assim a possibilidade de desenvolver um comportamento alimentar perturbado. Derenne & Beresin (2006) recomendam que os adultos estejam atentos aos sinais de perturbações alimentares e de humor e façam o encaminhamento para o diagnóstico e tratamento. Sugerem que os pais, professores e profissionais de saúde envolvam as crianças em actividades que promovam o desenvolvimento da auto-estima como a música, a arte ou o desporto. Nas actividades, a criança deverá focar-se na liderança e não na competição (Neumark-Sztainer, 2005).

O governo deverá participar, disponibilizando verbas para o desenvolvimento de campanhas publicitárias atraentes, divulgadas pelos *media* nas escolas, televisão e *Internet*, com o objectivo de informar as crianças e suas famílias acerca dos alimentos nutritivos, exercício físico e auto-estima. Os adultos, que têm a responsabilidade de ensinar hábitos saudáveis às crianças podem fazê-lo eficazmente servindo como modelos de uma alimentação e prática física saudáveis. A tarefa é difícil e morosa, mas o envolvimento dos *media* com visibilidade na escola, na *Internet* e na televisão promete maior eficácia. Para além disto, é importante não esquecer o papel fundamental dos comportamentos parentais e dos valores familiares (Derenne & Beresin, 2006).

Sabendo que a obesidade é mais prevalente nas classes sociais menos escolarizadas (Valério, Amodio, Dal Zio, Vianello & Porqueddu Zacchello, 1997), seria mais eficaz informar acerca da obesidade através de programas de entretenimento. Estudos como o de Brodie, Foehr, Rideout, Baer, Miller & Flournoy (2001) derem conta desta eficácia traduzida em alterações dos estilos de vida, melhorias na saúde e esclarecimento de dúvidas com o médico. A implementação de uma medida como esta encontra naturalmente dificuldades devido ao investimento financeiro que envolve, e por outro lado, ao facto de diminuir um mercado que interessa à indústria que produz produtos dietéticos. Esta indústria depende da promoção de alimentos pouco saudáveis e calóricos e da ideia de que os obesos são social e emocionalmente indesejáveis, pois só assim se alimenta a avidez dos consumidores de produtos dietéticos (Caroli et al., 2004).

Caroli et al. (2004) recomendam a redução do tempo de consumo televisivo das crianças como medida de prevenção da obesidade infantil. Também sugerem que os governos admitam a utilização dos programas televisivos, como instrumento de

divulgação de informação promotora da saúde, e considerem a homogeneização da restrição da publicidade infantil nos países europeus. Também Mallinckrodt & Mizerski (2007) sugerem que uma vez que os *advergames* influenciam as preferências alimentares das crianças, os governos e as escolas deveriam utilizar esta característica para promover junto das crianças e adolescentes o consumo de alimentos saudáveis.

De um modo geral, sabe-se hoje que a indústria alimentar contribui para a cultura de obesidade norte-americana. Não só os EUA, como todos os outros países, devem considerar seriamente as múltiplas razões que possibilitaram este aumento exponencial dos números da obesidade e combater esta tendência. Uma das formas será acabar com a exploração infantil, que a indústria alimentar leva a cabo através da publicidade dirigida a crianças, pois muito dificilmente a liberdade de mercado poderá zelar pela saúde pública [Editorial *The Lancet*, 2002, 359 (9322)].

6.1. A Intervenção Recomendada aos Profissionais

Opalinski (2006) sugere que os profissionais de enfermagem assumam um papel interventivo no esclarecimento desta situação através da educação dos pais, crianças e sociedade; da investigação em contexto escolar; de esforços do *lobbying* político e até de protestos civis. A ideia é clarificar os processos envolvidos na estrutura social que mantêm ambientes promotores de obesidade infantil, para que as pessoas participem na mudança. Nas escolas interessa trabalhar com pais, professores e outros grupos escolares, no sentido de persuadir as autoridades escolares a fazer boas escolhas para os alunos. Opalinski (2006) considera que, enquanto não surgirem provas científicas nesta matéria, o senso comum e a responsabilidade ética deve prevalecer nas políticas. Estas deverão tomar uma posição clara entre negligenciar as consequências negativas para a saúde das crianças e adolescentes, que advêm dos contratos dos direitos de venda nas escolas, ou preocuparem-se verdadeiramente com a sua saúde.

Opalinski (2006) faz uma série de recomendações aos profissionais de enfermagem, no sentido de colaborarem na mudança social necessária no âmbito do excesso de peso infantil. No plano comunitário, a autora recomenda que estes profissionais consciencializem as pessoas em relação às questões sociais, como por

exemplo, no caso dos contratos dos direitos de venda. Também é sugerido que estes profissionais se tornem conscientes das estruturas históricas e económicas destes contratos, de modo a terem a credibilidade e o conhecimento que lhes permitam responsabilizar as autoridades escolares em relação aos programas escolares para promoção da saúde. Na área clínica, esta consciencialização dos profissionais de enfermagem permite-lhes conter o impulso de culpabilização dos pais e das crianças pela sua situação crónica de excesso de peso. Por outro lado, podem informar os pais acerca dos factores ambientais que contribuem para o excesso de peso infantil, de modo a exigirem alterações nos ambientes escolares e noutros ambientes sociais. A consciencialização destes profissionais irá assim possibilitar a abordagem do paciente, considerando as questões ambientais e factores individuais, e contextualizando-os económica e historicamente. Mais tarde, esta informação poderá ser utilizada nas intervenções sociais, que visam a mudança dos ambientes promotores de excesso de peso infantil e a melhoria da saúde dos indivíduos que sofrem com esta epidemia.

No que respeita às crianças, os especialistas consideram que os pediatras deveriam ter junto dos pais, sobretudo daqueles que são obesos, um papel mais sensibilizador em relação aos perigos da obesidade em detrimento da prescrição medicamentosa. Esta solução tal como a cirúrgica, sendo esta não recomendada a crianças, tem como desvantagem o facto de não abranger os aspectos ambientais e psicológicos da obesidade (Devi, 2008).

Para alterar esta situação preocupante será necessário, por exemplo, desvincular os nutricionistas e outros profissionais da área de nutrição da indústria alimentar ou, pelo menos, clarificar as relações profissionais que estabeleceram. Devem sim alertar os pais para as verdadeiras intenções da indústria alimentar, para que deixem de acreditar nas cadeias de *fast food*, quando estas procuram passar por instituições educativas através das suas ofertas. A um outro nível seria importante taxar as bebidas refrigerantes e a *fast food*, subsidiar os alimentos saudáveis e nutritivos, etiquetar o conteúdo da *fast food* e proibir a publicidade dirigida a crianças. Recomenda-se então que a Comunidade Europeia proíba a publicidade a produtos alimentares nos moldes da proibição da publicidade ao tabaco, tal como está a acontecer nos EUA [Editorial *The Lancet*, 2002, 360 (9338)].

Nas palavras de Brody [2002, citado pelo Editorial *The Lancet*, 2002, 360 (9338)], os publicitários, tal como os pedófilos, especializam-se em crianças. Outro tipo de especialistas como os pais, professores e profissionais de saúde devem, para bem das crianças, reassumir os seus papéis.

7. As Recomendações

Segundo Miller, Gold & Silverstein (2003) seria aconselhável que os pedopsiquiatras introduzissem planos de gestão de peso nas habituais avaliações e tratamentos das crianças e adolescentes obesos, que geralmente envolvem apenas psicoterapias e medicações psicotrópicas.

A *Commission of the European Communities* (2005) e a *US Food and Nutrition Board do Institute of Medicine, National Academies of Science* (2005) publicaram relatórios onde dão conta da crescente epidemia da obesidade e das doenças crónicas associadas. O relatório europeu faz uma série de recomendações para a promoção da saúde, dirigidas à melhoria da disponibilidade e acessibilidade económica das frutas e vegetais, a auto-regulação da indústria alimentar e publicitária e a educação para a nutrição. O outro relatório, que retrata a realidade norte-americana, centra-se nas campanhas de publicidade e *marketing*, provocando-as a trabalhar e a estimular estilos de vida e dietas saudáveis junto das crianças e adolescentes.

O tal relatório norte-americano (2005) e Kotz & Story (1994) referem que actualmente a publicidade dirige as suas estratégias para os mais jovens, a quem promove alimentos e bebidas ricas em gordura e açúcar. Steffen (2006) defende a ideia de que devemos proteger as crianças e adolescentes do desenvolvimento de doenças crónicas, sendo para isso necessário intervir precocemente, quando os hábitos alimentares se estabelecem. A educação dos mais jovens para que venham a fazer escolhas saudáveis envolve a participação de vários agentes sociais: agências de saúde pública, governos estaduais e locais, escolas, indústria alimentar, os *media*, e também a sociedade, que deve estruturar e fornecer os meios necessários ao desenvolvimento de hábitos saudáveis na infância e conseqüente saúde na idade adulta.

A 12 de Janeiro de 2005, a administração norte-americana, reconhecendo o problema da obesidade e de outros a estes associados, como a doença cardiovascular, publicou um conjunto de linhas orientadoras com vista a responder à necessidade de reduzir a ingestão de calorias. Estas publicações não são uma novidade, pois são realizadas numa periodicidade de 5 anos, mas o que caracteriza a de 2005 é a referência à importância de consumir mais fruta e legumes e reduzir ao máximo a ingestão de açúcares refinados [*News in brief, Nature*, 2005, 433 (7023)].

Os especialistas assinalam o carácter mais rigoroso das linhas orientadoras, mas afirmam que as pessoas tenderão a negligenciá-las, se a sua promoção e divulgação não for mais intensa. Por outro lado, consideram insuficiente este tipo de acção governamental, sendo necessárias campanhas de educação e legislação que, por exemplo, criem subsídios para os alimentos mais saudáveis e diminuam a publicidade de produtos alimentares dirigida a crianças [*News in brief, Nature*, 2005, 433 (7023)].

8. As Intervenções Individuais e as Intervenções Sociais

Os autores chamam a atenção para o balanceamento entre as intervenções clínicas e as intervenções em saúde pública. As intervenções clínicas têm, mais provavelmente, um impacto imediato e alargado nos indivíduos, mas são insuficientes para inverter a tendência do aumento do IMC. Para isso, é necessário complementá-las com intervenções em saúde pública dirigidas a toda a população, com o objectivo de alterar as normas sociais e reduzir os IMC (Rose, 1985).

Os *US Centers for Disease Control and Prevention* têm utilizado o modelo socioecológico na implementação de estratégias para o combate da obesidade e doenças crónicas associadas. Este modelo tem como objectivo a modificação de comportamentos através de alterações a nível individual e ambiental, que por sua vez condicionam os comportamentos.

Segundo Abrams (1991) e Gottleib & McLeroy (1994), para uma maior eficácia da intervenção é fundamental implementar em simultâneo estratégias individuais e ambientais, dirigindo-as aos diferentes níveis da estrutura social: individual,

interpessoal, organizacional, comunitário ou societal. Outra forma de obter a eficácia na intervenção foi referida por Abrams (1991) e também por Lasater, Abrams, Artz, Beaudin, Cabrera, Elder, Ferreira, Knisley, Peterson, Rodrigues, Rosenberg, Snow & Carleton (1984), que verificaram que a sustentabilidade do comportamento alterado tinha maior probabilidade de se manter ao longo do tempo, se as mudanças individuais e ambientais ocorressem simultaneamente. No mesmo sentido vão as afirmações de Kaye et al. (2011) que enfatizam a importância de considerar a avaliação das motivações percebidas pelas crianças nos planos de intervenção contra a obesidade infantil. Kaye et al. (2011) encontraram factores como a influência social, gosto pessoal, disponibilidade dos alimentos, preocupação com o peso e o desejo de ser saudável, que funcionam como obstáculos ou motivadores no que respeita ao envolvimento das crianças dos 9 aos 12 anos em comportamentos alimentares saudáveis.

9. Percepções Comunitárias acerca da Obesidade: A Importância do Suporte Comunitário

Hardus et al. (2003) realizaram um estudo na Austrália para conhecer as percepções dos adultos acerca das causas e prevenção da obesidade em crianças do 1º ciclo. Depois de analisados os resultados, verificaram que as causas se diferenciavam em oito factores, encontrando-se maior expressividade dos quatro primeiros: consumo excessivo de alimentos pouco saudáveis, responsabilidade parental, tecnologia moderna, *media*, falta de conhecimento e motivação por parte das crianças, ambiente de actividade física, falta de alimentos saudáveis e genes. Quanto à prevenção, as actividades mais escolhidas foram aquelas que eram desenvolvidas especificamente para crianças, tendo sido destacadas a acção governamental e a promoção da saúde infantil. Os participantes que eram pais, em comparação com os que não eram e com os participantes homens, consideravam como causas mais importantes a tecnologia moderna e os *media* e as actividades governamentais, e como meio de prevenção mais eficaz, a política governamental. Nas participantes mulheres registaram uma tendência de similaridade em relação aos participantes pais. Outro aspecto interessante tem a ver com as poucas diferenças encontradas entre diferentes níveis educacionais, embora os pais sem educação terciária atribuíssem maior importância causal à tecnologia moderna e aos *media*, quando comparados com os pais com esse tipo de educação. Estes

resultados permitiram que Hardus et al. (2003) concluíssem que a sofisticação das percepções acerca das causas e prevenção da obesidade infantil permitem prever se as estratégias de prevenção irão encontrar um grande suporte por parte do público em geral e, sobretudo, dos pais.

As estratégias preventivas mais habituais investem no plano educativo para promoção de uma alimentação saudável e aumento da prática de exercício físico, o que envolve alterações no ambiente físico e nas políticas governamentais. De um modo geral, tudo isto decorre sem que se conheça as percepções e conhecimentos que as comunidades têm acerca das causas e prevenção do problema da obesidade. Estes aspectos são importantes para que se preveja o suporte comunitário que as iniciativas preventivas podem receber aquando da sua aplicação, e também para dar conta das eventuais fragilidades no conhecimento do problema (Hardus et al., 2003).

O público em geral reconhece a multiplicidade de factores que causam a epidemia da obesidade, mas curiosamente não atribui importância a factores ambientais como a disponibilidade de vias e locais seguros para andar a pé, de bicicleta ou praticar exercício físico; o preço e disponibilidade de alimentos saudáveis (Hardus et al., 2003)... De qualquer modo, existe um consenso entre as percepções das pessoas e o pensamento corrente que considera os factores ambientais como raiz do problema da epidemia da obesidade (Hill & Peters, 1998; Catford, 2003).

Mesmo sabendo que os factores causais da obesidade são múltiplos, os participantes deste estudo destacaram como factores causais com maior peso, a promoção que os *media* fazem de alimentos pouco saudáveis e o consumo excessivo de *fast food*. Outro aspecto curioso desta investigação, prende-se com o facto de os participantes atribuírem maior importância à alimentação das crianças do que aos seus hábitos de prática de exercício físico. Na verdade, apenas um indivíduo em cada quatro considerou a falta de prática de exercício físico como causa extremamente importante de obesidade infantil, embora quatro em dez percepcionasse do mesmo modo a actividade sedentária de visionamento televisivo. Estes resultados poderão eventualmente reflectir a ideia que as pessoas têm do visionamento televisivo, não apenas como actividade sedentária, mas também como período de tempo em que a

criança está exposta à publicidade de alimentos calóricos e pouco saudáveis e em que provavelmente está a ingerir alimentos (Hardus et al., 2003).

O consenso revelado pelo público relativamente a actividades de promoção de saúde infantil, mostra que as iniciativas dos profissionais de saúde pública beneficiam de um claro suporte comunitário. Este suporte tem um papel importante, mas importa não esquecer que é fundamental envolver as escolas em programas de educação física diária, o governo em campanhas nos *mass media* e na modificação das etiquetas dos produtos alimentares, com despesas para a indústria, para os departamentos de educação e para o governo, não descurando a necessidade de uma filosofia governamental, que simpatize com a intervenção em factores que causam a obesidade infantil (Hardus et al., 2003).

Quando questionados acerca da prevenção, os participantes tendem a referir actividades que são de responsabilidade governamental, menos populares quando comparadas com os programas de educação física diária e de disponibilização de alimentos saudáveis nas escolas. Possivelmente, as pessoas reconhecem a necessidade de intervenção preventiva, mas desconhecem os mecanismos através dos quais o governo financia e suporta este tipo de acções. Há portanto lacunas no conhecimento do público, que poderão ser colmatadas através de mais debate público e acções informativas por parte dos investigadores da área de saúde pública, que esclareçam as pessoas sobre a importância de aspectos como o aumento do tamanho das porções alimentares e a forma como o governo se envolve nas campanhas e programas de prevenção (Hardus et al., 2003).

Hardus et al. (2003) verificaram que os participantes com maior proximidade em relação ao quotidiano das crianças (pais e maioria das mulheres), estavam mais conscientes dos factores ambientais causadores da obesidade e da necessidade da intervenção governamental. Por isso, recomendam que se realizem mais actividades educativas, com o objectivo de envolver e convencer as pessoas em relação aos benefícios que a prevenção da obesidade traz para toda a comunidade.

Para conhecer o suporte público de que a prevenção da obesidade pode beneficiar, é necessário conhecer as percepções e atitudes dos adultos em relação ao problema da

obesidade. Evans, Renaud, Finkelstein, Kamerow & Brown (2006) realizaram um estudo dessa natureza e verificaram que a obesidade infantil era percebida como ameaça à saúde, sendo que o facto de esta percepção ter aumentado entre dois momentos de medida correspondia a um aumento do suporte em relação a intervenções preventivas, como as de regulação ou padronização do tamanho das porções das refeições nos restaurantes e a publicidade a restaurantes de *fast food*. Este suporte público em relação às intervenções, deveria ser aproveitado para implementar estratégias para redução do excesso de peso e da obesidade nas crianças e adolescentes. Evans et al. (2006) afirmam que a consistência do suporte público e a oposição em relação a intervenções específicas no âmbito da obesidade infantil, indicam a seriedade com que deve ser tomado esse suporte.

O suporte público para a implementação de estratégias interventivas, como a padronização do tamanho das refeições nos restaurantes e a publicidade a restaurantes *fast food*, têm implicações políticas. Para implementá-las é necessária regulação governamental considerável, ou seja, esta consciência social em relação à obesidade infantil pode aumentar o desejo de acção radical e incisiva, e ao mesmo tempo, de limitar a escolha individual. O suporte encontrado para este tipo de estratégias não se mantém quando as intervenções são baseadas em impostos, como por exemplo a que envolve o aumento do preço de alimentos pouco saudáveis (Evans et al., 2006).

Parece haver mais consciência pública em relação aos riscos da obesidade e à necessidade de lutar contra esta epidemia através de acção governamental e de outras organizações de saúde pública. Há actualmente uma série de questões sociais que condicionam as atitudes das pessoas face à obesidade, o que pode provocar alterações das normas sociais e do suporte para as intervenções (Sallis, Prochaska, Taylor et al., 1999). Estas intervenções passam por programas em escolas e na comunidade, de iniciativa privada ou pública, acções políticas e legislativas, promoção de alimentos saudáveis e estilos de vida activos e divulgação de informações relativas à obesidade nos *media* (Evans et al., 2006).

Existe o desejo público de reduzir o consumo de alimentos pouco saudáveis e aumentar o dos mais saudáveis junto das crianças e adolescentes. A escola é percebida como o melhor local para melhorar o consumo de alimentos, mas o

controlo do preço e a utilização de taxas são iniciativas pouco aceites. O suporte público é mais forte para intervenções de nível local, como a restrição de acesso a máquinas de venda e a redução das escolhas pouco saudáveis. Outras estratégias populares são as que proíbem a publicidade e promoção dirigida aos adolescentes, verificando-se de um modo geral, um aumento do suporte público em relação a estratégias de regulação intensiva. Também foi encontrada aceitação para a realização de actividade física nas aulas de Educação Física e outras actividades no espaço escolar, desde que não interfira com a educação básica (Evans et al., 2006).

Evans et al. (2006), num intervalo de 9 meses, deram conta de um aumento da preocupação pública em relação à obesidade infantil e do suporte em relação às intervenções mais fortes, chegando mesmo a apoiar as mais invasivas. Esta informação é útil para aqueles que elaboram as políticas de intervenção nesta área, uma vez que dá conta da perspectiva pública de acções eficazes; do padrão de suporte público, que se mantém entre as duas análises; e das tendências desse suporte.

Acontece que existe pouca confirmação empírica acerca da eficácia destas intervenções realizadas em contexto escolar, comunitário ou dos *media* (Institute of Medicine, 2004). Evans et al. (2006) alertam para a necessidade de realizar investigações que tornem mais claros os processos psicossociais envolvidos nas intervenções e suas implicações políticas. Recomendam ainda que a definição de políticas de intervenção reconheça a importância da nutrição e do *fitness* no sucesso e realização escolares (US Department of Health and Human Services, 2001; Sallis, McKensie, Kolody et al., 1999).

10. Consequências na Saúde da Desigualdade Sócio-Económica

Na área da saúde, o nível sócio-económico funciona como um indicador do estado de saúde, tendo sido comprovado cientificamente que a distância entre ricos e pobres promove desigualdades na saúde (Anderson, Sorlie, Backlund et al., 1997; Haan, Kaplan & Camacho, 1987; Adler, Boyce, Chesney et al., 1994). Segundo Koplan, Liverman & Kraak (2004), o problema da obesidade ocorre com maior incidência nas

comunidades negras. Sendo mais frequente encontrar álcool, tabaco e *junk food* nas lojas das zonas habitacionais de poucos rendimentos (Carpio, 2003).

As acções de *marketing* desenvolvidas pela indústria do tabaco são muito semelhantes às utilizadas pela indústria alimentar, que publicita produtos alimentares pouco saudáveis geralmente dirigidos a crianças (Story & French, 2004). As empresas do ramo alimentar, tal como a indústria do tabaco, são agressivas na forma como promovem os seus produtos e lucram com os acordos comerciais estabelecidos com o mercado. As consequências desta situação podem ser sentidas na insegurança alimentar, pois depende da indústria alimentar o acesso dos consumidores à qualidade nutritiva, a determinados preços e à adequação cultural dos alimentos; e ainda, na obesidade infantil, graças ao consumo de alimentos cada vez mais processados, menos frescos e de confeção industrial (Lavery et al., 2005).

11. O Modelo de Acção Comunitária

O Modelo de Acção Comunitária é um modelo de 5 passos, conduzido pela comunidade e visa o desenvolvimento da sua capacidade de resposta a situações de desequilíbrio no âmbito da saúde. As desigualdades sociais numa comunidade são resultado da acção de forças sociais, económicas e ambientais, cuja identificação através da análise crítica é essencial para o bom funcionamento do modelo. Para que as comunidades adquiram as competências e recursos necessários à planificação, implementação e avaliação das acções e políticas de saúde, é fundamental que lhe sejam fornecidos os instrumentos adequados (Lavery et al., 2005).

O Modelo de Acção Comunitária baseia-se na teoria de Paulo Freire, um pedagogo Brasileiro, que através da acção educativa procurava a libertação do indivíduo da opressão relativa às suas condições de vida. Freire valorizava como instrumentos de trabalho o diálogo, a *praxis*, a experimentação e a consciencialização das pessoas, pois é esta que as leva a acreditar no seu poder para transformar a sua realidade (Smith, 2005). O Modelo de Acção Comunitária envolve também a investigação de acção participada, existindo o entendimento de que a mudança faz-se a partir da capacidade da comunidade. Depois de fornecidos os instrumentos para aquisição de competências e

recursos necessários, a comunidade pode planificar, implementar e avaliar as suas acções com o objectivo de melhorar as condições de saúde. Neste modelo existem então dois grandes objectivos: o de mudança ambiental, no sentido de se afastar de acções centradas na alteração de estilos de vida e comportamentos a nível individual, enfatizando o envolvimento dos membros da comunidade e das organizações na erradicação de características que produzem as desigualdades económicas e ambientais; e o outro corresponde ao suporte prestado às pessoas na aquisição de competências, que lhes dão acesso a melhores condições de saúde na comunidade (Lavery et al., 2005).

As desigualdades nos sistemas sociais (político, cuidados de saúde, económico e judicial) reflectem-se na saúde das comunidades. Esta realidade não impede que se continue a investir em intervenções de saúde pública, que se centram na alteração de comportamentos e estilos de vida vistos como pouco saudáveis. Esta perspectiva foca-se no indivíduo e ignora a importância da modificação das estruturas sociais que estão frequentemente na base das escolhas e decisões individuais (Caira, Lachenmavr, Sheinfeld et al., 2003). Esta mudança de paradigma trazida pelo Modelo de Acção Comunitária, valoriza a alteração ambiental conseguida através do aumento da capacidade das comunidades em trabalhar os factores sociais que condicionam a saúde. A diferença está entre uma solução a curto prazo centrada nos comportamentos individuais e outra, a longo prazo, mais sustentável do resultado de mudança ambiental (Lavery et al., 2005).

11.1. As Cinco Fases

O Modelo de Acção Comunitária compreende um processo de 5 passos. O primeiro destina-se ao treino de competências em determinada área de projecto, ao longo do qual os representantes da comunidade dialogam acerca das questões que preocupam a comunidade e seleccionam o foco de intervenção. Durante este passo tem lugar uma análise crítica e identificação das forças sociais, económicas e ambientais, que geram as desigualdades sociais e na saúde. Acabar com estas desigualdades exige das comunidades liderança e total envolvimento. O segundo passo está reservado à investigação da acção, da qual resulta a definição, elaboração e orientação de um diagnóstico comunitário por parte dos tais representantes. O diagnóstico serve para

determinar as causas de determinado problema na comunidade e indica os recursos indispensáveis à sua resolução. No terceiro, os representantes procedem a uma análise com avaliação dos resultados do diagnóstico comunitário e preparam os elementos encontrados na análise. O quarto passo tem como objectivo o desenvolvimento de políticas, que exige dos representantes a selecção, planificação e implementação da acção de alteração ambiental necessária, e de actividades educativas e organizacionais que permitem o suporte da acção. É nesta fase que se utilizam os elementos encontrados na análise para definir soluções para resolução dos problemas escolhidos, com a selecção do foco de intervenção. As políticas produzidas para o projecto são representadas pela acção e são condicionadas por critérios como o de ser realizável, o de ter potencial de sustentabilidade e o de motivar os membros da comunidade e organizações a mudar para o bem-estar comum. No quinto e último passo decorre a implementação propriamente dita, ficando os representantes com a responsabilidade de assegurar o reforço e manutenção das políticas produzidas (Lavery et al., 2005).

11.2. A Avaliação

Segundo este modelo, o sucesso da acção mede-se pelo desenvolvimento político que envolve o processo, que aqui ultrapassa a acção dos representantes da comunidade. No Modelo de Acção Comunitária, mais do que avaliar o sucesso na conclusão de uma acção, interessa avaliar a implementação do projecto e os seus resultados. A ideia desta avaliação é saber se o processo de 5 passos do Modelo de Acção Comunitário foi seguido e se uma acção que foi identificada está de acordo com os critérios definidos: conclusão do processo de acção comunitária, a acção seleccionada respeita os critérios definidos, aumento das capacidades dos representantes da comunidade e aumento das capacidades da(s) entidade(s) envolvida(a) (Lavery et al., 2005).

11.3. As Dificuldades de Implementação e Consequentes Mudanças

O Modelo de Acção Comunitária assenta na capacidade construtiva e organizativa de estratégias por parte da comunidade, dependendo a sua elaboração, da relevância das questões para essa mesma comunidade. Implementar um modelo de acção construído

pela comunidade traz consigo alguns desafios. Um deles prende-se com o paradigma de intervenção em saúde pública, pois apesar de se assistir à sua alteração, ainda está significativamente presente, a tendência em estabelecer o foco na mudança de comportamentos e de estilos de vida a nível individual. Outro desafio diz respeito aos recursos, visto que a mudança a nível ambiental exige financiamento continuado e trabalho intenso, o que limita o número de projectos. Há ainda outro desafio relacionado com a questão do financiamento: frequentemente o financiamento depende da definição de uma área de foco predeterminada, podendo assim comprometer a relevância da área de foco para determinada comunidade (Lavery et al., 2005).

A conceptualização do Modelo de Acção Comunitário não sofreu alterações, mas a sua implementação modificou-se para resolver dificuldades que foram surgindo de forma sistemática. Estas alterações têm como objectivo tornar mais fácil e simples a utilização do modelo. As mudanças passam por definir critérios de acção, alterar o processo de financiamento e aplicação, modificar a forma de operacionalizar o modelo e completar a componente de formação dos representantes da comunidade e da assistência técnica prestada (Lavery et al., 2005).

11.4. Os Resultados

Na implementação do Modelo de Acção Comunitária a colaboração assume um papel central, uma vez que as soluções para as desigualdades na saúde são identificadas em parceria com a comunidade em questão. Este modelo foi pensado para ter um efeito duradouro no desenvolvimento da capacidade individual e das entidades, de modo a dar continuidade às intervenções que através da mudança da política ambiental melhoram a justiça social. Sabe-se hoje, que as diferentes distribuições das doenças reflectem as desigualdades sociais. Ao fornecer às pessoas em desvantagem as condições para desenvolverem as competências necessárias à alteração das estruturas sociais, está-lhes a ser atribuído poder para reduzir ou acabar com as desigualdades através da mudança ambiental. Um aspecto positivo deste modelo prende-se com o facto destas competências e capacidades, uma vez desenvolvidas, poderem ser transferidas para outras questões relevantes para as comunidades, acabando assim por ter uma acção preventiva (Lavery et al., 2005).

CAPÍTULO IV

OS PAIS, O USO DOS *MEDIA* E A PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL

1. A Responsabilidade Parental na Supervisão do Consumo dos *Media*

O papel dos pais na formação do comportamento alimentar dos filhos é especialmente importante, actuando a sua influência a nível directo e indirecto. A influência directa corresponde à determinação do ambiente físico e social da criança, e a indirecta, ao condicionamento comportamental e dos hábitos mediante os processos de socialização e modelagem (Ritchie, Welk, Styne et al., 2005).

Este ambiente, relativamente controlado, sofre alterações com a entrada na adolescência. As alterações na autonomia, no plano social e ambiental, que estão associadas à transição para o processo adolescente modificam os padrões de consumo alimentar, sendo frequente a diminuição da sua qualidade, quando comparada com a da infância (Story, Neumark-Sztainer & French, 2002).

Em vários estudos, dos revistos por Van der Horst et al. (2007), o papel dos pais surgiu como particularmente importante no comportamento e escolhas alimentares dos filhos. As investigações dão conta de uma responsabilidade parental, que deveria envolver os pais na criação de ambientes alimentares de suporte para os filhos, bem como da importância que os ambientes alimentares escolares têm nas escolhas alimentares das crianças e adolescentes. A influência parental assume outros aspectos: o consumo parental mostra estar significativamente associado aos consumos das crianças e adolescentes, sendo menos forte a correlação destes consumos com a disponibilidade e acessibilidade dos alimentos. Van der Horst et al. (2007) encontraram também uma associação positiva entre estilo parental autoritário e o consumo de frutas e vegetais por parte dos adolescentes, e ainda, outra entre práticas parentais específicas e consumo de alimentos calóricos e ricos em gordura.

De um modo geral, podemos afirmar que os resultados encontrados por Van der Horst et al. (2007) convergem na responsabilidade parental. Os autores verificaram que os consumos parentais e fraternos, e também o nível educacional dos pais, constituem os determinantes ambientais mais consistentemente associados aos consumos alimentares das crianças e adolescentes. Embora com menor consistência, a disponibilidade e acessibilidade dos alimentos mostra-se positivamente associada ao consumo de frutas e vegetais por parte das crianças. O facto do comportamento alimentar parental estar associado aos consumos da criança e do adolescente, deverá orientar as intervenções no sentido de considerar o comportamento parental, ou até dessensibilizar os adolescentes, se este comportamento for desfavorável. Outra orientação para intervenções futuras consiste no encorajamento dos pais para darem um bom exemplo, especialmente em relação ao consumo de alimentos ricos em gordura e calorias. No que respeita ao nível educacional dos pais, os autores aconselham a promoção de frutas e vegetais dirigida aos pais com níveis mais baixos de educação.

Também Derenne & Beresin (2006) recomendam que os pais e profissionais de saúde ensinem as crianças a ler as mensagens dos *media* e a adoptar estilos de vida saudáveis. Os pais têm a responsabilidade de educar os filhos para o consumo dos *media*, para a decodificação das mensagens publicitárias e dos programas televisivos, e ainda, de limitar o tempo de visionamento televisivo. Segundo Burt & Hertzler (1978), a *American Academy of Pediatrics* sugere que os pais limitem a um período de 1 a 2 horas, a exposição das crianças a conteúdos televisivos, sendo desejável que estes sejam de qualidade, que este visionamento decorra na companhia dos pais, e seja posteriormente sujeito a discussão. No mesmo sentido vão as palavras de Rowan (2010) que alerta para o aumento do uso pessoal da tecnologia electrónica, da televisão e dos jogos de vídeo por parte das crianças nesta última década. A situação actual de exposição média de 8 horas diárias caracteriza o contacto das crianças canadianas com diversas formas de uso tecnológico, tornando as suas existências stressantes apesar de sedentárias. Rowan (2010) refere que face a esta realidade os especialistas tendem a procurar a resposta na medicação psicotrópica, embora lhe pareça mais adequado controlar a utilização que as crianças fazem dos diversos formatos tecnológicos.

Sabendo que a identidade cultural funciona como factor protector em relação às perturbações do comportamento alimentar, Derenne & Beresin (2006) aconselham os

pais a ensinar aos filhos a história religiosa ou étnica que partilham, e a promoverem refeições familiares regulares. Aos pais cabe também a responsabilidade de compor refeições saudáveis e de disponibilizar alimentos nutritivos para consumir entre as refeições de forma regular e espaçada. Para evitar a privação, é recomendável que haja em casa algumas guloseimas. Segundo Davison & Birch (2001), o comportamento alimentar das crianças é condicionado pelos hábitos que são moldados pelos pais. O papel dos pais é tão importante, que a sua preocupação com o peso dos filhos pode ter um efeito negativo na capacidade de auto-avaliação das crianças (Zametkin, Koon, Klein et al., 2004). Para envolver as crianças na prática de exercício físico, os pais devem proporcionar a possibilidade de realizar, fora de casa e em conjunto, actividades divertidas (Derenne & Beresin, 2006).

Baseando-se nas conclusões da literatura analisada, Caroli et al. (2004) recomendam como forma de prevenção da obesidade, a redução do tempo que as crianças e os pais despendem para o consumo televisivo. Segundo Kaufman (1980) e Valério, Amodio, Dal Zio, Vianello & Porqueddu Zacchello (1997), os pais habitualmente permitem que as crianças vejam com frequência programas televisivos destinados a adultos, sem adultos para supervisionar e discutir, o que é particularmente relevante, pois é nesses programas que surgem com maior frequência as diferenças entre personagens gordos e magros. A frequência do comportamento de visionamento de programas para adultos deve preocupar pais, pediatras e governos, uma vez que as crianças têm, desde muito cedo, tendência para imitar o comportamento adulto, sobretudo quando é visto como positivo e poderoso (Meltzoff, 1998).

Armstrong & Brucks (1988) alertam para a grande falta de supervisão paterna nos momentos em que as crianças estão a consumir os *media*. Assim, mesmo quando estimuladas, educadas para os *media*, e numa idade em que o desenvolvimento cognitivo permite a utilização de conhecimento adquirido previamente, a ausência de supervisão parental faz-se sentir, pois a intervenção dos pais é fundamental no acompanhamento da criança neste processo educativo. Este aspecto surge como particularmente importante, se lembrarmos o aumento do número de aparelhos de televisão nos lares domésticos, as crescentes horas de visionamento televisivo, o tempo de utilização da *Internet* e dos *media* em geral, sendo tudo cada vez menos supervisionado por um adulto.

Segundo Worth (2004), a eficácia destas intervenções de educação para os *media* depende da forma como os conteúdos e práticas estão ou não integrados nos *curricula* escolares. Também não será excessivo acrescentar, que o reforço familiar contribui para a mesma eficácia. Apesar da necessidade e importância desta acção conjunta, a sua realização encontra algumas dificuldades. Uma delas, já referida anteriormente, prende-se com o facto da grande maioria das crianças consumir os diversos formatos dos *media* sem qualquer tipo de supervisão ou acompanhamento parental. Armstrong & Brucks (1988) lembram que não se deve partir do princípio de que os pais possuem capacidades, competências e motivação, ou simplesmente assumir, que saibam como funciona a comunicação persuasiva.

A *American Academy of Pediatrics* (2001) recomenda um limite de visionamento televisivo para as crianças de duas horas por dia. Hancox, Milne & Poulton (2004), considerando os resultados obtidos concordam com este limite, mas não deixam de referir que o ideal seria o visionamento televisivo ocupar menos de uma hora por dia. Esta restrição do consumo televisivo é da responsabilidade dos pais, embora seja fundamental o suporte a nível individual, comunitário e social. Para além disso, os adultos também beneficiam das vantagens para a sua saúde se reduzirem o seu tempo de visionamento televisivo. Aliás, este comportamento deveria constituir uma prioridade em saúde pública (Hancox, Milne & Poulton, 2004).

2. A Mediação Parental do Uso dos *Media* para Prevenção da Obesidade Infantil

Desde Ariès (1962) que se entende a infância como invenção ou construção social sujeita às variações do processo histórico e sociológico, levando a crer que por trás da tomada de cada posição, estão as diferentes imagens que se constroem da criança e da infância. Durante este último século, as reacções culturais à sociedade de mercado moderna conduziram a construções da inocência infantil, que restringem e expandem o consumo. Esta resposta ambígua tem produzido esforços repetidos para regular a publicidade, ao mesmo tempo que conduz a gastos dos adultos para restaurar a maravilha da infância através das ofertas às crianças (Cross, 2002).

Ora numa sociedade de consumo como a nossa, as crianças e as infâncias são marcadas inevitavelmente pela socialização do consumidor. É através deste processo, definido por Ward em 1974, que as crianças adquirem competências, conhecimento e atitudes necessárias ao seu funcionamento no mercado. A combinação de factores ambientais, que correspondem aos agentes de socialização (família, pares e *mass media*), com factores cognitivos, relativos ao desenvolvimento de capacidades cognitivas influencia todo o processo (Carlson, Grossbart & Walsh, 1990). Não negando a participação destes factores, Ward (1974) afirma que a socialização do consumidor não se desenvolve de forma directa, por treino, mas sim através de processos interpessoais subtis.

Este processo de socialização do consumidor é habitualmente utilizado como argumento junto dos publicitários que defendem o direito da criança a ter acesso a um discurso comercial livre (Earnshaw, 2001), a socializar-se como consumidora e a familiarizar-se com o mercado (Swain, 2002, citado por O'Sullivan, 2005). Outros defendem a necessidade de proteger um público vulnerável como o infantil do *marketing* onde o lucro é prioritário, mesmo quando está em causa o bem-estar da criança (Dibb, 1993; Dalmeny, Hanna & Lobstein, 2003).

James, Jenks & Prout (1998) consideram que as imagens da infância se organizam segundo a categoria da criança pré-sociológica, onde se situam as correntes existencialistas e o discurso corrente, e a da criança sociológica, que corresponde à criança da teoria social.

Os grupos proteccionistas tendem a adoptar a imagem da criança inocente, enquanto que a indústria publicitária faz referência à imagem da criança que se desenvolve naturalmente. Para os primeiros, a criança é susceptível à violência transmitida pelos *media* (Buckingham, 1997), e sendo menos experiente, mais impressionável e inconsciente do que os adultos, pode necessitar de ser protegida do conteúdo dos *media* (O'Sullivan, 2005). Para a indústria publicitária, o contacto da criança com a publicidade e o seu entendimento são parte fundamental da socialização do consumidor e do seu desenvolvimento. Considera-se assim que a criança tem um papel activo na construção da sua infância, pois no contacto com a publicidade trabalha a sua identidade posicionando o *self* em relação aos discursos e categorias disponíveis

(Davies, Buckingham & Kelley, 2000). O'Sullivan (2005), da análise qualitativa realizada para estudo do impacto da publicidade nas crianças, conclui que no início os anúncios publicitários são apropriados para divertimento próprio, sendo posteriormente o conteúdo dos anúncios integrado na cultura de recreio. No mesmo sentido vão as afirmações de Roberts & Foehr (2004) que consideram que os *media* são uma fonte de aprendizagem e socialização, que marca significativamente a experiência moderna de infância no contexto social e cultural.

As duas posições procuram legitimidade científica para os seus argumentos, negligenciando o entendimento da complexidade da criança e do impacto que a publicidade televisiva tem nas suas vidas (O'Sullivan, 2005).

Aliás, segundo Roberts & Foehr (2004), a televisão é de longe o formato dos *media* mais vulgarmente utilizado, considerando-se a idade ou qualquer outras variáveis demográficas. Os autores referem que, no início da era televisiva, as crianças não eram aceites como alvos potenciais dos anúncios publicitários, mas actualmente, elas constituem um grupo alvo importante devido em parte ao seu nível de rendimento disponível. Por outro lado, o tempo de recreio de outros tempos é hoje gasto quase exclusivamente com os *media*, cujo conteúdo preocupa pelos seus efeitos frequentemente negativos (agressão, perturbações do comportamento alimentar, fraca performance escolar). Ao mesmo tempo esta utilização excessiva dos *media* substitui actividades como o exercício físico e outras que envolvam o uso da imaginação (Roberts & Foehr, 2004).

A preocupação internacional acerca da publicidade para crianças aumentou com a privatização e/ou desregulação das transmissões dos *media* (Robertson, Thomas, Ward, Gatignon & Klees, 1989), sendo mais prevalente e controverso o seu formato televisivo (McNeal, 1992). Parece então que as crianças, e especialmente as mais novas, precisam de protecção em relação à publicidade. As crianças expostas à publicidade tendem a desejar bens desnecessários, que quando não obtidos geram sentimentos de inadequação e frustração, promovendo assim a agressão ou antagonismo em relação aos pais ou outros cuidadores. A consciência da intenção publicitária, dependente das capacidades cognitivas, não parece ser suficientemente protectora (O'Sullivan, 2005). A indústria publicitária é, em geral, e particularmente no caso das crianças, criticada por fazer

alegações falsas e enganadoras, promover valores indesejados, incluindo o materialismo, e explorar a vulnerabilidade e os grupos desfavorecidos (Rose et al., 1998).

As capacidades de consumo das crianças são influenciadas por muitos agentes de socialização incluindo pais, pares e televisão. O papel fundamental desempenhado pelos pais na socialização dos filhos (Moschis, 1985; Roberts, 1973; Schaefer & Bell, 1958; Smith, 1981) pode ser uma das formas pelas quais as crianças adquirem motivações, atitudes e comportamentos de consumo. A influência assume uma forma directa através das discussões entre os pais e a criança e do treino, e indirecta através da modelagem (Ward, Wackman & Wartella, 1977). A comunicação familiar constitui assim um meio de aceder à interacção entre pais, crianças e seu ambiente de *mass media*, sendo também um aspecto fundamental da socialização do consumidor.

Os padrões de comunicação familiares podem ser considerados uma medida geral da comunicação pais-criança, que está associada a atitudes e práticas parentais específicas face à publicidade: co-visionamento, discussões acerca da publicidade televisiva e controlo do visionamento televisivo (Rose et al., 1998). Dois investigadores da socialização política, McLeod & Chafee (1972) adaptaram a perspectiva das 2 dimensões da comunicação para a família. Moschis (1985) define a tipologia dos padrões de comunicação familiar que se organiza segundo duas dimensões: a socio-orientada, que caracteriza os padrões de comunicação verticais ou orientados para as relações interpessoais, controlo parental e na deferência da criança perante a autoridade; e a de orientação conceptual, correspondente aos padrões de comunicação orientados para os assuntos e para a avaliação independente de um assunto por parte da criança (Chan & McNeal, 2003). A tipologia compreende quatro tipos consoante a combinação das duas dimensões: pais *laissez-faire* (com níveis baixos nos dois tipos de comunicação), pais protectores (fortes na comunicação socio-orientada e fracos na que está orientada para o conceito), pais pluralísticos (com baixa incidência de comunicação sócio-orientada e elevada presença da comunicação orientada para o conceito) e os pais consensuais (onde os dois tipos de comunicação assumem níveis elevados) (Chan & McNeal, 2003).

Podemos então afirmar que os pais desempenham um papel fundamental no processo de socialização do consumidor (Ward, Wackman & Wartella, 1977). Em 1982,

Moschis & Moore verificaram que a comunicação parental acerca do consumo neutraliza o efeito indesejável da publicidade nas crianças. Por outro lado, a literatura refere que os padrões de comunicação familiar estão relacionados com o controlo parental de consumo e de uso dos *media* (Carlson & Grossbart, 1988; Carlson et al., 1990). De modo similar, os resultados obtidos num estudo realizado por Carlson et al. (1994) sugerem que os padrões de comunicação familiares tenham um papel mediador na aquisição de motivações, atitudes e comportamentos de mercado dos filhos.

Os padrões de comunicação familiar podem servir então como mecanismos através dos quais os pais socializam as crianças (Moschis, 1987), sendo a influência parental, provavelmente, mediada pelo tipo de ambiente de comunicação na família. Deste modo, os padrões de comunicação familiar contribuem para as diferenças na socialização do consumidor por modelagem, reforço positivo e negativo das crianças. A influência é directa na aquisição de informação relacionada com o consumo e subsequente formação de crenças, normas e comportamentos, e indirecta, na afecção e mediação das interações das crianças com outras fontes de influência do consumidor, tais como os *mass media* (Moschis, 1985).

São diversos os estudos onde a comunicação familiar aparece associada à restrição e monitorização parental das crianças, no que respeita ao consumo e comportamentos relacionados com os *media* (Rose et al., 1998). Segundo Rose et al. (1998), a preocupação parental acerca do uso que os filhos fazem dos *media*, reflecte as diferenças pessoais e culturais na desejabilidade percebida de controlar as influências externas.

Definição e Delimitação do Problema

Sabe-se que uma das maiores tragédias do mundo é o facto de, a par com a fome, existirem centenas de milhões de pessoas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, que sofrem de excesso de peso e obesidade devido a sobrenutrição e subactividade (WHO, 2000). A revista *The Lancet* [Editorial *The Lancet*, 2005, 366 (9503)] alerta para o problema mundial da obesidade, que afecta adultos e crianças, e para a falta de capacidade legislativa que vise a protecção destas, face à má influência de certas estratégias publicitárias. Segundo Widhalm & Fussenegger (2005), existe uma necessidade urgente de acções específicas a nível nacional e europeu para combater a obesidade infantil. Esta, no relatório *Healthy People 2010*, surge associada a uma dieta pouco saudável e tem mundialmente uma prevalência crescente (*Surgeon General of the United States*, 2003), relacionada com a intensificação do processo de modernização (Henderson & Brownell, 2004), onde a publicidade televisiva toma um lugar importante.

Swinburn, Egger & Raza (1999) afirmam que esta epidemia se deve sobretudo ao aparecimento de ambientes “obesogénicos”, promotores da obesidade, com uma natureza multifactorial, organizada segundo transformações nas condições sociais, culturais, físicas e económicas. Estes ambientes caracterizam-se pelo desequilíbrio energético onde o consumo calórico excede o gasto energético (Hill & Melanson, 1999). Como a obesidade segue uma trajectória da infância à idade adulta (Whitaker, Wright, Pepe & Seidel, 1997), com consequências no aumento de risco de doenças (diabetes tipo 2, várias formas de cancro, doença cardiovascular), a prevenção da obesidade infantil tem provavelmente um impacto significativo na qualidade de vida do adulto (Jago et al., 2005).

Quando responsabilizada pela prevalência da obesidade infantil, a indústria publicitária defende-se alegando que esta se deve a uma falta geral na prática de actividade física por parte das crianças (Halford, 2005), mas a sua participação é denunciada por Nestle (2006), que chama a atenção para a condução de estudos de mercado que têm como principal objectivo explorar a sugestabilidade das crianças pequenas. Os métodos publicitários mostram-se cada vez mais intensos e penetrantes, sobretudo na televisão, que continua a ser o meio de transmissão privilegiado, não se

olhando a meios para que se atinjam os fins. No caso dos produtos alimentares anunciados para crianças, é frequente surgirem associados a personagens dos *media*, promovendo-se assim o consumo de alimentos pouco nutritivos (Brownell & Horgen, 2004). Aliás, a grande maioria do *marketing* relativo a produtos alimentares publicita alimentos ricos em açúcares refinados, sal e gorduras (Halford, 2005), ou seja, fortemente calóricos e pobres em nutrientes, condicionando a escolha de alimentos que promovem o excesso de peso e a obesidade nas crianças (Chapman, Nicholas & Supramaniam, 2006).

A partir dos anos 50, quando surge o 1º programa televisivo para crianças, a televisão torna-se o principal passatempo dos jovens, em crescendo com a industrialização do mundo (Strauss, Rodzilsky, Burack & Colin, 2001). Em 1985, conhece-se o 1º estudo que relaciona o visionamento televisivo com a obesidade infantil (Dietz & Gortmaker), dando conta de associações independentes e directas entre o visionamento televisivo e as medidas de obesidade (Robinson, 2001), sendo por vezes mais fortes as associações entre a obesidade e este factor de risco do que com qualquer outro. Robinson (1999) verificou que a televisão se relaciona com a obesidade através do aumento da ingestão calórica, efeito este confirmado por Francis, Lee & Birch (2003) e Woodward, Cummings, Ball, Williams, Hornsby & Boon (1997).

Esta relação específica entre o visionamento televisivo e a obesidade foi também encontrada por Dietz (1990, 1993), Jeffery & French (1998) e Robinson (1999), considerando-se assim que o conteúdo televisivo e a natureza sedentária do seu visionamento podem promover o desequilíbrio energético (Dietz, 1990; Gerbner, Gross, Morgan & Signorielli, 1981; Kaufman, 1980; Blum, 1990). No mesmo sentido, Utter, Neumark-Sztainer, Jeffrey & Story (2003) afirmam que o visionamento de televisão está associado a comportamentos alimentares pouco saudáveis, sugerindo que a relação entre o consumo televisivo e o aumento da adiposidade ocorre em função das más escolhas alimentares durante os períodos em que se assiste à televisão. Segundo Ludwig & Gortmaker (2004), assistir à televisão causa ganho de peso através de três formas: por substituição de actividade física, por depressão da taxa metabólica durante o visionamento, e principalmente, pelos efeitos adversos na qualidade da dieta (sobretudo por acção dos anúncios publicitários de produtos alimentares).

A revisão de 200 estudos realizada pelo Professor Gerard Hastings e colaboradores, em 2003, permitiu verificar que a dieta publicitada, composta por alimentos ricos em açúcar, sal e gordura, contrasta fortemente com a recomendada pelos especialistas de saúde pública, e que a publicidade provoca uma alteração de comportamento nas crianças ao nível da marca e ao nível da categoria do produto (Halford, 2005). Este impacto dos anúncios televisivos nas escolhas alimentares das crianças foi também verificado por Borzekowski & Robinson (2001), mostrando-se ainda mais forte junto de telepectadores mais novos (Tirodkar & Jair, 2003). Sendo inegável a forte influência do *marketing* nas preferências, pedidos e consumo de determinados produtos alimentares por parte das crianças, não podemos rejeitar a ideia de que alguns formatos publicitários aumentam o risco de obesidade (Nestle, 2006). A este respeito, a revista *The Lancet* [Editorial *The Lancet*, 2005, 366 (9503)] vai mais longe, referindo que os anúncios publicitários divulgados pela televisão têm uma influência directa no consumo alimentar, aumentando a probabilidade de obesidade. Esta influência atinge crianças com menos de 8 anos de idade, numa altura em que estas não ainda não são capazes de diferenciar o conteúdo comercial do que não é comercial, nem de atribuir uma intenção persuasiva à publicidade. Halford (2005) considera que apenas os adultos têm acesso a informação clara e fiável, tendo a capacidade de fazer uma escolha informada, e equilibrar a decisão entre o prazer e o efeito de um produto alimentar na sua saúde e dieta.

Chapman et al. (2006) assinalam que apesar da crescente consciencialização acerca do problema da obesidade, pouco foi feito para assegurar a protecção das crianças face à grande quantidade de publicidade de alimentos pouco saudáveis e nutritivos. Na opinião de autores como Ludwig & Gortmaker (2004) é inegável a necessidade de limites de visionamento televisivo na infância e da proibição de anúncios de alimentos, não podendo a natureza multifactorial da obesidade (factores genéticos, ambientais e psicossociais) ser desculpa para a inacção. Também Catford (2003) refere a necessidade de regular mais eficazmente a publicidade televisiva dirigida a crianças pequenas, face à promoção massiva pela indústria alimentar de alimentos altamente calóricos. A resolução do problema da obesidade envolve uma rede de acção complexa dirigida aos determinantes sociais, culturais, físicos e económicos, que lhe são subjacentes, não esquecendo os interesses existentes

(indústria alimentar, farmacêutica, dos transportes, da publicidade, da saúde e da educação) para a manutenção da situação actual de desequilíbrio. Harrison & Marske (2005) recomendam que os esforços para a educação alimentar terão assim que ser conjuntos entre pais, comunidade médica e de saúde pública para que as crianças estejam protegidas da influência nefasta da publicidade de alimentos comerciais.

Apesar das dificuldades criadas pela publicidade na tarefa que pais enfrentam como responsáveis pela educação alimentar dos filhos, o envolvimento parental continua a ser o factor mais determinante na definição da dieta familiar, no que respeita à manutenção da sua integridade, à compra selectiva e também à instrução alimentar (Harrison & Marske, 2005). Aliás, a investigação de Buijzen & Valkenburg (2003) sugere que a mediação parental pode ter um papel benéfico na redução dos efeitos da publicidade televisiva nos pedidos de compra das crianças.

Resumindo...

Muitos estudos sugerem que o *marketing* tem uma influência determinante na preferência das crianças pelo consumo dos produtos alimentares publicitados. Vários autores como Nestle (2006) desenham uma relação causal entre alguns formatos publicitários e o aumento do risco de obesidade. De entre as medidas de protecção, a mediação parental no uso dos *media*, marcada pelos padrões de comunicação familiar, surge como a de acção mais precoce e proximal. Acontece que apesar daquela preocupante associação e da atenção actualmente dirigida à epidemia da obesidade, o campo teórico nesta área se encontra pouco desenvolvido.

Este projecto tem como objectivo conhecer a influência da mediação parental do uso dos *media* na obesidade infantil, junto de díades pai/mãe – filho(a), frequentando as crianças o 4º, 6º e 8º anos de escolaridade. Este conhecimento possibilitará um eventual estabelecimento de políticas no âmbito da educação para o consumo, onde o consumo alimentar assume particular relevância.

Para cumprir este objectivo importa recolocar a questão central do presente estudo: Será que a mediação parental tem um efeito protector face à influência nefasta dos *media* na obesidade infantil?

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO V

A MEDIAÇÃO PARENTAL DOS *MEDIA* E OBESIDADE INFANTIL

1. Objectivos, Questões Orientadoras e Hipóteses

1.1. Objectivos

Com este estudo pretendeu-se analisar e caracterizar a mediação parental no uso dos *media* junto dos pais de crianças que frequentam o 4º, 6º e 8º anos de escolaridade; definir o modo como esta mediação influencia a obesidade infantil; conhecer as formas assumidas na mediação parental; perceber a relação destas com os padrões de comunicação familiar; e conhecer o comportamento das variáveis relativas à criança na perspectiva das duas partes da díade.

Para alcançar estes objectivos será realizado um estudo quantitativo. Este estudo envolveu a aplicação de questionários às duas partes das díades, que permitiram a recolha de alguns dados demográficos e avaliação dos padrões de comunicação familiar, atitude face à publicidade/publicidade infantil, a mediação parental na utilização dos *media* e os hábitos televisivos. Para além disso e relativamente à criança, o questionário avaliou o auto-conceito, a empatia, a internalidade/externalidade do *locus* causal, a mediação parental e os hábitos televisivos.

1.2. Hipóteses

Hipótese 1: Existem diferenças significativas nos factores de personalidade das crianças e adolescentes (auto-conceito, capacidade empática, internalidade/externalidade do *locus* causal) e na mediação parental da utilização dos *media*, por eles percebida, em função do Sexo e do Ano de Escolaridade.

Hipótese 2: Existem diferenças significativas nos padrões de comunicação familiar, atitude face à publicidade, e publicidade infantil, e mediação parental da utilização dos *media*, em função do Sexo e do Ano de Escolaridade

Hipótese 3: Existem diferenças significativas nos factores de personalidade das crianças e adolescentes (auto-conceito, capacidade empática, internalidade/externalidade do *locus* causal) e na mediação parental da utilização dos *media*, por eles percebida, em função do Sexo e da Interpretação do Percentil do IMC.

Hipótese 4: Existem diferenças significativas nos padrões de comunicação familiar, atitude face à publicidade, e publicidade infantil, e mediação parental da utilização dos *media*, em função do Sexo e da Interpretação do Percentil do IMC.

Hipótese 5: Existem relações negativas significativas entre as variáveis de mediação parental da utilização dos *media*, percebidas pelos filhos, e o IMC.

Hipótese 6: Existem relações positivas significativas entre as variáveis atitude parental face à publicidade e publicidade infantil e o IMC.

Hipótese 7: As variáveis de mediação parental da utilização dos *media*, avaliada pelos pais, são melhores preditores do IMC do que as variáveis sócio-demográficas (Sexo e Ano de Escolaridade), os factores de personalidade das crianças e adolescentes (auto-conceito, capacidade empática, internalidade/externalidade do *locus* causal) e as de mediação parental da utilização dos *media*, percebida pelos filhos.

2. METODOLOGIA

2.1. Amostra/Participantes

A amostra do estudo é constituída por uma população de pais ou prestadores de cuidados a crianças e adolescentes que frequentem o 4º, 6º e 8º anos de escolaridade e respectivas crianças e adolescentes. O estudo realizado é quantitativo e envolve a participação de 300 díades constituídas por pai, mãe ou prestador de cuidados e respectiva criança e adolescente. A amostra de participantes crianças e adolescentes respondeu à Escala de Auto-Conceito para Crianças de Piers-Harris; Índice de Reactividade Interpessoal de Davis (IRI); Escala de *Locus* de Controlo de Nowicki-Strickland; parte do Questionário de Rose, Bush & Kahle; e Questionário de Hábitos Televisivos. À outra parte da amostra, constituída pelos pais ou prestadores de cuidados das crianças e adolescentes foi administrado o Questionário de Rose, Bush & Kahle e o de Hábitos Televisivos. Quanto à amostragem o modelo utilizado é não aleatório ou não probabilístico e o método ou processo de selecção da amostra é acidental ou de conveniência.

A amostra de participantes crianças e adolescentes caracteriza-se por uma idade média de 11,43 anos e um valor de desvio-padrão que dá conta de uma dispersão de 1,75. O valor mínimo corresponde aos 9 anos de idade e o máximo aos 14.

De seguida apresenta-se a análise de outros factores relativos à caracterização desta amostra:

Na tabela 1, a análise das variáveis Sexo e Ano de Escolaridade mostra que a amostra é constituída por uma ligeira maioria de 152 crianças e adolescentes do sexo feminino, sendo de 148 o número de participantes do sexo masculino. No sexo feminino a maior parte dos participantes frequenta o 6º ano de escolaridade (58/38,2%), seguidos dos 53 (34,9%) relativos ao 4º ano e dos 41 (27%) respeitantes ao 8º. Considerando os

resultados do sexo masculino, o valor de maior frequência (59/39,9%) corresponde aos participantes que frequentam o 8º ano de escolaridade, sendo de 47 (31,8%) o valor relativo ao 4º ano e de 42 (28,4%) o que se refere ao 6ºano.

Tabela 1 – Frequência do Sexo e do Ano de Escolaridade

Freq./ Percent.	4º ano	6º ano	8º ano	Total
Masculino	47 (31,8%)	42 (28,4%)	59 (39,9%)	148 (100%)
Feminino	53 (34,9%)	58 (38,2%)	41 (27%)	152 (100%)

A tabela 2 reúne a análise descritiva das variáveis Peso, Altura e Índice de Massa Corporal (IMC). Verifica-se então que as crianças e adolescentes participantes têm um peso médio de 43,14 kg, correspondendo a dispersão a um valor de desvio-padrão de 11,55 kg. O valor mínimo de peso apresentado é de 22 kg e o máximo de 72. A altura média dos participantes situa-se nos 1,52 m, com um valor de desvio-padrão que dá conta de uma dispersão de 0,14, sendo de 1,10 m o valor mínimo e de 1,79 m o máximo. Quanto aos valores do IMC, regista-se um valor médio de 18,44, que dispersa segundo um valor de 2,56 de desvio-padrão, e ainda, um valor mínimo de 13 e um máximo de 28,7.

Tabela 2 - Análise Descritiva do Peso, Altura e Índice de Massa Corporal

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Peso	43,14	11,55	22	72
Altura	1,52	0,14	1,10	1,79
IMC	18,44	2,56	13	28,7

O IMC calculado, como acontece quando a população é infantil e adolescente, considera a idade, para além do peso e da altura. Deste cálculo resulta um valor de Percentil do IMC que se analisa de seguida.

A tabela 3 mostra que a maioria das crianças e adolescentes participantes situa-se no percentil 75 do IMC, com uma frequência 105 (36,6%). Seguem-se os valores de 60 (20,9%), 37 (12,9%), 32 (11,1%), correspondentes aos percentis 50, 85 e 25 respectivamente, verificando-se pouca expressão estatística dos restantes percentis.

Tabela 3 - Frequência do Percentil do IMC

Percentil do IMC	3	5	10	25	50	75	85	90	95	97	Omissos
Freq. / Percent.	5 1,7%	7 2,4%	6 2,1%	32 11,1%	60 20,9%	105 36,6%	37 12,9%	14 4,9%	13 4,5%	8 2,8%	13

No que respeita à Interpretação do Percentil do IMC, a tabela 4 apresenta uma frequência mais elevada na categoria Normal, que se destaca com 210 (73,2%) dos participantes. Os restantes 77 distribuem-se em 51 (17,8%) com Excesso de Peso, 21 (7,3%) Obesos e 5 (1,7%) com Baixo Peso.

Tabela 4 - Frequência da Interpretação do Percentil do IMC

Interpretação do Percentil do IMC	Baixo Peso (< 5)	Normal (de 5 a 84.9)	Excesso de Peso (de 85 a 94.9)	Obesidade (> 95)	Omissos
Freq. / Percent.	5 1,7%	210 73,2%	51 17,8%	21 7,3%	13

Considerando agora os participantes pais e prestadores de cuidados, segue-se a análise dos factores que caracterizam esta parte da amostra.

Em relação à idade, a média situa-se nos 42,94 anos, indicando o valor de desvio-padrão uma dispersão de 4,74 anos, com um valor mínimo de 23 e um máximo de 65. A grande maioria dos pais e prestadores de cuidados pertencem ao sexo feminino (238/79,9%), sendo o sexo masculino apenas representado por 60 (20,1%) dos participantes. Quanto às habilitações académicas, a maioria de 160 (53,3%) possui uma licenciatura, 62 (20,7%) concluíram o ensino secundário e 20 (6,6%) realizaram mestrado. Os restantes participantes distribuem-se por graus de habilitações académicas inferiores e superiores, mas as frequências apresentam valores pouco expressivos. Ainda assim, importa referir que 12 (4%) não responderam e 23 (7,7%) não concluíram o ensino secundário. As profissões são heterogéneas, encontrando-se na amostra profissões tão variadas como Administrativos, Advogados, Empresários, Farmacêuticos, Gestores, Médicos e Professores. A quase totalidade dos participantes, 235 (79,1%), são mães das crianças e adolescentes participantes, sendo 60 (20,2%) os pais e pouco expressiva a frequência de outros graus de parentesco.

2.2. Instrumentos

2.2.1 Instrumentos das Crianças e Adolescentes: Escala de Auto-Conceito para Crianças de Piers-Harris; Índice de Reactividade Interpessoal de Davis (IRI); Escala de *Locus* de Controlo de Nowicki-Strickland; parte do Questionário de Rose, Bush & Kahle; e Questionário de Hábitos Televisivos

O questionário das crianças inclui várias dimensões e envolve a utilização de escalas já existentes ou construídas no âmbito desta investigação: auto-conceito, empatia, internalidade/externalidade do *locus* causal, mediação parental, hábitos televisivos, identificação com as personagens utilizadas nos anúncios publicitários, realismo percebido nos mesmos, prazer no seu visionamento e prazer no consumo alimentar.

A Escala de Auto-Conceito para Crianças de Piers-Harris, desenvolvida em 1964 e revista em 1984, novamente revista em versão reduzida (Piers & Hertzberg, 2002) e adaptada para a população portuguesa por Veiga (1989, 2006) é utilizada para medir o auto-conceito de crianças. A escala divide-se em seis subescalas: Comportamento, Estatuto Intelectual e Escolar, Atributos e Aparência Física, Ansiedade, Popularidade e Satisfação-Felicidade. A consistência interna aferida por vários estudos apresenta valores que variam entre 0,73 e 0,92. A validade da Escala é atestada em correlações com outras escalas de auto-conceito, cujos valores vão desde 0,32 a 0,85, baixando quando as amostras têm idades menores. Por outro lado, a sua utilização clínica é frequente e recomendada em detrimento de instrumentos similares (Piers, 1984). Será utilizada a versão revista e reduzida de 60 itens (Piers & Hertzberg, 2002) e adaptada por Veiga (2006), variando as respostas entre “Sim” e “Não”. Veiga (2006), na sua última adaptação, encontra um coeficiente de consistência interna de 0,90, sendo de 0,86 na amostra masculina e 0,88 na feminina.

O Índice de Reactividade Interpessoal de Davis (1980, 1983) mede a empatia disposicional e baseia-se na premissa de que a empatia reúne uma série de constructos independentes, mas relacionados entre si, podendo ser definida como o conjunto de reacções de um indivíduo face às experiências observadas no outro. Foi desenhado para

avaliar tanto a empatia cognitiva como a afectiva. Este instrumento é composto por quatro subescalas de sete itens, havendo uma correspondência entre cada uma das subescalas e um aspecto do conceito geral de empatia: Tomada de Perspectiva, que mede a tendência de adoptar a perspectiva do outro no plano psicológico; Preocupação Empática, que avalia a tendência para experimentar sentimentos de simpatia e compaixão em relação a outros que se encontram numa situação desfavorável; Perturbação Pessoal, que se refere à tendência a sentir-se perturbado e desconfortável face à intensa perturbação de outros; e finalmente, a subescala da Fantasia, que mede a tendência para o indivíduo se transpôr de forma imaginativa em sentimentos e acções de personagens em situações ficcionadas. Os itens são medidos através de uma escala de *Likert* de cinco pontos e as respostas variam entre “Nada parecido comigo” e “Exactamente como eu”. A consistência interna varia entre 0,71 e 0,77 e a correspondente ao teste-reteste varia entre 0,62 e 0,71 (Davis, 1983). Neste estudo irá ser administrada a versão para crianças deste instrumento desenvolvida por Fabes, Eisenberg & Eisenbud (1993), sendo a versão anteriormente descrita apenas aplicável a adultos. Na versão para crianças a subescala Fantasia foi omitida e a cada subescala correspondem apenas quatro itens, o que resulta num total de 12 itens.

Escala de *Locus* de Controlo de Nowicki-Strickland para Crianças e Adolescentes (1973) mede a internalidade/externalidade do *locus* de controlo, ou seja, avalia a crença do indivíduo em relação ao reforço como resultado das suas acções ou como resultado da sorte ou destino. A escala é composta por duas versões ligeiramente diferentes: uma delas aplica-se do 1º ao 6º ano de escolaridade e é composta por 20 itens e a outra destina-se a indivíduos que frequentem do 7º ao 12º anos e reúne 21 itens, sendo o conteúdo dos itens adaptado à idade dos participantes. As respostas são dadas assinalando a palavra “Sim” ou a palavra “Não”. Os autores (1973) referem a consistência interna da escala e a confiança teste-reteste para dar conta das suas qualidades psicométricas. A consistência interna varia entre 0,63, para os 3º, 4º e 5º anos de escolaridade, e os 0,68, para os 6º, 7º e 8º anos, e ainda, 0,81 para o 12º ano. Quanto à confiança teste-reteste com 6 semanas de intervalo, os valores variam entre 0,63 para o 3º ano de escolaridade, 0,66 para o 7º ano e 0,71 para o 10º ano.

Quanto à mediação parental relativa aos *media* serão admitidas as três dimensões consideradas por Rose et al. (1998) e que correspondem a três tipos de práticas parentais

relacionadas com a publicidade: co-visionamento, discussão de anúncios televisivos e controlo do visionamento televisivo. Tal como anteriormente, as respostas dos participantes às afirmações apresentadas serão obtidas através de uma escala de cinco pontos que varia entre a resposta “Muito Raramente” e a “Muito Frequentemente”, havendo neste caso um coeficiente de alfa de 0,89 nos USA e de 0,85 no Japão. Será ainda administrado o Questionário de Hábitos Televisivos (Matos, 2004) com o objectivo de avaliar o tempo e o contexto de visionamento televisivo das crianças e adolescentes. As questões versam sobre o tipo de acompanhamento parental, o controlo exercido pelos pais e o número de horas despendidas a ver televisão. A ideia é conhecer os hábitos televisivos das crianças e adolescentes e a mediação parental directa. Estas três dimensões serão avaliadas na amostra de crianças e adolescentes e na amostra dos pais e prestadores de cuidados.

O Questionário de Hábitos Televisivos (Matos, 2004) será aplicado às crianças e adolescentes e aos pais, o que possibilitará o cruzamento de dados.

A dimensão da identificação com as personagens dos anúncios será medida, bem como as restantes, a partir dos anúncios publicitários de alimentos dirigidos a crianças, a que estão expostos pelo facto de verem televisão. A dimensão de identificação com as personagens dos anúncios publicitários será medida a partir dos tais anúncios e com uma parte adaptada do Questionário de Hábitos Televisivos (Matos, 2004). Nessa parte, pede-se à criança e adolescente que escolha uma das personagens dos anúncios publicitários que gostaria de ser, que justifique essa preferência e pergunta-se à criança se já tentou imitá-la. Na dimensão de realismo percebido, questiona-se a criança e adolescente em relação à veracidade dos anúncios numa escala de cinco pontos, com respostas que variam entre “Muito Verdadeiro” e “Muito Falso”. O prazer no visionamento dos anúncios será medido através de uma escala de cinco pontos, onde as respostas vão desde o “Não Gosto Nada” até ao “Gosto Muito”. Quanto ao prazer no consumo alimentar, será perguntado se a criança e adolescente já provou os alimentos publicitados pelos anúncios, quais e se lhe apetece provar algum deles e quais. Ainda nesta dimensão, é avaliada a frequência de consumo dos alimentos publicitados mediante uma escala de cinco pontos, com respostas que variam entre “Nunca” e “Todos os Dias”.

Para além destas dimensões, o questionário permitirá ainda a recolha de dados demográficos dos pais (sexo, idade, habilitações académicas, grau de parentesco e profissão) e da criança e adolescente (idade, sexo, peso e altura).

2.2.2 Questionário dos Pais: Questionário de Rose, Bush & Kahle e Questionário de Hábitos Televisivos

Duas das dimensões do questionário são relativas aos padrões de comunicação familiar: a comunicação orientada para o conceito, em que os pais encorajam o desenvolvimento das preferências de consumo dos filhos; e a comunicação sócio-orientada, na qual os pais esperam que os filhos cumpram os seus padrões de consumo. A avaliação da primeira dimensão envolverá cinco itens da Escala de Orientação para o Conceito de Mochis, Moore & Smith (1984), para além de três itens da Escala de Comunicação Familiar de Ward, Wackman & Wartella (1977), e a da última será realizada com a aplicação de cinco itens da Escala de Comunicação Sócio-Orientada de Mochis et al. (1984 citados por Rose, Bush & Kahle, 1998). As respostas dos participantes serão obtidas através de uma escala de cinco pontos, que varia entre a resposta “Muito Raramente” e a “Muito Frequentemente”. Os níveis de consistência interna obtidos anteriormente para a comunicação sócio-orientada foram de 0,70 nos USA e de 0,68 no Japão, e no que respeita à comunicação orientada para o conceito, os valores de α atingiram os 0,77 nos USA e 0,76 no Japão (Rose et al., 1998).

Seguem-se outras duas dimensões: a da atitude face à publicidade e a da atitude face à publicidade infantil. A primeira era habitualmente medida através de uma escala de sete itens (Rossiter, 1977, citado por Rose et al., 1998) e foi anteriormente utilizada em estudos de socialização do consumidor (Carlson & Grossbart, 1988, citados por Rose et al., 1998). Esta dimensão centra-se no ceticismo geral face à publicidade (Bousch, Friestad & Rose, 1994, citados por Rose et al., 1998) ou, por outras palavras, nas crenças gerais e reacções ao instrumento ou tácticas da publicidade. A outra dimensão (Crosby & Grossbart, 1984, citados por Rose et al., 1998) é semelhante à primeira, com a diferença de referir-se especificamente à publicidade infantil. Quanto aos níveis de consistência interna, para a primeira dimensão foram encontrados valores de 0,73 nos USA e 0,71 no Japão, e para a segunda, 0,78 nos USA e 0,71 no Japão. Em

ambas foi utilizada uma escala de cinco pontos, onde as respostas variam entre “Concordo Totalmente” e “Discordo Totalmente”. Considerando as características destas duas escalas espera-se que o padrão das médias dos quatro grupos (tipos) de comunicação familiar seja semelhante. Esta semelhança foi verificada por Rose et al. (1998) que, para além de uma correlação positiva entre as duas escalas ($\rho = 0,36$), encontrou um padrão de médias similar, aumentando assim a confiança na sua validade.

Para a mediação parental relativa aos *media* serão admitidas as três dimensões consideradas por Rose et al. (1998) e que correspondem a três tipos de práticas parentais relacionadas com a publicidade: co-visionamento, discussão de anúncios televisivos e controlo do visionamento televisivo. No ponto anterior já se reflectiu acerca destas três dimensões, uma vez que são avaliadas na amostra de crianças e adolescentes e na amostra dos pais e prestadores de cuidados.

O Questionário de Hábitos Televisivos (Matos, 2004), conforme já anteriormente referido, será aplicado às crianças e adolescentes e aos pais, com o objectivos de conhecer a percepção de cada uma das amostras.

2.3 Procedimento

As duas partes das 300 díades participantes, seleccionadas para o estudo quantitativo e constituídas por pai, mãe ou prestador de cuidados e criança e adolescente, foram sujeitas à aplicação dos questionários previamente pré-testados. Depois da recolha e processamento dos dados quantitativos procedeu-se à sua análise estatística através do programa informático *SPSS*. De seguida, desenvolveu-se a discussão dos resultados obtidos, o que permitiu, tendo em conta os objectivos inicialmente estabelecidos, estabelecer as principais conclusões do trabalho de investigação e as implicações desta no sentido da sua aplicação.

2.4. Apresentação e Análise dos Resultados

2.4.1. Estudo dos Instrumentos das Crianças e Adolescentes

2.4.1.1. Análise Psicométrica da Escala de Auto-Conceito para Crianças de Piers-Harris

Na tabela 5, na Escala Aspecto Comportamental, o item 18 regista o maior valor médio (0,91) e o item 30 o menor (0,70). O desvio-padrão oscila entre 0,27 e 0,46, referentes aos itens 48 e 30 respectivamente. As correlações item-total corrigidas variam entre 0,21 e 0,58 para os itens 30 / 58 e 12. O valor do alfa de *Cronbach* de 0,76 revela consistência interna, mantendo-se se não for considerado o item 30 ou o 58.

Tabela 5 – Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala Aspecto Comportamental

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de <i>Cronbach</i> Corrigido
12	0,86	0,34	0,58	0,72
13	0,84	0,36	0,44	0,73
14	0,90	0,30	0,34	0,74
18	0,91	0,28	0,30	0,75
19	0,88	0,32	0,36	0,74
20	0,90	0,30	0,50	0,73
27	0,87	0,34	0,51	0,72
30	0,70	0,46	0,21	0,76
36	0,88	0,32	0,30	0,75
38	0,84	0,37	0,43	0,73
45	0,88	0,32	0,43	0,73
48	0,92	0,27	0,42	0,74
58	0,80	0,40	0,21	0,76

A tabela 6, relativa aos Itens da Escala Ansiedade, revela um valor médio mais elevado (0,59) no item 29, e um menor (0,19) no item 56. Os valores de desvio-padrão variam entre 0,39, relativo ao item 56, e 0,49, nos itens 7, 10, 23, 29 e 59. Quanto à correlação item-total corrigida, registam-se valores entre 0,16 e 0,36, que correspondem aos itens 56 e 23 respectivamente. A consistência interna da Escala não chega a assumir valores aceitáveis, mantendo-se esta situação com a eliminação do item 56, que eleva o valor de Alfa de *Cronbach* apenas a 0,52.

Tabela 6 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala Ansiedade

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de Cronbach Corrigido
4	0,24	0,43	0,27	0,48
7	0,41	0,49	0,23	0,49
10	0,58	0,49	0,28	0,47
17	0,29	0,45	0,18	0,51
23	0,41	0,49	0,36	0,44
29	0,59	0,49	0,17	0,51
56	0,19	0,39	0,16	0,52
59	0,38	0,49	0,27	0,48

Os Itens da Escala Estatuto Intelectual apresentam valores médios que oscilam entre 0,63, no item 34, e 0,87, no item 26. No que respeita aos números de desvio-padrão verifica-se que a variação ocorre entre os valores de 0,34 e 0,48, correspondendo o primeiro ao item 26 e o segundo aos itens 22 e 34. O valor mais elevado de correlação de item-total corrigido (0,43) pertence ao item 52, enquanto que o mais baixo, de 0,19, regista-se junto do item 16. O valor de Alfa de Cronbach de 0,69 revela alguma fragilidade na consistência interna, mantendo-se com a eliminação dos itens 16 e 22.

Tabela 7 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala Estatuto Intelectual

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de Cronbach Corrigido
5	0,86	0,35	0,38	0,66
16	0,84	0,36	0,19	0,69
21	0,77	0,42	0,25	0,68
22	0,66	0,48	0,22	0,69
24	0,80	0,40	0,42	0,66
25	0,70	0,46	0,33	0,67
26	0,87	0,34	0,36	0,67
34	0,63	0,48	0,29	0,68
39	0,82	0,38	0,35	0,67
43	0,82	0,38	0,23	0,68
50	0,78	0,42	0,38	0,66
52	0,81	0,39	0,43	0,66
55	0,72	0,45	0,30	0,67

A tabela 8 mostra o valor de 0,90 como valor médio máximo no item 41 e 0,65 como mínimo no item 57. Quanto aos valores de desvio padrão, a tabela apresenta uma variação entre 0,30 e 0,48, junto dos itens 41 e 57 respectivamente. As correlações item-total corrigidas mostram um valor mínimo de 0,12 no item 41 e máximo de 0,36 no item 37. Os itens revelam fraca consistência interna, com valores de Alfa de

Cronbach inaceitáveis, atingindo apenas o seu valor máximo de 0,52 através da eliminação dos itens 41 e 57.

Tabela 8 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala Popularidade

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de <i>Cronbach</i> Corrigido
1	0,86	0,35	0,32	0,47
3	0,84	0,37	0,17	0,51
6	0,66	0,47	0,22	0,50
11	0,73	0,44	0,24	0,49
32	0,83	0,38	0,29	0,48
37	0,82	0,39	0,36	0,45
41	0,90	0,30	0,12	0,52
47	0,78	0,42	0,17	0,51
51	0,86	0,35	0,19	0,50
57	0,65	0,48	0,17	0,52

Os valores médios, na tabela 9, variam entre 0,50 e 0,84 e correspondem aos itens 9 e 33 respectivamente. O valor mais elevado de desvio-padrão verifica-se no item 9 (0,50), e o mais baixo, de 0,36, junto do item 33. No que respeita às correlações item-total corrigidas, os valores variam entre 0,16 e 0,40, estando associados aos itens 15 e 44. O valor de alfa de *Cronbach* de 0,60, não sendo francamente baixo também não pode ser considerado aceitável. Esta situação de fragilidade de consistência interna mantém-se com a exclusão do item 15.

Tabela 9 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala Aparência Física

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de <i>Cronbach</i> Corrigido
8	0,81	0,39	0,31	0,55
9	0,50	0,50	0,33	0,54
15	0,68	0,47	0,16	0,60
33	0,84	0,36	0,18	0,58
44	0,79	0,40	0,40	0,52
46	0,63	0,48	0,30	0,55
49	0,82	0,38	0,28	0,56
54	0,67	0,47	0,37	0,53

Os itens da Escala de Satisfação-Felicidade, analisados na tabela 10, apresentam valores médios que oscilam entre 0,81 e 0,98, nos itens 28 e 60. Considerando agora os valores de desvio padrão, destacam-se os itens 60 e 28, com valores de 0,15 e 0,40

respectivamente. Os valores de 0,16 e 0,34 correspondem ao mínimo e máximo de correlações item-total corrigidas e pertencem aos itens 31 e 42. Verifica-se fraca consistência interna, com valores que não ultrapassam os 0,51, mantendo-se esta inconsistência com a eliminação dos itens 31 e 60.

Tabela 10 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala Satisfação-Felicidade

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de Cronbach Corrigido
2	0,93	0,25	0,28	0,47
28	0,81	0,40	0,25	0,50
31	0,93	0,25	0,16	0,51
35	0,83	0,38	0,31	0,46
40	0,94	0,23	0,30	0,47
42	0,96	0,20	0,34	0,46
53	0,94	0,23	0,18	0,50
60	0,98	0,15	0,19	0,51

2.4.1.2. Análise Psicométrica do Índice de Reactividade Interpessoal de Davis (IRI)

A tabela 11 mostra que os valores médios dos itens da Escala de Preocupação Empática variam entre 3,45 no item 1 e 4,03 no item 4. O valor mais elevado de desvio padrão atinge os 1,22, junto do item 6, e os 1,12, nos itens 4 e 11. As correlações item-total corrigidas oscilam entre 0,11 e 0,39, verificando-se o primeiro valor no item 4 e o segundo nos itens 6 e 11. O valor de alfa de *Cronbach* de 0,60 não satisfaz no que respeita à consistência interna da escala, mas mantém-se por exclusão do item 4.

Tabela 11 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala Preocupação Empática

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de Cronbach Corrigido
1	3,45	1,13	0,37	0,39
4	4,03	1,12	0,11	0,60
6	3,54	1,22	0,39	0,37
11	4,01	1,12	0,39	0,38

Na tabela 12 verifica-se que a consistência interna dos itens melhora ligeiramente com a exclusão do item 4, mas não chega a ser aceitável, pois não ultrapassa o valor de alfa de *Cronbach* de 0,54.

Tabela 12 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala Preocupação Empática após Exclusão do Item 4

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de Cronbach Corrigido
1	3,45	1,13	0,39	0,53
6	3,54	1,22	0,46	0,43
11	4,01	1,12	0,38	0,54

Os valores médios de 3,31, no item 10, e de 3,72, no item 7, registam a variação encontrada. Quanto aos desvios padrão, a oscilação ocorre entre 1,06 e 1,35, junto dos itens 7 e 10 respectivamente. As correlações item-total corrigidas assumem um valor negativo no item 10 (-0,01) e um valor máximo de 0,33, no item 7. O valor de alfa de Cronbach de 0,57, não dá conta de boa consistência interna, mantendo-se com a eliminação do item 10.

Tabela 13 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala Tomada de Perspectiva

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de Cronbach Corrigido
3	3,62	1,16	0,31	0,20
7	3,72	1,06	0,33	0,19
10	3,31	1,35	-0,01	0,57
12	3,67	1,10	0,26	0,26

Com a exclusão do item 10, os valores de alfa de Cronbach melhoram ligeiramente. No entanto esta melhoria não assume valores que atestem uma sólida consistência interna, uma vez que não ultrapassam os 0,51.

Tabela 14 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala Tomada de Perspectiva após Exclusão do Item 10

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de Cronbach Corrigido
3	3,62	1,16	0,42	0,39
7	3,73	1,06	0,34	0,51
12	3,66	1,11	0,36	0,48

A tabela 15 regista um valor médio máximo de 3,35, no item 8, e mínimo de 2,28, junto do item 9. Os valores de desvio padrão variam entre 1,21 e 1,38, nos itens 9 e 8. Quanto às correlações item-total corrigidas, o valor mínimo é negativo (-0,08) e corresponde ao item 9, enquanto que o máximo é de 0,12 e verifica-se no item 2. A

consistência interna dos itens pode ser considerada muito fraca, sendo o valor de alfa de *Cronbach* de 0,18, mantendo-se com a exclusão do item 9.

Tabela 15 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala Perturbação Pessoal

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de <i>Cronbach</i> Corrigido
2	3,10	1,36	0,12	-0,13
5	3,11	1,33	0,09	-0,07
8	3,35	1,38	-0,03	0,13
9	2,28	1,21	-0,08	0,18

Eliminando-se o item 9, melhora muito subtilmente os valores de alfa de *Cronbach*, mas esse facto não se traduz numa consistência interna satisfatória, sendo que o maior valor de alfa de *Cronbach* atinge apenas os 0,23.

Tabela 16 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala Perturbação Pessoal após Exclusão do Item 9

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de <i>Cronbach</i> Corrigido
2	3,09	1,36	0,17	-0,04
5	3,09	1,33	0,06	0,23
8	3,35	1,38	0,08	0,19

Na tabela 17, a análise dos itens da IRI, apresenta valores médios que oscilam entre 2,27 e 4,04, junto dos itens 9 e 4 respectivamente. O valor mais elevado de desvio padrão atinge os 1,38, no item 8, e o mais baixo os 1,06, no item 7. Nas correlações item-total corrigidas, o valor mínimo é negativo (-0,04) e corresponde ao item 10, e máximo no item 11, onde se regista um valor de 0,50. O valor de alfa de *Cronbach* de 0,60, não sendo francamente frágil, dá conta de uma consistência interna pouco sólida, mantendo-se assim com a exclusão do item 10.

Tabela 17 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da IRI

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de Cronbach Corrigido
1	3,46	1,12	0,36	0,51
2	3,12	1,36	0,40	0,49
3	3,63	1,15	0,34	0,51
4	4,04	1,11	0,12	0,56
5	3,10	1,33	0,03	0,58
6	3,55	1,20	0,43	0,48
7	3,72	1,06	0,25	0,53
8	3,34	1,38	0,10	0,57
9	2,27	1,22	-0,03	0,59
10	3,28	1,35	-0,04	0,60
11	4,00	1,11	0,50	0,47
12	3,69	1,10	0,41	0,50

Ao excluir os itens 4 e 10, a consistência interna da Escala apresenta valores ligeiramente mais elevados embora não aceitáveis, pois nunca chegam a ultrapassar o valor de alfa de *Cronbach* de 0,64.

Tabela 18 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da IRI após Exclusão dos Itens 4 e 10

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de Cronbach Corrigido
1	3,46	1,12	0,40	0,56
2	3,11	1,36	0,38	0,56
3	3,62	1,16	0,39	0,56
5	3,10	1,33	0,07	0,64
6	3,55	1,20	0,46	0,54
7	3,72	1,06	0,23	0,60
8	3,34	1,38	0,07	0,64
9	2,27	1,22	0,01	0,64
11	4,00	1,12	0,52	0,53
12	3,68	1,11	0,44	0,55

Ao excluir o item 5, para além dos itens 4 e 10, o valor de alfa de *Cronbach* conseguiu atingir os 0,69, o que aumenta ligeiramente a consistência interna da Escala, aproximando-a o mais possível de uma situação de solidez.

Tabela 19 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da IRI após Exclusão dos Itens 4, 5 e 10

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de Cronbach Corrigido
1	3,46	1,13	0,42	0,59
2	3,11	1,36	0,38	0,60
3	3,61	1,16	0,42	0,59
6	3,56	1,20	0,47	0,58
7	3,72	1,06	0,27	0,63
8	3,35	1,38	0,07	0,68
9	3,99	1,12	0,52	0,57
11	3,67	1,11	0,47	0,58
12	2,26	1,22	-0,00	0,69

Continuando o estudo de consistência interna desta Escala, elimina-se ainda o item 9, para além dos itens 4, 5 e 10. Deste modo, obtém-se um valor de alfa de Cronbach de 0,72, que se mantém eliminando o item 8, verificando-se assim uma consistência interna aceitável.

Tabela 20 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da IRI após Exclusão dos Itens 4, 5, 9 e 10

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de Cronbach Corrigido
1	3,46	1,13	0,44	0,64
2	3,10	1,36	0,39	0,66
3	3,61	1,16	0,44	0,64
6	3,56	1,20	0,47	0,64
7	3,73	1,06	0,28	0,68
8	3,34	1,38	0,12	0,72
11	4,00	1,12	0,50	0,63
12	3,67	1,11	0,46	0,64

Na tabela 21, acrescentando às exclusões anteriores a do item 8, verifica-se que já não se pode melhorar mais a consistência interna da Escala. Embora os itens melhorem muito ligeiramente a sua consistência interna, os valores de alfa de Cronbach não ultrapassam os 0,71, o que torna mais aceitável a situação anterior (tabela 20).

Tabela 21 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da IRI após Exclusão dos Itens 4, 5, 8, 9 e 10

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de Cronbach Corrigido
1	3,46	1,12	0,44	0,69
2	3,10	1,36	0,38	0,71
3	3,62	1,16	0,48	0,68
6	3,55	1,20	0,49	0,68
7	3,73	1,06	0,34	0,71
11	4,00	1,12	0,48	0,68
12	3,67	1,11	0,46	0,69

2.4.1.3. Análise Psicométrica da Escala de *Locus* de Controlo de Nowicki-Strickland

Na tabela 22, a análise dos itens da Escala de *Locus* de Controlo para o 4º e 6º ano dá conta de uma variação de valores médios compreendida entre os 0,22, no item 18, e os 0,58, no item 12. Nos desvios padrão o valor mínimo de 0,42 encontra-se junto dos itens 18 e 19, registando-se o valor máximo de 0,50 nos itens 1, 5, 7, 9, 12 e 16. Ao considerarem-se os valores das correlações item-total corrigidas regista-se um máximo de 0,44, relativo ao item 6, e um mínimo de 0,08, junto ao item 12. O valor de alfa de *Cronbach* de 0,69, não sendo um valor muito fraco, não assegura uma consistência interna sólida, o que se mantém com a eliminação dos itens 1 e 12.

Tabela 22 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala de *Locus* de Controlo para o 4º e 6º ano

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de Cronbach Corrigido
1	0,53	0,50	0,11	0,69
2	0,29	0,45	0,37	0,66
3	0,25	0,44	0,25	0,67
5	0,43	0,50	0,23	0,67
6	0,36	0,48	0,44	0,65
7	0,56	0,50	0,22	0,67
9	0,43	0,50	0,42	0,65
11	0,32	0,47	0,35	0,66
12	0,58	0,50	0,08	0,69
13	0,33	0,47	0,30	0,66
14	0,35	0,48	0,35	0,66
15	0,41	0,49	0,30	0,66
16	0,47	0,50	0,21	0,66
17	0,39	0,49	0,22	0,67
18	0,22	0,42	0,41	0,65
19	0,23	0,42	0,15	0,68
20	0,39	0,49	0,25	0,67

A tabela 23, que analisa os itens da Escala de *Locus* de Controlo na versão recomendada para o 8º ano, mostra que os valores médios oscilam entre 0,31 e os 0,65, verificando-se o primeiro nos itens 11 e 19, e o segundo no item 1. O valor mais elevado de desvio padrão é de 0,50 e reúne os itens 7, 8, 9, 12, 14, 16, 17 e 21, o mais baixo é de 0,46 e encontra-se nos itens 11 e 19. As correlações item-total corrigidas variam entre -0,15 e 0,40, nos itens 1 e 14 respectivamente. Quanto à consistência interna da Escala, os valores mostram é inaceitável. O valor de alfa de *Cronbach* de 0,51 dá conta da fragilidade da consistência interna, facto que se mantém com a exclusão do item 1.

Tabela 23 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala de *Locus* de Controlo para o 8º ano

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de Cronbach Corrigido
1	0,65	0,48	-0,15	0,51
3	0,32	0,47	0,14	0,45
4	0,38	0,49	0,11	0,45
7	0,53	0,50	0,09	0,46
8	0,45	0,50	0,08	0,46
9	0,57	0,50	0,02	0,47
10	0,36	0,48	0,16	0,44
11	0,31	0,46	0,16	0,44
12	0,58	0,50	0,05	0,47
14	0,48	0,50	0,40	0,38
15	0,40	0,49	0,24	0,42
16	0,50	0,50	0,26	0,42
17	0,43	0,50	0,06	0,46
18	0,40	0,49	0,22	0,43
19	0,31	0,46	0,36	0,40
20	0,40	0,49	0,22	0,43
21	0,47	0,50	0,10	0,46

Analisa-se agora os itens em comum entre as duas versões da Escala. O valor médio mais elevado atinge os 0,58, no item 12, e o mais baixo, os 0,25, junto do item 18. Os desvios padrão oscilam entre os 0,43, no item 18, e os 0,50, nos itens 1, 5, 7, 15 e 16. As correlações item-total corrigidas registam um valor máximo no item 14 com 0,40 e mínimo, de 0,05, junto do item 1. Os valores de alfa de *Cronbach*, apesar de não serem muito baixos, não podem ser considerados aceitáveis e revelam uma frágil consistência interna. O melhor valor de alfa de *Cronbach* atinge os 0,64, mas não altera a situação de inconsistência, que se mantém com a eliminação dos itens 1 e 12.

Tabela 24 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala de Locus de Controle Comuns às Duas Versões

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de Cronbach Corrigido
1	0,57	0,50	0,05	0,64
2	0,30	0,46	0,30	0,61
3	0,30	0,46	0,22	0,62
5	0,46	0,50	0,20	0,62
6	0,39	0,49	0,34	0,60
7	0,56	0,50	0,16	0,63
9	0,40	0,49	0,32	0,60
11	0,32	0,47	0,29	0,61
12	0,58	0,49	0,07	0,64
13	0,38	0,49	0,34	0,60
14	0,37	0,48	0,32	0,60
15	0,44	0,50	0,30	0,61
16	0,46	0,50	0,16	0,63
17	0,40	0,49	0,22	0,62
18	0,25	0,43	0,40	0,60
19	0,29	0,45	0,19	0,62
20	0,42	0,49	0,21	0,62

2.4.1.4. Análise Descritiva de Parte do Questionário de Rose, Bush & Kahle (Escala de Mediação Familiar do Visionamento Televisivo)

A tabela 25, no que respeita ao primeiro item da dimensão Co-Visionamento, mostra que a maioria dos participantes crianças e adolescentes (110/36,8%) vê frequentemente televisão com os pais aos fins-de-semana, seguidos de 73 (24,4%) dos participantes, que o fazem muito frequentemente. Considerando apenas os Sábados, a resposta “Frequentemente” mantém-se como a mais frequente com 85 (28,7%) dos participantes. Nos Domingos, 102 (34,5%) dos participantes assumem que vêem frequentemente televisão com os pais, juntando-se a estes mais 70 (23,6%), se considerarmos a resposta “Muito Frequentemente”.

Relativamente ao item da dimensão Discussão acerca da Publicidade Televisiva, a maioria reúne 90 (30,3%) dos participantes que afirmam que conversam frequentemente com os pais acerca do que aparece na publicidade na televisão. No mesmo sentido vão as respostas de 46 (15,5%) dos participantes que referem que estas conversas ocorrem muito frequentemente. Apesar disso verifica-se também que a segunda frequência mais elevada regista-se na resposta “Raramente”, que serve a 61 (20,5%) dos participantes. As maiorias não são esmagadoras, pelo que não se deve desconsiderar as frequências de respostas “Muito Raramente” e “Raramente”:

Tabela 25 – Análise Descritiva da Dimensão Co-visionamento (3 Itens) e da Dimensão Discussão acerca da Publicidade Televisiva (1 Item)

Co-visionamento e Discussão acerca da Publicidade Televisiva	Vejo TV com os meus pais aos... Fins-de-semana	Vejo TV com os meus pais aos... Sábados	Vejo TV com os meus pais aos... Domingos	Converso c/ os meus pais acerca do que aparece na publicidade da TV
Muito Raramente	31 10,4%	35 11,8%	32 10,8%	51 17,2%
Raramente	45 15,1%	59 19,9%	42 14,2%	61 20,5%
Indeciso/a	40 13,4%	43 14,5%	50 16,9%	49 16,5%
Frequentemente	110 36,8%	85 28,7%	102 34,5%	90 30,3%
Muito Frequentemente	73 24,4%	74 25%	70 23,6%	46 15,5%
Omissos	1	4	4	3

Analisando agora as mesmas dimensões segundo o Ano de Escolaridade, verifica-se que a maioria dos participantes nos 3 anos de escolaridade vê frequentemente televisão com os pais aos fins-de-semana (4ºano: 27/27,3%; 6ºano 42/42%; 8ºano 41/41%). Esta tendência de resposta intensifica-se com as frequências da resposta “Muito Frequentemente” nos 3 anos considerados. Atentando apenas nas respostas “Raramente” e “Muito Raramente”, dá-se conta que os participantes do 4º ano de escolaridade, em comparação com os do 6º e 8º anos, apresentam as frequências mais elevadas (17/17,2% de respostas “Raramente” e 16/16,2% de respostas “Muito Raramente”).

Considerando agora os Sábados, as frequências mais elevadas encontram-se na resposta “Muito Frequentemente” no 4ºano (24/24,2%), na resposta “Frequentemente” no 6º e no 8ºano, com 32 (32%) e 30 (30,9%) dos participantes respectivamente. Analisando as respostas “Raramente” e “Muito Raramente” em conjunto as frequências mais elevadas são registadas pelos participantes do 4º e 6º ano (22+12 e 21+14, respectivamente).

No item que se refere aos Domingos, verifica-se a mesma tendência, ou seja, as frequências mais elevadas registam-se na resposta “Frequentemente” (4ºano: 29/29,3%; 6ºano: 36/36% e 8ºano: 37/38,1%), sendo as segundas frequências mais elevadas as que se encontram na resposta “Muito Frequentemente” (4ºano: 21/21,2%; 6ºano: 21/21%;

8ºano: 28/28,9%). Também aqui as respostas “Raramente” e “Muito Raramente” são mais frequentes nos 4º e 6º anos (16+14 e 17+10, respectivamente).

Quanto às conversas com os pais acerca do que aparece na publicidade televisiva, as frequências mais elevadas surgem na resposta “Frequentemente” nos 3 anos de escolaridade, sendo de 28 (28,9%) no 4º ano, de 27 (27%) no 6º ano e de 35 (35%) no 8º ano. Interessa agora atentar nas segundas frequências mais elevadas, que recaem nas respostas “Raramente” e “Muito Raramente”: no 4º ano, a resposta “Raramente”, com 22 (22,7%); no 6º ano a resposta “Raramente”, com 21 (21%), embora a resposta “Frequentemente” registre a mesma frequência; e no 8º ano, onde a resposta “Muito Raramente” reúne 20 (20%) dos participantes.

Tabela 26 – Análise Descritiva da Dimensão Co-visionamento (3 Itens) e da Dimensão Discussão acerca da Publicidade Televisiva (1 Item) por Ano de Escolaridade

Co-visionamento e Discussão acerca da Publicidade Televisiva	Vejo TV com os meus pais aos... Fins-de-semana			Vejo TV com os meus pais aos... Sábados			Vejo TV com os meus pais aos... Domingos			Converso c/ os meus pais acerca do que aparece na publicidade da TV		
	4º	6º	8º	4º	6º	8º	4º	6º	8º	4º	6º	8º
Muito Raramente	16 16,2%	8 8%	7 7%	12 12,1%	14 14%	9 9,3%	14 14,1%	10 10%	8 8,2%	16 16,5%	15 15%	20 20%
Raramente	17 17,2%	16 16%	12 12%	22 22,2%	21 21%	16 16,5%	16 16,2%	17 17%	9 9,3%	22 22,7%	21 21%	18 18%
Indeciso/a	17 17,2%	14 14%	9 9%	18 18,2%	12 12%	13 13,4%	19 19,2%	16 16%	15 15,5%	17 17,5%	16 16%	16 16%
Frequentemente	27 27,3%	42 42%	41 41%	23 23,2%	32 32%	30 30,9%	29 29,3%	36 36%	37 38,1%	28 28,9%	27 27%	35 35%
Muito Frequentemente	22 22,2%	20 20%	31 31%	24 24,2%	21 21%	29 29,9%	21 21,2%	21 21%	28 28,9%	14 14,4%	21 21%	11 11%
Omissos	1	0	0	1	0	3	1	0	3	3	0	0

Na tabela 27 apresentam-se as frequências relativas aos mesmos itens, mas desta vez por Sexo. A resposta “Frequentemente” é a mais frequente tanto no sexo masculino (58/39,5%) como no feminino (52/34,2%), embora mais elevada no primeiro, quando questionados acerca da frequência com que vêem televisão com os pais aos fins-de-semana. As segundas frequências mais frequentes vão no mesmo sentido, uma vez que se encontram na resposta “Muito Frequentemente”, tanto no sexo masculino, com 34 (23,1%), como no sexo feminino, com 39 (25,7%), sendo desta vez mais elevada a frequência do sexo feminino. Quando a mesma questão se coloca em relação aos Sábados e aos Domingos a tendência mantém-se, sendo a frequência da resposta

“Frequentemente” mais elevada no sexo feminino (45/30% nos Sábados e 57/38% nos Domingos). Em relação à resposta “Muito Frequentemente”, as frequências mais elevadas são as do sexo masculino (38/26%, tanto nos Sábados como nos Domingos), embora a diferença seja ligeira.

Quanto ao item relativo à Discussão acerca da Publicidade Televisiva, os resultados assemelham-se aos anteriores ao registarem as frequências mais elevadas na resposta “Frequentemente”: 51 (34,5%) no sexo masculino e 39 (26,2%) no sexo feminino. Outra semelhança verifica-se nas segundas respostas mais frequentes que envolvem a resposta “Raramente”, com 31 (20,9%) no sexo masculino e 30 (20,1%) no sexo feminino. Em qualquer dos casos, o sexo masculino regista valores ligeiramente mais elevados.

Tabela 27 – Análise Descritiva da Dimensão Co-visionamento (3 Itens) e da Dimensão Discussão acerca da Publicidade Televisiva (1 Item) por Sexo

Co-visionamento e Discussão acerca da Publicidade Televisiva	Vejo TV com os meus pais aos... Fins-de-semana		Vejo TV com os meus pais aos... Sábados		Vejo TV com os meus pais aos... Domingos		Converso c/ os meus pais acerca do que aparece na publicidade da TV	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Muito Raramente	17 11,6%	14 9,2%	18 12,3%	17 11,3%	15 10,3%	17 11,3%	22 14,9%	29 19,5%
Raramente	22 15%	23 15,1%	30 20,5%	29 19,3%	21 14,4%	21 14%	31 20,9%	30 20,1%
Indeciso/a	16 10,9%	24 15,8%	20 13,7%	23 15,3%	27 18,5%	23 15,3%	19 12,8%	30 20,1%
Frequentemente	58 39,5%	52 34,2%	40 27,4%	45 30%	45 30,8%	57 38%	51 34,5%	39 26,2%
Muito Frequentemente	34 23,1%	39 25,7%	38 26%	36 24%	38 26%	32 21,3%	25 16,9%	21 14,1%
Omissos	1	0	2	2	2	2	0	3

Quanto ao Controlo do Visionamento Televisivo, a tabela 28 mostra que a maioria dos participantes crianças e adolescentes (87/29,2%) discordam da afirmação “Os meus pais limitam os programas que posso ver na televisão”. No mesmo sentido vão os 73 (24,5%) participantes que discordam totalmente da mesma afirmação.

Se a questão considerar os momentos em que os pais deixam as crianças e adolescentes ver televisão, os resultados apontam noutro sentido, pois a frequência mais

elevada, de 91 (30,6%), encontra-se na resposta “Concordo”, embora o segundo valor mais frequente se registre na resposta “Discordo”, com 59 (19,9%).

Um valor próximo, de 90 (30,3%), corresponde também à resposta “Concordo” e é valor mais elevado de frequência no item seguinte, que se refere à limitação que os pais fazem em relação à quantidade de horas diárias de visionamento televisivo. Neste mesmo item, o segundo valor mais elevado está associado à resposta “Concordo Totalmente”, com 61 (20,5%) dos participantes.

Tabela 28 – Análise Descritiva da Dimensão Controlo do Visionamento Televisivo

Controlo do Visionamento Televisivo	Os meus pais limitam... Os programas que posso ver na TV	Os meus pais limitam... Os momentos em que posso ver TV	Os meus pais limitam... A quantidade de horas p/ dia em que posso ver TV
Concordo Totalmente	37 12,4%	49 16,5%	61 20,5%
Concordo	59 19,8%	91 30,6%	90 30,3%
Indeciso/a	42 14,1%	44 14,8%	48 16,2%
Discordo	87 29,2%	59 19,9%	54 18,2%
Discordo Totalmente	73 24,5%	54 18,2%	44 14,8%
Omissos	2	3	3

Considerando agora a mesma Dimensão, mas segundo o Ano de Escolaridade, verifica-se que a frequência mais elevada de resposta é partilhada no 4º ano entre a resposta “Concordo” e “Discordo”, com 24 (24,2%) participantes, para a questão da limitação dos programas televisivos por parte dos pais. No 6º ano, o valor mais frequente pertence à resposta “Discordo”, com 26 (26,3%) dos participantes da amostra, mas o segundo valor mais frequente, de 23 (23,2%), é muito próximo e regista-se na resposta “Concordo”. Quanto ao 8º ano, os maiores valores de frequências concentram-se mais claramente na discordância, com 38 (38%) a responder “Discordo Totalmente” e 37 (37%) a dar a resposta “Discordo”.

Quando o controlo parental se centra na limitação dos momentos em que as crianças e adolescentes estão autorizadas a ver televisão, dá-se conta que a maioria dos participantes do 4º ano (29/29,3%) concorda com a afirmação, seguida de outros 23

(23,2%) que concordam totalmente. No 6º ano uma maioria mais clara, de 33 (33,3%) participantes, concorda, embora o segundo valor mais frequente, de 21 (21,1%) se localize na resposta “Discordo Totalmente”. Finalmente, no 8ºano, o valor de resposta mais frequente corresponde à resposta “Concordo” e reúne 29 (29,3%) dos participantes. Também aqui o segundo valor mais frequente vai noutro sentido, pois em 23 (23,2%) dos participantes, verifica-se a resposta “Discordo”.

Relativamente à quantidade de horas diárias de visionamento televisivo, a maioria dos participantes nos 3 anos de escolaridade encontram-se na resposta “Concordo”, com 31 (31,3%) no 4º ano, 32 (32,3%) no 6º e 27 (27,3%) no 8º. Quanto aos segundos valor mais elevados, os 4º e 6º anos registam-nos junto da resposta “Concordo” (23/23,2% e 28/28,3% respectivamente), enquanto que no 8º ano é contemplada a resposta “Discordo”, com 25 (25,3%) dos participantes.

Tabela 29 – Análise Descritiva da Dimensão Controlo do Visionamento Televisivo por Ano de Escolaridade

Controlo do Visionamento Televisivo	Os meus pais limitam... Os programas que posso ver na TV			Os meus pais limitam... Os momentos em que posso ver TV			Os meus pais limitam... A quantidade de horas p/dia em que posso ver TV		
	4º	6º	8º	4º	6º	8º	4º	6º	8º
Concordo Totalmente	19 19,2%	12 12,1%	6 6%	23 23,2%	14 14,1%	12 12,1%	23 23,2%	28 28,3%	10 10,1%
Concordo	24 24,2%	23 23,2%	12 12%	29 29,3%	33 33,3%	29 29,3%	31 31,3%	32 32,3%	27 27,3%
Indeciso/a	18 18,2%	17 17,2%	7 7%	15 15,2%	14 14,1%	15 15,2%	17 17,2%	18 18,2%	13 13,1%
Discordo	24 24,2%	26 26,3%	37 37%	19 19,2%	17 17,2%	23 23,2%	20 20,2%	9 9,1%	25 25,3%
Discordo Totalmente	14 14,1%	21 21,2%	38 38%	13 13,1%	21 21,1%	20 20,2%	8 8,1%	12 12,1%	24 24,2%
Omissos	1	1	0	1	1	1	1	1	1

Analisando agora as mesmas dimensões segundo o Sexo, verifica-se que no item que se refere à limitação dos programas televisivos as respostas mais frequentes no sexo masculino pertencem à categoria “Discordo Totalmente”, com 43 (29,5%) dos participantes rapazes, enquanto que a maior frequência no sexo feminino, reúne 49 (32,2%) participantes raparigas, que respondem “Discordo”. Verificam-se algumas diferenças nos segundos valores mais elevados, pois os rapazes continuam a discordar

com a resposta “Discordo”, que reúne 38 (26%) dos participantes, enquanto que as 35 (23%) das raparigas passam a concordar.

Quanto ao controlo parental dos momentos em que é permitido ver televisão verifica-se que tanto o sexo masculino como o feminino regista os valores mais frequentes na resposta “Concordo”, com 37 (25,5%) e 54 (35,5%) respectivamente, sendo assim mais elevada a maioria nas raparigas. Quando se atenta nos segundos valores mais frequentes as diferenças surgem, pois enquanto que nas raparigas este valor pertence à categoria de resposta “Indeciso”, com 29 (19,2%) das participantes, nos rapazes é na resposta “Discordo Totalmente” que este valor se regista, com 34 (23,4%) dos participantes.

Na quantidade de horas diárias que os pais permitem ver televisão, os valores mais elevados verificam-se no mesmo tipo de resposta - “Concordo” – com 52 (34,2%) das participantes e 38 (26,2%) dos participantes. O valor mais elevado do sexo feminino confirma-se no sentido seguido pelo segundo valor mais frequente de resposta, ou seja, 30 (19,7%) das participantes responde com “Concordo Totalmente”, enquanto que os participantes registam esse valor, de 31 (21,4%), na resposta “Concordo Totalmente” e na resposta “Discordo”.

Tabela 30 – Análise Descritiva da Dimensão Controlo do Visionamento Televisivo por Sexo

Controlo do Visionamento Televisivo	Os meus pais limitam... Os programas que posso ver na TV		Os meus pais limitam... Os momentos em que posso ver TV		Os meus pais limitam... A quantidade de horas p/ dia em que posso ver TV	
	M	F	M	F	M	F
Concordo Totalmente	25 17,1%	12 7,9%	27 18,6%	22 14,5%	31 21,4%	30 19,7%
Concordo	24 16,4%	35 23%	37 25,5%	54 35,5%	38 26,2%	52 34,2%
Indeciso/a	16 11%	26 17,1%	15 10,3%	29 19,1%	24 16,6%	24 15,8%
Discordo	38 26%	49 32,2%	32 22,1%	27 17,8%	31 21,4%	23 15,1%
Discordo Totalmente	43 29,5%	30 19,7%	34 23,4%	20 13,2%	21 14,5%	23 15,1%
Omissos	2	0	3	0	3	0

2.4.1.5. Análise Descritiva do Questionário de Hábitos Televisivos

Nas respostas à questão que procura avaliar o prazer do visionamento verifica-se que uma franca maioria de 143 (48%) dos participantes crianças e adolescentes refere que gosta muito de ver televisão. Esta frequência é seguida por outra de 91 (30,5%) que regista os participantes que afirmam gostar muitíssimo de ver televisão. Assim sendo, restam 49 (16,4%) dos participantes que respondem à questão assinalando a resposta “Assim, assim” e 15 (5%) que referem gostar pouco, não havendo nenhuma criança e adolescente que afirme não gostar nada de ver televisão.

Tabela 31 – Análise Descritiva das Respostas à Questão Relativa ao Prazer do Visionamento

Prazer do Visionamento	Nada	Pouco	Assim, assim	Muito	Muitíssimo	Omissos
Gostas de ver televisão?	0 0%	15 5%	49 16,4%	143 48%	91 30,5%	2

A clara maioria que foi comentada na tabela anterior é confirmada agora quando se considera o Ano de Escolaridade, ou seja, nos três anos de escolaridade as frequências mais elevadas registam-se na resposta “Muito”, com 40 (40,4%), 51 (51,5%) e 52 (52%). Esta tendência de resposta positiva mantém-se quando se analisa a segunda resposta mais frequente, que ocorre na resposta “Muitíssimo”, com 32 (32,3%) para o 4º e 6º ano e 27 (27%) para o 8º. Como menos frequentes surgem as respostas “Assim, assim” e “Pouco”, obtendo a primeira frequências de 19 (19,2%), 15 (15,2%) e 15 (15%) e a segunda frequências de 8 (8,1%), 1 (1%) e 6 (6%).

Tabela 32 – Análise Descritiva das Respostas à Questão Relativa ao Prazer do Visionamento por Ano de Escolaridade

Prazer do Visionamento	Nada	Pouco	Assim, assim	Muito	Muitíssimo	Omissos
4º	0 0%	8 8,1%	19 19,2%	40 40,4%	32 32,3%	1
6º	0 0%	1 1%	15 15,2%	51 51,5%	32 32,3%	1
8º	0 0%	6 6%	15 15%	52 52%	27 27%	0

Estudando a questão segundo o Sexo, encontra-se logicamente os valores mais elevados na resposta “Muito”, tanto para o sexo masculino (70/47,9%) como para o feminino (73/48%), sendo superior neste último. Seguem-se os valores das resposta “Muitíssimo”, sendo aqui maior a superioridade do valor do sexo feminino, de 54 (35,5%), quando comparado com o do sexo masculino, de 37 (25,3%). Mais uma vez, seguem-se as frequências da resposta “Assim, assim” com 29 (19,9%) nos participantes rapazes e 20 (13,2%) nas participantes raparigas, e finalmente, as respostas “Pouco”, com 10 (6,8%) no sexo masculino e 5 (3,3%) no feminino.

Tabela 33 – Análise Descritiva das Respostas à Questão Relativa ao Prazer do Visionamento por Sexo

Prazer do Visionamento	Nada	Pouco	Assim, assim	Muito	Muitíssimo	Omissos
M Gostas de ver televisão?	0 0%	10 6,8%	29 19,9%	70 47,9%	37 25,3%	2
F	0 0%	5 3,3%	20 13,2%	73 48%	54 35,5%	0

Na tabela 34, relativa à disponibilidade de equipamentos audiovisuais, verifica-se que todos os participantes têm televisão em casa (299/100%), sendo que uma maioria de 103 (34,6%) tem três aparelhos, 77 (25,8%) tem dois e 58 (19,5%) tem quatro. Em relação a outros equipamentos, registam-se que grandes maiorias num dos sentidos da resposta, a saber: 260 (88,1%) tem televisão por cabo, 234 (86,3%) não têm antena parabólica, 212 (73,4%) tem vídeo em casa e 277 (95,2%) tem DVD em casa. Na questão referente à presença de televisão no quarto, as respostas são mais equilibradas, apesar de se identificar uma maioria de 185 (62,1%) que afirma a sua inexistência. Volta-se a registar uma grande maioria de respostas, de 227 (76,2%), na questão que considera a ausência de vídeo ou DVD no quarto da criança e adolescente.

Tabela 34 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas aos Equipamentos Audiovisuais Disponíveis: Televisão; TV Cabo; Parabólica; Vídeo; DVD; Televisão, Vídeo / DVD no Quarto da Criança ou Adolescente

Equipamentos Audiovisuais Disponíveis	Tens em casa?	TV tua casa tens...	Em tua casa tens... Parabólica	Em tua casa tens... Vídeo	Em tua casa tens... DVD	Tens televisão no teu quarto?	Tens vídeo/DVD no teu quarto?
Sim	299 100%	260 88,1%	37 13,7%	212 73,4%	277 95,2%	113 37,9%	71 23,8%
Não	0 0%	35 11,9%	234 86,3%	77 26,6%	14 4,8%	185 62,1%	227 76,2%
Omissos	1	5	29	11	9	2	2

Analisando as mesmas respostas mas segundo o Ano de Escolaridade, regista-se logicamente que a totalidade de participantes possui televisão em casa, sendo que a maioria dos participantes nos três anos de escolaridade tem três aparelhos de televisão (4º ano: 35/35,7%, 6º ano: 30/30% e 8º ano: 38/38%), 24 (24,5%) dos participantes do 4º ano têm quatro, 26 (26%) do 6º e 33 (33%) do 8º têm dois.

Nos três anos de escolaridade, a existência de televisão por cabo reúne a maioria dos participantes, registando-se no 4º ano o valor mais elevado: no 4º ano, 90 (92,8%), no 6º ano, 84 (84%) e no 8º ano, 86 (87,8%). Relativamente à presença de uma antena parabólica, a maioria não a possui, pertencendo a mais elevada ao 8º ano: 72 (83,7%) no 4º ano, 80 (87,9%) no 6º ano e 82 (87,2%) no 8º. Quando questionados acerca da presença do vídeo nas suas casas, a maior parte dos participantes admite a sua existência, embora os valores desçam inegavelmente em comparação com os do DVD: 65 (69,1%) no 4º ano, 72 (74,2%) no 6º e 75 (76,5%) no 8º. Este facto deve-se possivelmente à substituição destes aparelhos pelos de DVD, uma vez que as maiorias registadas nas respostas à questão relativa à presença de DVD em casa aumentam de forma considerável, sobretudo no 8º ano: 90 (94,7%) para o 4º ano, 91 (93,8%) para o 6º e 96 (97%) para o 8º.

A questão que se refere à existência de televisão no quarto da criança e adolescente obtém maiorias mais modestas na resposta negativa nos três anos de escolaridade. Importa agora assinalar que para além deste aspecto, é nos participantes do 8º ano que a maioria é mais expressiva, com 76 (76%) dos participantes a afirmar que não tem

televisão no quarto, enquanto que no 4º e 6º ano os valores não ultrapassem os 53 (53,5%) e os 56 (56,6%) respectivamente. Analogamente, as respostas à questão da presença de vídeo ou DVD no quarto seguem a mesma tendência, ou seja, a maior parte dos participantes não tem nenhum desses equipamentos no quarto, facto que revela maior expressividade nos participantes do 8º ano: 89 (89%), em comparação com os 65 (65,7%) do 4º ano e 73 (73,7%) do 6º.

Tabela 35 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas aos Equipamentos Audiovisuais Disponíveis: Televisão; TV Cabo; Parabólica; Vídeo; DVD; Televisão, Vídeo / DVD no Quarto da Criança ou Adolescente por Ano de Escolaridade

Equipamentos Audiovisuais Disponíveis	Tens em casa?	TV tua	Em tua casa tens... TvCabo	Em tua casa tens... Parabólica	Em tua casa tens... Vídeo	Em tua casa tens... DVD	Tens televisão no teu quarto?	Tens vídeo/ DVD no teu quarto?
4º	Sim	99 100%	90 92,8%	14 16,3%	65 69,1%	90 94,7%	46 46,5%	34 34,3%
	Não	0 0%	7 7,2%	72 83,7%	29 30,9%	5 5,3%	53 53,5%	65 65,7%
6º	Sim	100 100%	84 84%	11 12,1%	72 74,2%	91 93,8%	43 43,4%	26 26,3%
	Não	0 0%	16 16%	80 87,9%	25 25,8%	6 6,2%	56 56,6%	73 73,7%
8º	Sim	100 100%	86 87,8%	12 12,8%	75 76,5%	96 97%	24 24%	11 11%
	Não	0 0%	12 12,2%	82 87,2%	23 23,5%	3 3%	76 76%	89 89%
Omissos		1	5	29	11	9	2	2

A tabela 36 remete para as mesmas questões mas as respostas são agora analisadas segundo o Sexo. A totalidade dos participantes, tanto no sexo masculino como no feminino possui televisão, sendo que a maior parte dos participantes (57/38,8%) tem três aparelhos, seguidos de 31 (21,1%) com quatro, e a maioria das participantes (48/31,8%) tem dois aparelhos e 46 (30,5%) têm três. Mais uma vez, as maiorias masculina e feminina, de 127 (87,6%) e 133 (88,7%) respectivamente, possuem televisão por cabo. A ausência de antena parabólica ocorre nas duas maiorias, com 117 (88,6%) de rapazes e 117 (84,2%) de raparigas, havendo assim uma ligeira superioridade na amostra masculina. Em relação à existência de vídeo, as duas maiorias localizam-se na resposta positiva, com valores como 105 (73,9%) nos participantes e 107 (72,8%) nas participantes. Estes valores surgem mais acentuados na questão que se refere à presença de DVD, uma vez que 137 (95,8%) dos rapazes respondem

positivamente bem como 140 (94,6%) das raparigas. Assim sendo, as respostas da amostra feminina e da amostra masculina seguem o mesmo sentido, verificando-se ligeiras diferenças entre as duas.

Considera-se agora a presença de televisão e vídeo ou DVD no quarto. No primeiro caso mostra-se que as duas amostras registam maiorias na resposta negativa, 82 (55,8%) nos rapazes e 103 (68,2%) nas raparigas, verificando-se maior expressividade na amostra feminina. No segundo, as maiorias de resposta negativa são ainda mais evidentes, com 109 (74,1%) dos rapazes e 118 (78,1%) das raparigas.

Tabela 36 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas aos Equipamentos Audiovisuais Disponíveis: Televisão; TV Cabo; Parabólica; Vídeo; DVD; Televisão, Vídeo / DVD no Quarto da Criança ou Adolescente por Sexo

Equipamentos Audiovisuais Disponíveis	Tens TV em tua casa?	Em tua casa tens... TvCabo	Em tua casa tens... Parabólica	Em tua casa tens... Vídeo	Em tua casa tens... DVD	Tens televisão no teu quarto?	Tens vídeo/ DVD no teu quarto?	
M	Sim	147 100%	127 87,6%	15 11,4%	105 73,9%	137 95,8%	65 44,2%	38 25,9%
	Não	0 0%	18 12,4%	117 88,6%	37 26,1%	6 4,2%	82 55,8%	109 74,1%
F	Sim	152 100%	133 88,7%	22 15,8%	107 72,8%	140 94,6%	48 31,8%	33 21,9%
	Não	0 0%	17 11,3%	117 84,2%	40 27,2%	8 5,4%	103 68,2%	118 78,1%
Omissos		1	5	29	11	9	2	2

A tabela 37 apresenta os resultados para a quantidade de horas de visionamento televisivo em três diferentes situações. Se considerarmos o número de horas de visionamento televisivo por dia, encontra-se uma maioria de 129 (43,1%) dos participantes que admite gastar entre 1 e 2 horas nesta actividade. Este resultado é seguido por outro, de 77 (25,8%) de participantes que referem um período de tempo de menos de 1 hora por dia dispendido na mesma actividade, correspondendo os restantes participantes a períodos de tempo superiores.

Na situação que contempla os dias de aulas, a maioria de 157 (52,7%) crianças e adolescentes afirma gastar menos de 1 hora com o visionamento televisivo, havendo ainda um número considerável de 102 (34,2%) participantes que admitem dispensar entre 1 a 2 horas nessa tarefa.

Nos dias em que não há escola, a maior parte dos participantes (102/34%) vê entre 2 e 3 horas de televisão, seguidos de 98 (32,7%) que vêem entre 1 e 2 horas e 57 (19%) que chegam a passar entre 3 e 4 horas nessa actividade. Importa realçar que nesta situação só 18 (6%) participantes gastam menos de uma hora no visionamento televisivo.

Tabela 37 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas ao Número de Horas de Visionamento Televisivo em Diferentes Situações

Horas de Visionamento Televisivo em Diferentes Situações	Menos de 1 hora	Entre 1 e 2 horas	Entre 2 e 3 horas	Entre 3 e 4 horas	Mais de 4 horas	Omissos
Geralmente, quantas horas de TV costumam ver p/dia?	77 25,8%	129 43,1%	58 19,4%	21 7%	14 4,7%	1
Quantas horas de TV costumam ver nos dias de aulas?	157 52,7%	102 34,2%	29 9,7%	7 2,3%	3 1%	2
Quantas horas de TV costumam ver nos dias em que não há escola?	18 6%	98 32,7%	102 34%	57 19%	25 8,3%	0

Analisando agora as tais três situações, mas segundo o Ano de Escolaridade, verifica-se que, nos três anos de escolaridade, a maior parte dos participantes (4º ano: 46/46,5%, 6º ano: 38/38% e 8º ano: 45/45%) vê entre 1 e 2 horas de televisão por dia. Algumas diferenças surgem quando se procura o segundo valor mais frequente, que no 4º e 8º ano pertence à categoria de resposta “Menos de 1 hora” (25/25,3% e 29/29% respectivamente) e no 6º surge associado à resposta “Entre 2 e 3 horas” (26/26%), registando um valor próximo, de 23 (23%) na resposta “Menos de 1 hora”.

Na situação de visionamento televisivo nos dias de aulas, as três maiorias localizam-se na resposta “Menos de 1 hora”, com 54 (55,1%) no 4º ano, 43 (43%) no 6º ano e 60 (60%) no 8º ano, sendo portanto mais expressiva a maioria do 8º ano. As segundas respostas mais frequentes surgem na mesma categoria de resposta (“Entre 1 e 2 horas”) nos três anos de escolaridade, com 31 dos participantes no 4 e 8º ano (que corresponde a 31,6% no 4º ano e 31% no 8º ano) e 40 (40%) dos participantes no 6º ano.

Considerando agora os dias em que não há escola, os valores mais frequentes de resposta encontram-se na categoria “Entre 1 e 2 horas” para o 4º e 6º ano, com 31 (31%) e 36 (36%) respectivamente. No 8º ano a maior parte dos participantes (41/41%) refere que o seu visionamento televisivo, nos dias em que não há escola, envolve um período “Entre 2 e 3 horas”. As respostas que se seguem enquadram-se na categoria “Entre 2 e 3 horas” para o 4º e 6º ano, com 30 (30%) e 31 (31%) respectivamente, e na categoria “Entre 1 e 2 horas” para o 8º ano, com 31 (31%) dos participantes. Interessa ainda acrescentar que a terceira categoria mais frequente de resposta, “Entre 3 e 4 horas”, regista-se nos três anos de escolaridade (4º ano: 24/24%, 6º ano: 17/17% e 8ºano: 16/16%), ao contrário do que acontece nas outras duas situações.

Tabela 38 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas ao Número de Horas de Visionamento Televisivo em Diferentes Situações por Ano de Escolaridade

Horas de Visionamento Televisivo em Diferentes Situações	Geralmente, quantas horas de TV costumam ver p/dia?			Quantas horas de TV costumam ver nos dias de aulas?			Quantas horas de TV costumam ver nos dias em que não há escola?		
	4º	6º	8º	4º	6º	8º	4º	6º	8º
Menos de 1 hora	25 25,3%	23 23%	29 29%	54 55,1%	43 43%	60 60%	8 8%	2 2%	8 8%
Entre 1 e 2 horas	46 46,5%	38 38%	45 45%	31 31,6%	40 40%	31 31%	31 31%	36 36%	31 31%
Entre 2 e 3 horas	15 15,2%	26 26%	17 17%	10 10,2%	12 12%	7 7%	30 30%	31 31%	41 41%
Entre 3 e 4 horas	7 7,1%	6 6%	8 8%	3 3,1%	3 3%	1 1%	24 24%	17 17%	16 16%
Mais de 4 horas	6 6,1%	7 7%	1 1%	0 0%	2 2%	1 1%	7 7%	14 14%	4 4%
Omissos	1	0	0	2	0	0	0	0	0

Veja-se agora as três situações já descritas considerando a variável Sexo. Na primeira situação, que se refere à duração do visionamento televisivo diário, encontram-se as maiorias masculina e feminina na categoria de resposta “Entre 1 e 2 horas”, com uma certa superioridade na amostra masculina, de 70 (47,6%), contra 59 (38,8%) participantes na amostra feminina. As segundas respostas mais frequentes registam-se na categoria “Menos de 1 hora”, obtendo um valor mais elevado nas raparigas, de 42 (27,6%), contra um de 35 (23,8%) nos rapazes. Os valores registados na categoria “Entre 2 e 3 horas” não são de desconsiderar, pois esta reúne ainda 27 (18,4%) dos participantes e 31 (20,4%) das participantes.

Nos dias de aulas a maioria dos rapazes e das raparigas, de 83 (56,5%) e 74 (49%) respectivamente, afirma ver menos de uma hora de televisão. Depois destes números surgem os participantes que admitem gastar com o visionamento televisivo entre 1 e 2 horas, contabilizando-se 47 (32%) na amostra masculina e um valor mais elevado, de 55 (36,4%), na feminina.

Relativamente aos dias em que não há escola, os participantes masculinos e femininos registam maiorias muito semelhantes, embora em categorias de resposta diferentes. A amostra masculina reúne 54 (36,5%) de participantes que admitem ver entre 2 e 3 horas de televisão por dia, enquanto que a amostra feminina junta 54 (35,5%) de participantes que refere um visionamento televisivo que demora entre 1 e 2 horas. Quando à segunda categoria mais frequente, nos participantes masculinos corresponde ao período entre 1 e 2 horas com 44 (29,7%) da amostra, contra os 48 (31,6%) da amostra feminina que se regista na categoria “Entre 2 e 3 horas”. Importa ainda acrescentar que, nesta situação, a terceira categoria de resposta refere-se ao visionamento que dura entre 2 e 3 horas, com 26 (17,6%) de participantes masculinos e 31 (20,4%) femininos.

Tabela 39 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas ao Número de Horas de Visionamento Televisivo em Diferentes Situações por Sexo

Horas de Visionamento Televisivo em Diferentes Situações	Geralmente, quantas horas de TV costumam ver p/dia?		Quantas horas de TV costumam ver nos dias de aulas?		Quantas horas de TV costumam ver nos dias em que não há escola?	
	M	F	M	F	M	F
Menos de 1 hora	35 23,8%	42 27,6%	83 56,5%	74 49%	11 7,4%	7 4,6%
Entre 1 e 2 horas	70 47,6%	59 38,8%	47 32%	55 36,4%	44 29,7%	54 35,5%
Entre 2 e 3 horas	27 18,4%	31 20,4%	13 8,8%	16 10,6%	54 36,5%	48 31,6%
Entre 3 e 4 horas	10 6,8%	11 7,2%	2 1,4%	5 3,3%	26 17,6%	31 20,4%
Mais de 4 horas	5 3,4%	9 5,9%	2 1,4%	1 0,7%	13 8,8%	12 7,9%
Omissos	1	0	1	1	0	0

A tabela 40 demonstra que 144 (48,8%) dos participantes vê muitas vezes televisão sozinho(a), seguidos de 119 (40,3%) que o mesmo acontece apenas algumas vezes. 187 (64,3%) dos participantes, a grande maioria, refere ver televisão, algumas vezes, na companhia dos pais, sendo que apenas 88 (30,2%) o fazem muitas vezes. Em relação à companhia dos irmãos, 114 (39,4%) dos participantes referem-na numa frequência assinalada na resposta “Muitas vezes” e com 80 (27,7%) que afirmam que esta companhia está presente algumas vezes. Com a companhia dos amigos podem contar, algumas vezes, 176 (60,5%) dos participantes, sendo menos elevado o número de participantes que nunca têm a companhia dos amigos para ver televisão (86/29,6%). Outras companhias não especificadas sucedem algumas vezes com 152 (52,4%) de participantes e nunca com 105 (36,2%).

O tipo mais frequente de respostas, reúne 182 (61,7%) dos participantes, que afirmam que os pais lhes fazem companhia, algumas vezes, quando vêem os seus programas preferidos. Os pais de 124 (41,5%) dos participantes ajudam-nos a compreender aquilo que vêem na televisão, mas apenas algumas vezes, havendo só 98 (32,8%) que o fazem muitas vezes.

Nas conversas sobre o conteúdo televisivo, 141 (47,3%) das crianças e adolescentes contam algumas vezes com os pais, e muitas vezes em 110 (36,9%) dos casos. As conversas com os irmãos acontecem algumas vezes com 97 (33,3%) dos participantes, seguidos de 87 (29,9%) onde as conversas ocorrem muitas vezes. A resposta “Nunca” reúne 85 (29,2%) dos participantes, embora este número inclua os que não têm irmãos e os que os tendo não conversam sobre o que viram na televisão com eles. As conversas com os amigos são referidas por 135 (45,3%) dos participantes, que classificam a sua frequência com a resposta “Algumas vezes”, surgindo de seguida 109 (36,6%) respostas relativas a uma frequência de “Muitas vezes”. Quanto às conversas com os professores, 151 (50,8%) das crianças e adolescentes referem que nunca ocorrem, enquanto que um número relativamente próximo de 134 (45,1%) afirma que estas acontecem algumas vezes. Com as outras pessoas, 141 (47,5%) conversam algumas vezes sobre o que vêem na televisão e 119 (40,1%) nunca o fazem.

Relativamente à possibilidade dos pais permitirem um visionamento televisivo sem limites temporais, a maioria de 138 (46,2%) participantes refere que, algumas vezes, os

pais permitem que isso aconteça, seguidos de 80 (26,8%) com quem isso nunca acontece e depois de 57 (19,1%) com quem isso acontece muitas vezes. Quanto à proibição parental de visionamento de certos programas televisivos, a maior parte responde que isso nunca lhes sucede (138/46,3%), seguidos de 95 (31,9%) onde a proibição ocorre algumas vezes, havendo apenas 35 (11,7%) casos onde a proibição é consistente e 30 (10,1%) onde é muito frequente.

Tabela 40 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas ao Visionamento Televisivo: Companhia, Compreensão, Conversação, Restrição e Proibição

Questões do Visionamento Televisivo	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Omissos
Com quem costumam ver TV?					
Sozinho	20 (6,8%)	119 (40,3%)	144 (48,8%)	12 (4,1%)	5
Pais	4 (1,4%)	187 (64,3%)	88 (30,2%)	12 (4,1%)	9
Irmãos	65 (22,5%)	80 (27,7%)	114 (39,4%)	30 (10,4%)	11
Amigos	86 (29,6%)	176 (60,5%)	24 (8,2%)	5 (1,7%)	9
Outras	105 (36,2%)	152 (52,4%)	33 (11,4%)	0 (0%)	10
Quando vês os teus programas preferidos, os teus pais fazem-te companhia?	55 18,6%	182 61,7%	47 15,9%	11 3,7%	5
Os teus pais ajudam-te a compreender aquilo que vês na TV?	28 9,4%	124 41,5%	98 32,8%	49 16,4%	1
Costumas conversar sobre aquilo que vês na TV?					
Pais	20 (6,7%)	141 (47,3%)	110 (36,9%)	27 (9,1%)	2
Irmãos	85 (29,2%)	97 (33,3%)	87 (29,9%)	22 (7,6%)	9
Amigos	29 (9,7%)	135 (45,3%)	109 (36,6%)	25 (8,4%)	2
Professores	151 (50,8%)	134 (45,1%)	9 (3%)	3 (1%)	3
Outras	119 (40,1%)	141 (47,5%)	29 (9,8%)	8 (2,7%)	3
Os teus pais deixam-te ver TV durante o tempo que queres?	80 26,8%	138 46,2%	57 19,1%	24 8%	1
Os teus pais proibem-te de ver certos programas televisivos?	138 46,3%	95 31,9%	30 10,1%	35 11,7%	2

A tabela 41 apresenta os mesmos resultados, distribuindo-os segundo o Ano de Escolaridade. Verifica-se que 62 (62%) dos participantes do 8º ano vêem muitas vezes televisão sozinhos, seguidos de 51 (51,5%) do 6º ano que o fazem na mesma condição. O valor de frequência que se segue encontra-se na categoria de resposta “Algumas vezes” e reúne 45 (46,9%) participantes do 4º ano. Na mesma categoria registam-se 41

(41,4%) do 6º ano e 33 (33%) do 8º. Só depois se verifica a frequência de 31 (32,3%) participantes do 4º ano que vêem muitas vezes televisão sozinhos.

Quando é a companhia dos pais que está em questão, os valores mais elevados nos três anos localizam-se na categoria de resposta “Algumas vezes”, com 55 (59,1%) no 4º ano, 63 (63%) no 6º e 69 (70,4%) no 8º. Seguem-se depois, na categoria de resposta “Muitas vezes”, frequências menos expressivas, de 33 (35,5%) no 4º ano, 27 (27%) no 6º e 28 (28,6%) no 8º. Relativamente à companhia dos irmãos, as respostas mais frequentes nos três anos registam-se na categoria de resposta “Muitas vezes”, com valores de 36 (38,7%) no 4º ano, 33 (33%) no 6º e 45 (46,9%) no 8º. Os segundos valores mais frequentes, já não se encontram na mesma categoria: o do 4º ano, de 22 (23,7%), na categoria “Algumas vezes”; o do 6º ano, de 31 (31%), na categoria “Nunca”; e o do 8º, de 30 (31,3%), na categoria “Algumas vezes”.

Em relação à companhia dos amigos, a maioria dos participantes nos três anos de escolaridade referem que ela só acontece algumas vezes: no 4º ano, 52 (55,9%), no 6º, 61 (61%) e, no 8º, 63 (64,3%). Os três valores de frequência seguintes indicam que os participantes nunca contam com a companhia dos amigos quando vêem televisão: no 4º ano, 25 (26,9%), no 6º, 30 (30%), e no 8º, 31 (31,6%).

Quando se questiona acerca da companhia de outras pessoas, as respostas mais frequentes surgem na categoria de resposta “Algumas vezes”, com 51 (56%) do 4º ano, 46 (46%) do 6º e 55 (55,6%) do 8º. Também desta vez, as respostas que se seguem declaram que os participantes nunca vêem televisão na companhia de outras pessoas: 25 (27,5%) no 4º ano, 44 (44%) no 6º e 36 (36,4%) no 8º.

A maioria dos participantes, quando questionada acerca da companhia dos pais na altura em que vê os seus programas preferidos, refere que essa companhia acontece algumas vezes: 60 (61,9%) no 4º ano, 66 (67,3%) no 6º e 56 (56%) no 8º. Relativamente à ajuda dos pais na compreensão do conteúdo televisivo, a maioria dos participantes considera que esta ocorre apenas algumas vezes (38/38% no 4º ano, 40/40,4% no 6º e 46/46% no 8º). Os segundos valores, não deixam de ser expressivos, surgindo os três na categoria “Muitas vezes”: 33 (33%) no 4º ano, 34 (34,3%) no 6º e 31 (31%) no 8º.

Considerando agora as conversas acerca do conteúdo televisivo, verifica-se que na maior parte das vezes estas ocorrem algumas vezes com os pais, com 42 (42,9%) no 4º ano, 45 (45%) no 6º e 54 (54%) no 8º. Seguem-se ainda, na categoria de resposta “Muitas vezes”, valores que não se podem desprezar: 34 (34,7%) no 4º ano, 41 (41%) no 6º e 35 (35%) no 8º.

As conversas com os irmãos registam outros valores: na categoria “Algumas vezes” reúnem-se os valores mais elevados no 4º e 8º ano, com 32 (34,8%) e 38 (38,4%) respectivamente, enquanto que, no 6º, 37 (37%) das respostas encontram-se na categoria “Nunca”.

No que diz respeito às conversas com os amigos, as respostas mais frequentes têm lugar em duas categorias de resposta. Os valores mais elevados do 4º e 6º ano estão associados à categoria “Algumas vezes”: 46 (46,9%) e 50 (50%) respectivamente, enquanto que no 8º ano, o valor mais elevado, de 50 (50%), indica que a companhia dos amigos acontece muitas vezes. Os valores que se seguem invertem de alguma forma esta situação, ou seja, no 4º e 6º ano localizam-se na categoria “Muitas vezes”, com 30 (30,6%) e 29 (29%) respectivamente, e no 8º ano, encontram-se na categoria “Algumas vezes”, com 39 (39%) respostas.

Quanto às conversas sobre conteúdo televisivo com professores, os resultados mais frequentes indicam que estas nunca ocorrem no 4º e 6º ano: 49 (50,5%) e 60 (60%) respectivamente. No 8º ano, as respostas mais frequentes admitem que estas conversas têm lugar algumas vezes, com 56 (56%) respostas. Os valores seguintes encontram-se, no 4º e 6º ano na categoria de resposta “Algumas vezes”, com 40 (41,2%) no 4º e 38 (38%) no 6º, enquanto que o do 8º surge na categoria “Nunca”, com 42 (42%) respostas.

As conversas com outras pessoas registam os seus valores de frequência mais elevados na categoria “Algumas vezes”, se estivermos a referir o 4º e 8º ano, com 49 (50,5%) e 46 (46%) respectivamente, e nas categorias “Nunca” e “Algumas vezes”, com 46 (46%) das respostas.

Em relação à falta de restrição do tempo de visionamento televisivo por parte dos pais, a maior parte das respostas dão conta que esta ocorre algumas vezes: 49 (49,5%)

no 4º ano, 48 (48%) no 6º e 41 (41%) no 8º. Os valores que se seguem, reúnem-se na categoria “Nunca”, com 27 (27,3%) no 4º ano, 26 (26%) no 6º e 27 (27%) no 8º.

Questionados acerca da proibição parental de visionamento de certos programas televisivos, a maioria dos participantes do 6º e do 8º ano refere que essa proibição nunca acontece (43/43% e 69/69% respectivamente), enquanto que no 4º ano, o valor mais elevado (42/42,9%) indicava uma proibição que acontecia algumas vezes. Os resultados seguintes do 6º e 8º ano, registavam-se na categoria “Algumas vezes”: 29 (29%) e 24 (24%) respectivamente. No 4º ano, encontram-se 26 (26,5%) respostas na categoria de resposta “Nunca”.

Tabela 41 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas ao Visionamento Televisivo: Companhia, Compreensão, Conversação, Restrição e Proibição por Ano de Escolaridade

Questões do Visionamento Televisivo	Nunca			Algumas vezes			Muitas vezes			Sempre			Omissos		
	4º	6º	8º	4º	6º	8º	4º	6º	8º	4º	6º	8º	4º	6º	8º
Com quem costumam ver TV?															
Sozinho	13 13,5%	5 5,1%	2 2%	45 46,9%	41 41,4%	33 33%	31 32,3%	51 51,5%	62 62%	7 7,3%	2 2%	3 3%	4 4%	1 1%	0 0%
Pais	2 2,2%	2 2%	0 0%	55 59,1%	63 63%	69 70,4%	33 35,5%	27 27%	28 28,6%	3 3,2%	8 8%	1 1%	7 7%	0 0%	2 2%
Irmãos	20 21,5%	31 31%	14 14,6%	22 23,7%	28 28%	30 31,3%	36 38,7%	33 33%	45 46,9%	15 16,1%	8 8%	7 7,3%	7 7%	0 0%	4 4%
Amigos	25 26,9%	30 30%	31 31,6%	52 55,9%	61 61%	63 64,3%	13 14%	7 7%	4 4,1%	3 3,2%	2 2%	0 0%	7 7%	0 0%	2 2%
Outras	25 27,5%	44 44%	36 36,4%	51 56%	46 46%	55 55,6%	15 16,5%	10 10%	8 8,1%	0 0%	0 0%	0 0%	9 9%	0 0%	1 1%
Quando vês os teus programas preferidos, os teus pais fazem-te companhia?	11 11,3%	16 16,3%	28 28%	60 61,9%	66 67,3%	56 56%	22 22,7%	12 12,2%	13 13%	4 4,1%	4 4,1%	3 3%	3 3%	2 2%	0 0%
Os teus pais ajudam-te a compreender aquilo que vês na TV?	6 6%	8 8,1%	14 14%	38 38%	40 40,4%	46 46%	33 33%	34 34,3%	31 31%	23 23%	17 17,2%	9 9%	0 0%	1 1%	0 0%
Costumas conversar sobre aquilo que vês na TV?															
Pais	8 8,2%	5 5%	7 7%	42 42,9%	45 45%	54 54%	34 34,7%	41 41%	35 35%	14 14,3%	9 9%	4 4%	2 2%	0 0%	0 0%
Irmãos	27 29,3%	37 37%	21 21,2%	32 34,8%	27 27%	38 38,4%	25 27,2%	29 29%	33 33,3%	8 8,7%	7 7%	7 7,1%	8 8%	0 0%	1 1%
Amigos	13 13,3%	12 12%	4 4%	46 46,9%	50 50%	39 39%	30 30,6%	29 29%	50 50%	9 9,2%	9 9%	7 7%	2 2%	0 0%	0 0%
Professores	49 50,5%	60 60%	42 42%	40 41,2%	38 38%	56 56%	6 6,2%	1 1%	2 2%	2 2,1%	1 1%	0 0%	3 3%	0 0%	0 0%
Outras	32 33%	46 46%	41 41%	49 50,5%	46 46%	46 46%	10 10,3%	6 6%	13 13%	6 6,2%	2 2%	0 0%	3 3%	0 0%	0 0%

(Continuação) Tabela 41 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas ao Visionamento Televisivo: Companhia, Compreensão, Conversação, Restrição e Proibição por Ano de Escolaridade

Questões do Visionamento Televisivo	Nunca			Algumas vezes			Muitas vezes			Sempre			Omissos		
	4º	6º	8º	4º	6º	8º	4º	6º	8º	4º	6º	8º	4º	6º	8º
Os teus pais deixam-te ver TV durante o tempo que queres?	27 27,3%	26 26%	27 27%	49 49,5%	48 48%	41 41%	19 19,2%	15 15%	23 23%	4 4%	11 11%	9 9%	1	0	0
Os teus pais proibem-te de ver certos programas televisivos?	26 26,5%	43 43%	69 69%	42 42,9%	29 29%	24 24%	9 9,2%	17 17%	4 4%	21 21,4%	11 11%	3 3%	2	0	0

A tabela 42, apresenta agora os resultados segundo a variável Sexo. Dos participantes que costumam ver muitas vezes televisão sozinhos, 71 (48,6%) são rapazes e 73 (49%). Seguidamente, as respostas reúnem-se na categoria de resposta “Algumas vezes”, sendo que as dos rapazes descem para 55 (37,7%) enquanto que as das raparigas descem menos, para 64 (43%).

Se considerarmos a companhia dos pais no visionamento televisivo, verificamos que as respostas mais frequentes demonstram que esse tipo de companhia ocorre algumas vezes, para 99 (68,8%) dos participantes e 88 (59,9%) das participantes. A frequência da presença dos pais aumenta só para 39 (27,1%) dos rapazes e 49 (33,3%) das raparigas.

A companhia dos irmãos regista-se como frequente, reunindo-se os resultados na categoria “Muitas vezes”, para 57 (40,1%) da amostra masculina e 57 (38,8%) da feminina. Os resultados que se seguem referem essa companhia como uma situação que ocorre “Algumas vezes”, com 41 (28,9%) dos participantes e 39 (26,5%) das participantes. Depois destes, numa frequência não desprezível, os valores indicam a ausência deste tipo de companhia, com 30 (21,1%) respostas de rapazes e 35 (23,8%) de raparigas.

Quanto à companhia dos amigos, os valores de 82 (56,6%) de respostas masculinas e 94 (64,4%) de femininas, correspondem a maiorias que referem que este tipo de companhia acontece algumas vezes. Seguem-se valores relativamente elevados na

categoria “Nunca”, que reúne 48 (33,1%) respostas do sexo masculino e, em número inferior, 38 (26%) do sexo feminino.

Relativamente à companhia da outras pessoas, os resultados comportam-se de modo semelhante, ou seja, as respostas mais frequentes indicam que esta companhia ocorre algumas vezes, para 75 (52,4%) dos participantes e 77 (52,4%) das participantes.

Com valores elevados mais expressivos, os resultados de 97 (67,4%) dos rapazes e o ligeiramente inferior 85 (56,3%) das raparigas, os participantes mostram que apenas algumas vezes usufruem da companhia dos pais enquanto vêm os seus programas. Só depois surgem, com valores bem mais baixos as respostas na categoria “Nunca”: 27 (18,8%) no sexo masculino e 28 (18,5%) no feminino. No que respeita à ajuda na compreensão dos conteúdos televisivos, maiorias mais modestas reúnem 66 (44,9%) de respostas masculinas e 58 (38,2%) femininas na categoria “Algumas vezes”. Esta ajuda ocorre “Muitas vezes” para 41 (27,9%) dos rapazes e 57 (37,5%) das raparigas.

As conversas sobre os conteúdos televisivos acontecem algumas vezes com os pais, para 68 (45,9%) dos participantes e 73 (48,7%) das participantes. Só depois, com valores não muito mais baixos, registam-se as respostas que afirmam que estas conversas surgem muitas vezes, para 55 (37,2%) dos rapazes e 55 (36,7%) das raparigas.

Quanto às conversas com os irmãos, as respostas distribuem-se quase por igual por três categorias de resposta: “Nunca”, “Algumas vezes” e “Muitas vezes”, mas as mais frequentes referem que estas conversas acontecem algumas vezes, para 49 (33,8%) dos rapazes e 48 (32,9%) das raparigas.

As conversas com os amigos ocorrem algumas vezes, com 65 (44,2%) dos participantes e 70 (46,4%) das participantes. De seguida, aparecem as respostas que assumem que estas conversas acontecem muitas vezes, para 49 (33,3%) dos rapazes e 60 (39,7%) das raparigas.

Com os professores, as conversas nunca ocorrem para 79 (53,7%) participantes da amostra masculina e 72 (48%) da feminina. Seguem-se valores ligeiramente mais inferiores, na categoria “Algumas vezes”, ou seja, para 60 (40,8%) dos rapazes e 74 (49,3%) as conversas com os professores acontecem algumas vezes.

Relativamente à companhia de outras pessoas, as respostas mais frequentes correspondem à situação em que esta companhia acontece algumas vezes: 72 (49%) dos participantes e 69 (46%) das participantes. De seguida surgem respostas com valores aproximados, de 61 (41,5%) dos rapazes e 58 (38,7%) das raparigas.

A falta de restrição dos pais em relação ao tempo de visionamento, é ocasional ou acontece algumas vezes, para 66 (44,9%) da amostra masculina e 72 (47,4%) da feminina. Para 35 (23,8%) dos participantes e 45 (29,6%) das participantes essa restrição nunca acontece. Depois destes valores, surgem outros, que não se podem ignorar e que afirmam que esta falta de restrição ocorre muitas vezes (33/22,4% no sexo masculino e, embora menos, 24/15,8%, no feminino).

Para 62 (42,2%) dos rapazes e, num valor superior para as raparigas (76/50,3%), os pais nunca proíbem o visionamento de certos programas televisivos. Mesmo assim, as proibições acontecem algumas vezes para 54 (36,7%) crianças e adolescentes do sexo masculino e para 41 (27,2%) do sexo feminino.

Tabela 42 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas ao Visionamento Televisivo: Companhia, Compreensão, Conversação, Restrição e Proibição por Sexo

Questões do Visionamento Televisivo	Nunca		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre		Omissos	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Com quem costumam ver TV?										
Sozinho	13 (8,9%)	7 (4,7%)	55 (37,7%)	64 (43%)	71 (48,6%)	73 (49%)	7 (4,8%)	5 (3,4%)	2	3
Pais	2 (1,4%)	2 (1,4%)	99 (68,8%)	88 (59,9%)	39 (27,1%)	49 (33,3%)	4 (2,8%)	8 (5,4%)	4	5
Irmãos	30 (21,1%)	35 (23,8%)	41 (28,9%)	39 (26,5%)	57 (40,1%)	57 (38,8%)	14 (9,9%)	16 (10,9%)	6	5
Amigos	48 (33,1%)	38 (26%)	82 (56,6%)	94 (64,4%)	12 (8,3%)	12 (8,2%)	3 (2,1%)	2 (1,4%)	3	6
Outras	52 (36,4%)	53 (36,1%)	75 (52,4%)	77 (52,4%)	16 (11,2%)	17 (11,6%)	0 (0%)	0 (0%)	5	5
Quando vês os teus programas preferidos, os teus pais fazem-te companhia?	27 (18,8%)	28 (18,5%)	97 (67,4%)	85 (56,3%)	13 (9%)	34 (22,5%)	7 (4,9%)	4 (2,6%)	4	1
Os teus pais ajudam-te a compreender aquilo que vês na TV?	16 (10,9%)	12 (7,9%)	66 (44,9%)	58 (38,2%)	41 (27,9%)	57 (37,5%)	24 (16,3%)	25 (16,4%)	1	0

Questões do Visionamento Televisivo	Nunca		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre		Omissos	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Costumas conversar sobre aquilo que vês na TV?										
Pais	10 (6,8%)	10 (6,7%)	68 (45,9%)	73 (48,7%)	55 (37,2%)	55 (36,7%)	15 (10,1%)	12 (8%)	0	2
Irmãos	41 (28,3%)	44 (30,1%)	49 (33,8%)	48 (32,9%)	46 (31,7%)	41 (28,1%)	9 (6,2%)	13 (8,9%)	3	6
Amigos	19 (12,9%)	10 (6,6%)	65 (44,2%)	70 (46,4%)	49 (33,3%)	60 (39,7%)	14 (9,5%)	11 (7,3%)	1	1
Professores	79 (53,7%)	72 (48%)	60 (40,8%)	74 (49,3%)	5 (3,4%)	4 (2,7%)	3 (2%)	0 (0%)	1	2
Outras	61 (41,5%)	58 (38,7%)	72 (49%)	69 (46%)	8 (5,4%)	21 (14%)	6 (4,1%)	2 (1,3%)	1	2
Os teus pais deixam-te ver TV durante o tempo que queres?	35 (23,8%)	45 (29,6%)	66 (44,9%)	72 (47,4%)	33 (22,4%)	24 (15,8%)	13 (8,8%)	11 (7,2%)	1	0
Os teus pais proibem-te de ver certos programas televisivos?	62 (42,2%)	76 (50,3%)	54 (36,7%)	41 (27,2%)	15 (10,2%)	15 (9,9%)	16 (10,9%)	19 (12,6%)	1	1

Em relação à Dimensão Prazer do Visionamento, a tabela 43 mostra que 119 (39,7%) dos participantes não gostam nem desgostam dos anúncios publicitários a alimentos e bebidas. Seguem-se 71 (23,7%) que gostam pouco e 60 (20%) que admitem gostarem dos anúncios. Apenas 32 (10,7%) não gostam nada e 18 (6%) referem gostar muito desse tipo de anúncios.

Tabela 43 – Análise Descritiva das Respostas à Questão Relativa à Dimensão Prazer do Visionamento

Prazer do Visionamento	Não Gosto Nada	Gosto Pouco	Nem Gosto nem Desgosto	Gosto	Gosto Muito	Omissos
Gostas dos anúncios publicitários a alimentos e bebidas?	32 (10,7%)	71 (23,7%)	119 (39,7%)	60 (20%)	18 (6%)	0

Analisando agora a mesma dimensão segundo o Ano de Escolaridade, verifica-se que a resposta “Nem Gosto nem Desgosto” reúne o maior número de respostas nos três anos de escolaridade: 28 (28%) no 4º ano, 41 (41%) no 6º e 50 (50%) no 8º. A segunda resposta mais frequente, para os três anos de escolaridade, está associada à categoria “Gosto Pouco”, com 27 (27%) do 4º ano, 26 (26%) do 6º e 18 (18%) do 8º. O mesmo acontece com a terceira resposta mais frequente, que não diferindo muito da segunda, reúne 23 (23%) no 4º ano, 21 (21%) no 6º e 16 (16%) no 8º, que referem gostar de

anúncios publicitários a alimentos e bebidas. Quanto à categoria de resposta “Não Gosto Nada”, regista-se uma frequência mais elevada no 4º ano, de 17 (17%), que não sendo elevada distancia-se das outras duas na mesma condição.

Tabela 44 – Análise Descritiva das Respostas à Questão Relativa à Dimensão Prazer do Visionamento por Ano de Escolaridade

Prazer do Visionamento		Não Gosto Nada	Gosto Pouco	Nem Gosto nem Desgosto	Gosto	Gosto Muito	Omissos
Gostas dos anúncios publicitários a alimentos e bebidas?	4º	17 (17%)	27 (27%)	28 (28%)	23 (23%)	5 (5%)	0
	6º	7 (7%)	26 (26%)	41 (41%)	21 (21%)	5 (5%)	0
	8º	8 (8%)	18 (18%)	50 (50%)	16 (16%)	8 (8%)	0

Quando a mesma questão é estudada através da variável Sexo, verifica-se que as duas maiorias são muito próximas e reúnem 59 (39,9%) dos participantes e 60 (39,5%) das participantes. As segundas respostas mais frequentes, na amostra masculina divide-se em 35 (23,6%) que referem gostar e o mesmo número de participantes a afirmar que gosta pouco dos tais anúncios publicitários, enquanto que na amostra feminina o número se define na resposta “Gosto Pouco”, com 36 (23,7%) dos participantes.

Tabela 45 – Análise Descritiva das Respostas à Questão Relativa à Dimensão Prazer do Visionamento por Sexo

Prazer do Visionamento		Não Gosto Nada	Gosto Pouco	Nem Gosto nem Desgosto	Gosto	Gosto Muito	Omissos
Gostas dos anúncios publicitários a alimentos e bebidas?	M	7 (4,7%)	35 (23,6%)	59 (39,9%)	35 (23,6%)	12 (8,1%)	0
	F	25 (16,4%)	36 (23,7%)	60 (39,5%)	25 (16,4%)	6 (3,9%)	0

Na Dimensão Prazer no Consumo Alimentar, a tabela que se segue mostra que a franca maioria dos participantes (208/69,6%) afirma já ter provado os alimentos ou bebidas que surgem nos anúncios. Tendo como condição inicial não ter provado, 139 (77,2%) dos participantes nega que lhe apeteça experimentar algum desses alimentos e bebidas que aparecem nos anúncios publicitários.

Tabela 46 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas à Dimensão Prazer no Consumo Alimentar

Prazer no Consumo Alimentar	Já provaste os alimentos ou bebidas que aparecem nesses anúncios		Se não, apetece-te experimentar algum deles?	
	Sim	Não	Sim	Não
	208 69,6%	91 30,4%	41 22,8%	139 77,2%

Admitindo a variável Ano de Escolaridade, as respostas mais frequentes nos três anos - 62 (62%) no 4º ano, 65 (65,7%) no 6º e 81 (81%) no 8º - mostram que a maioria dos participantes já provou os alimentos ou bebidas anunciados, sendo mais expressiva a maioria do 8º ano. Partindo da situação de não provado esses alimentos e bebidas, os participantes dos três anos de escolaridade negam o apetite para o fazer, com 52 (71,2%) do 4º ano, 47 (78,3%) do 6º e 40 (85,1%). Considerando apenas as respostas positivas, verifica-se que a maioria das respostas pertence aos participantes do 4º ano, com 21 (28,8%).

Tabela 47 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas à Dimensão Prazer no Consumo Alimentar por Ano de Escolaridade

Prazer no Consumo Alimentar	Já provaste os alimentos ou bebidas que aparecem nesses anúncios		Se não, apetece-te experimentar algum deles?	
	Sim	Não	Sim	Não
4º	62 (62%)	38 (38%)	21 (28,8%)	52 (71,2%)
6º	65 (65,7%)	34 (34,3%)	13 (21,7%)	47 (78,3%)
8º	81 (81%)	19 (19%)	7 (14,9%)	40 (85,1%)

As mesmas questões, analisadas segundo a variável Sexo, são apresentadas na tabela 48, onde 110 (74,8%) dos participantes masculinos e 98 (64,5%) das femininas admitem ter provado os alimentos ou bebidas que surgem nos anúncios publicitários, registando-se assim uma relativa superioridade na frequência desta resposta junto da amostra masculina. Não tendo os participantes provado, questiona-se sobre o apetite para o fazer, a que respondem negativamente 69 (71,9%) dos rapazes e 70 (83,3%) das raparigas, liderando assim a amostra feminina neste sentido de resposta.

Tabela 48 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas à Dimensão Prazer no Consumo Alimentar por Sexo

Prazer no Consumo Alimentar	Já provaste os alimentos ou bebidas que aparecem nesses anúncios		Se não, apetece-te experimentar algum deles?	
	Sim	Não	Sim	Não
M	110 (74,8%)	37 (25,2%)	27 (28,1%)	69 (71,9%)
F	98 (64,5%)	54 (35,5%)	14 (16,7%)	70 (83,3%)

Considerando-se de seguida a frequência com que os participantes consomem os alimentos ou bebidas anunciadas, encontra-se uma maioria das respostas na categoria “Às vezes”, com 129 (43%), seguida de perto por 110 (36,7%) participantes que apenas admitem fazê-lo “Raras vezes”. A estes valores seguem-se os 30 (10%) que admitem um consumo frequente na categoria “Muitas vezes”, 25 (8,3%) que afirmam nunca fazê-lo e os restantes 6 (2%) que consomem todos os dias.

Tabela 49 – Análise Descritiva das Respostas a Questão Relativa à Dimensão Prazer no Consumo Alimentar

Prazer no Consumo Alimentar	Nunca	Raras vezes	Às vezes	Muitas vezes	Todos os dias	Omissos
Quantas vezes consumes os alimentos ou bebidas apresentadas nesses anúncios?	25 (8,3%)	110 (36,7%)	129 (43%)	30 (10%)	6 (2%)	0

A tabela 50, apresenta a mesma questão por Ano de Escolaridade, onde é possível identificar uma maioria de respostas “Raras vezes”, com 36 (36%) dos participantes do 4º ano a referir a pouca frequência de consumo dos alimentos e bebidas anunciadas. Muito próximo está o valor de frequência de respostas “Às vezes” para o mesmo ano de escolaridade, que soma 35 (35%) dos participantes. No 6º e 8º ano, a categoria de resposta mais frequente – “Às vezes” – reúne 46 (46%) e 48 (48%) respectivamente. Também nestes dois anos, a segunda resposta mais frequente remete para a categoria “Raras vezes”, com 39 (39%) no 6º ano e 35 (35%) no 8º.

Tabela 50 – Análise Descritiva das Respostas a Questão Relativa à Dimensão Prazer no Consumo Alimentar por Ano de Escolaridade

Prazer no Consumo Alimentar		Nunca	Raras vezes	Às vezes	Muitas vezes	Todos os dias	Omissos
Quantas vezes consomes os alimentos ou bebidas apresentadas nesses anúncios?	4º	16 (16%)	36 (36%)	35 (35%)	9 (9%)	4 (4%)	0
	6º	8 (8%)	39 (39%)	46 (46%)	5 (5%)	2 (2%)	0
	8º	1 (1%)	35 (35%)	48 (48%)	16 (16%)	0 (0%)	0

Comparando as amostras masculina e feminina, verifica-se que a resposta mais frequente nos rapazes remete para a categoria “Às vezes”, sendo 70 (47,3%) os participantes correspondentes e nas raparigas surge associada à categoria “Raras vezes”, com 62 (40,8%) das participantes. A estas respostas seguem-se, no sexo masculino, os 48 (32,4%) de participantes que “Raras vezes” consomem os alimentos ou bebidas anunciadas e, no sexo feminino, os 59 (38,8%) de participantes que consomem, às vezes, os tais alimentos ou bebidas.

Tabela 51 – Análise Descritiva das Respostas a Questão Relativa à Dimensão Prazer no Consumo Alimentar por Sexo

Prazer no Consumo Alimentar		Nunca	Raras vezes	Às vezes	Muitas vezes	Todos os dias	Omissos
Quantas vezes consomes os alimentos ou bebidas apresentadas nesses anúncios?	M	9 (6,1%)	48 (32,4%)	70 (47,3%)	18 (12,2%)	3 (2%)	0
	F	16 (10,5%)	62(40,8%)	59 (38,8%)	12 (7,9%)	3(2%)	0

Em relação ao realismo percebido nos anúncios publicitários, a tabela 52 revela uma prevalência de 157 (52,3%) de respostas onde os participantes manifestam indecisão. A este tipo de resposta seguem-se as que admitem a falsidade dos anúncios, com 59 (19,7%), e de perto as 54 (18%) respostas de participantes que admitem a veracidade dos anúncios publicitários.

Tabela 52 – Análise Descritiva das Respostas à Questão Relativa à Dimensão Realismo Percebido

Realismo Percebido	Muito Verdadeiro	Verdadeiro	Indeciso/a	Falso	Muito Falso	Omissos
O que os anúncios publicitários a alimentos e bebidas mostram é verdade.	8 (2,7%)	54 (18%)	157 (52,3%)	59 (19,7%)	22 (7,3%)	0

Considerando agora a distribuição das respostas segundo a variável Ano de Escolaridade, as respostas mais frequentes em cada ano revelam toda indecisão por parte dos participantes, com 50 (50%) no 4º ano, 56 (56%) no 6º e 51 (51%) no 8º, registrando-se uma frequência ligeiramente superior nas respostas do 6º ano. Quanto as respostas que se seguem, no 4º ano os participantes admitem a veracidade da afirmação, com 24 (24%) das respostas, enquanto que no 6º e 8º ano, pendem para a sua falsidade, com 19 (19%) e 24 (24%) das respostas respectivamente.

Tabela 53 – Análise Descritiva das Respostas à Questão Relativa à Dimensão Realismo Percebido por Ano de Escolaridade

Realismo Percebido	Muito Verdadeiro	Verdadeiro	Indeciso/a	Falso	Muito Falso	Omissos	
O que os anúncios publicitários a alimentos e bebidas mostram é verdade.	4º	3 (3%)	24 (24%)	50 (50%)	16 (16%)	7 (7%)	0
	6º	4 (4%)	13 (13%)	56 (56%)	19 (19%)	8 (8%)	0
	8º	1 (1%)	17 (17%)	51 (51%)	24 (24%)	7 (7%)	0

Tendo em conta o sexo dos participantes, os valores mais frequentes nas duas amostras mostram a indecisão da maioria dos participantes, sendo mais elevada a frequência na amostra feminina, com 84 (55,3%), seguida dos 73 (49,3%) relativos à amostra masculina. Quanto às segundas respostas mais frequentes, que admitem a falsidade da afirmação, 33 (22,2%) nos rapazes e 26 (17,1%) nas raparigas, verifica-se que estão próximas das terceiras, que consideram a sua veracidade, somando 30 (20,3%) no sexo masculino e 24 (15,8%) no feminino.

Tabela 54 – Análise Descritiva das Respostas à Questão Relativa à Dimensão Realismo Percebido por Sexo

Realismo Percebido		Muito Verdadeiro	Verdadeiro	Indeciso/a	Falso	Muito Falso	Omissos
O que os anúncios publicitários a alimentos e bebidas mostram é verdade.	M	3 (2%)	30 (20,3%)	73 (49,3%)	33 (22,3%)	9 (6,1%)	0
	F	5 (3,3%)	24 (15,8%)	84 (55,3%)	26 (17,1%)	13 (8,6%)	0

A identificação com as personagens dos anúncios publicitários é contabilizada na tabela 55, que mostra uma significativa maioria de respostas negativas, com 186 (81,2%) dos participantes a negar ter tentado imitar qualquer das tais personagens.

Tabela 55 – Análise Descritiva das Resposta a Questão Relativa à Dimensão Identificação com as Personagens dos Anúncios

Identificação com as Personagens dos Anúncios	Já alguma vez tentaste imitá-lo(a)?	
	Sim	Não
N=69	43 (18,8%)	186 (81,2%)

Veja-se agora como se distribuem as respostas pelos anos de escolaridade escolhidos. As respostas mais frequentes são, como seria de esperar, negativas nos três anos, encontrando-se o valor mais elevado no 8º ano (57 (90,5%)), seguido dos 71 (78,9%) do 4º e dos 58 (76,3%) do 6º ano.

Tabela 56 – Análise Descritiva das Resposta a Questão Relativa à Dimensão Identificação com as Personagens dos Anúncios por Ano de Escolaridade

Identificação com as Personagens dos Anúncios		Já alguma vez tentaste imitá-lo(a)?	
		Sim	Não
N=90	4º	19 (21,1%)	71 (78,9%)
N=76	6º	18 (23,7%)	58 (76,3%)
N=63	8º	6 (9,5%)	57 (90,5%)

Comparando as duas amostras da variável Sexo, encontram-se os valores mais elevados de frequência nas respostas negativas (sobretudo nos rapazes, com 95/85,6% e 91/77,1% nas raparigas), que manifestam fraca identificação dos participantes com as personagens dos anúncios.

Tabela 57 – Análise Descritiva das Resposta à Questão Relativa à Dimensão Identificação com as Personagens dos Anúncios por Sexo

Identificação com as Personagens dos Anúncios	Já alguma vez tentaste imitá-lo(a)?	
	Sim	Não
N=63 M	16 (14,4%)	95 (85,6%)
N=66 F	27 (22,9%)	91 (77,1%)

2.4.2. Estudo dos Instrumentos dos Pais ou Prestadores de Cuidados

2.4.2.1. Análise Psicométrica do Questionário de Rose, Bush & Kahle (Escala de Padrões de Comunicação Familiar e Escala de Atitude face à Publicidade)

Na tabela 58, os valores médios oscilam entre 2,30, no item 3 da Escala, e 4,08, junto do item 7 da mesma. O valor mais elevado de desvio padrão atinge os 1,29, que surge associado ao item 1, enquanto que o valor mais baixo, de 0,88, pertence ao item 7. Relativamente às correlações item-total corrigidas, verifica-se uma variação entre os valores 0,36 e 0,58, estando o primeiro associado ao item 4 e o segundo aos itens 1 e 2. A consistência interna dos itens mostra-se satisfatória, se considerarmos que o valor de alfa de *Cronbach* de 0,70 pode ser melhorado para 0,73, com a exclusão dos itens 3, 5 ou 6, para 0,74 com a eliminação do item 7, e ainda para 0,75, se não for considerado o item 4.

Tabela 58 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala de Padrões de Comunicação Familiar – Comunicação Orientada para o Conceito

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de <i>Cronbach</i> Corrigido
1	2,69	1,29	0,58	0,70
2	2,40	1,16	0,58	0,70
3	2,30	1,22	0,44	0,73
4	2,60	1,15	0,36	0,75
5	3,47	1,12	0,44	0,73
6	3,57	1,16	0,43	0,73
7	4,08	0,88	0,38	0,74
8	3,58	1,13	0,40	0,74

Quanto à dimensão Comunicação Sócio-Orientada, os valores médios variam entre 3,24 e 4,41, e pertencem aos itens 11 e 10 respectivamente. Os valores de desvio padrão oscilam entre 0,77 e 1,25, surgindo o primeiro associado ao item 10 e o segundo ao item 11. O valor mais elevado de correlação item-total de alfa de *Cronbach* atinge os 0,55, junto do item 13, enquanto que o mais baixo, de 0,22, pertence ao item 9. Os valores de alfa de Cronbach, não sendo demasiado baixos, comprometem a consistência interna da Escala, que não pode assim ser considerada aceitável. O valor de alfa de *Cronbach* 0,66 não altera esta situação e mantém-se com a eliminação do item 9.

Tabela 59 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala de Padrões de Comunicação Familiar – Comunicação Sócio-Orientada

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de Cronbach Corrigido
9	3,99	0,94	0,22	0,66
10	4,41	0,77	0,36	0,61
11	3,24	1,25	0,36	0,61
12	3,68	1,16	0,50	0,53
13	3,93	1,09	0,55	0,50

A tabela 60, apresenta um valor médio mais elevado, de 3,12, no item 15, estando os itens 14 e 16 associados ao valor mais baixo, de 1,82. Os valores de desvio padrão oscilam entre 0,20 e 0,37, correspondendo o primeiro ao item 14 e o segundo aos itens 15, 16 e 20. A consistência interna da escala é frágil, uma vez que os valores de alfa de *Cronbach* não ultrapassam os 0,58, o que se mantém com a eliminação dos itens 14 ou 19.

Tabela 60 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala de Atitude face à Publicidade – Atitude face à Publicidade

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de Cronbach Corrigido
14	1,82	0,77	0,20	0,58
15	3,12	1,14	0,37	0,53
16	1,82	1	0,37	0,53
17	2,77	1,04	0,31	0,55
18	1,99	1,05	0,31	0,55
19	1,77	0,82	0,24	0,58
20	1,77	0,83	0,37	0,54

A dimensão Atitude face à Publicidade Infantil, surge na tabela 61, com valores médios que variam entre os 1,67 e os 4,40, nos itens 22 e 27 respectivamente. O valor mais elevado de desvio padrão, de 1,19 pertence ao item 26, e o mais baixo, de 0,80 ao item 22. As correlações item-total corrigidas apresentadas surgem compreendidas entre os -0,08 e os 0,60, sendo a primeira negativa e relativa ao item 27 e a segunda pertencente ao item 24. O valor de alfa de *Cronbach* de 0,74 atesta uma consistência interna aceitável, mantendo-se assim com a exclusão do item 27.

Tabela 61 - Médias, Desvios Padrão e Consistência Interna dos Itens da Escala de Atitude face à Publicidade – Atitude face à Publicidade Infantil

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa de <i>Cronbach</i> Corrigido
21	1,97	0,97	0,49	0,61
22	1,67	0,80	0,52	0,61
23	1,76	0,86	0,48	0,62
24	1,95	0,94	0,60	0,58
25	3,02	1,05	0,35	0,65
26	2,83	1,19	0,40	0,64
27	4,40	0,81	-0,08	0,74

2.4.1.2. Análise Descritiva de Parte do Questionário de Rose, Bush & Kahle (Escala de Mediação Familiar do Visionamento Televisivo)

Quando questionados acerca do co-visionamento televisivo aos fins-de-semana, 131 (44,3%) dos pais referem uma ocorrência frequente, seguidos de 57 (19,3%) que afirmam que esta só ocorre raramente e, com pouca diferença, 53 (17,9%) que classificam a situação de verem televisão em conjunto com os filhos como muito frequente.

Relativamente aos Sábados, as respostas mais numerosas demonstram um co-visionamento frequente, com 107 (37,8%) dos participantes. De modo semelhante à questão anterior, segue-se uma frequência de 60 (21,2%) na resposta que admite a raridade da situação de co-visionamento aos Sábados, e posteriormente uma que reúne 50 (17,7%) pais, que referem essa situação como muito frequente.

Nos Domingos, 113 (39,8%) dos pais classificam o co-visionamento televisivo como frequente, e tal como nas duas questões anteriores, segue-se uma frequência de 51

(18%) respostas a dar conta da raridade da ocorrência e 49 (17,3%) a afirmar a sua grande frequência.

Considerando agora as conversas com os filhos acerca do conteúdo da publicidade televisiva, 128 (43,1%) pais consideram-nas frequentes, 55 (18,5%) mostram-se indecisos e 51 (17,2%) assumem que estas ocorrem raramente.

Tabela 62 – Análise Descritiva da Dimensão Co-visionamento (3 Itens) e da Dimensão Discussão acerca da Publicidade Televisiva (1 Item)

Co-visionamento e Discussão acerca da Publicidade Televisiva	Vejo TV com o meu filho/a minha filha aos... Fins-de-semana	Vejo TV com o meu filho / a minha filha aos... Sábados	Vejo TV com o meu filho/a minha filha aos... Domingos	Converso com o meu filho / a minha filha acerca do conteúdo da publicidade televisiva
Muito Raramente	28 (9,5%)	31 (11%)	25 (8,8%)	17 (5,7%)
Raramente	57(19,3%)	60 (21,2%)	51 (18%)	51 (17,2%)
Indeciso/a	27 (9,1%)	35 (12,4%)	46 (16,2%)	55 (18,5%)
Frequentemente	131 (44,3%)	107 (37,8%)	113 (39,8%)	128 (43,1%)
Muito Frequentemente	53 (17,9%)	50 (17,7%)	49 (17,3%)	46 (15,5%)
Omissos	4	17	16	3

Analisando agora segundo o Ano de Escolaridade, encontra-se as respostas mais frequentes na categoria de resposta “Frequentemente” para os três anos escolhidos, com valor mais elevado no 6º ano: no 4º ano, 44 (44,9%), no 6º, 50 (50,5%) e no 8º, 37 (37,4%). Importa ainda referir a segunda resposta mais frequente no 8º ano, que dá conta da raridade do co-visionamento, com 26 (26,3%) das respostas.

Nos Sábados, as respostas que se destacam pertencem também à categoria “Frequentemente”, registando-se também aqui um valor mais elevado no 6º ano, com 45 (46,9%), seguido de 34 (35,1%) no 8º ano e 28 (31,1%) no 4º. Também aqui a segunda resposta mais frequente no 8º ano não é de desprezar, pois 28 (28,9%) dos pais assumem a raridade da ocorrência do co-visionamento.

Relativamente aos Domingos, e como seria de esperar, as respostas mais frequentes localizam-se, para os três anos, na categoria de resposta “Frequentemente”, sendo maior a que se regista no 6º ano (42/43,8%), seguida dos 39 (40,2%) do 8º e dos 32 (35,2%) do 4º. Mais uma vez, volta a verificar-se uma frequência assinalável na categoria “Raramente”, com 22 (22,7%) das respostas.

Quanto às conversas entre pais e filhos acerca do conteúdo da publicidade televisiva, as respostas mais frequentes dos pais, nos três anos de escolaridade, mostram que aquelas ocorrem frequentemente: 44 (44,4%) no 4º ano, 48 (48%) no 6º e 36 (36,7%) no 8º. No que respeita às segundas mais frequentes, verifica-se que se reúnem na indecisão (25/25,3%) para o 4º ano, têm pouca expressão no 6º e somam 20 (20,4%) em duas categorias de resposta (“Raramente” e “Indeciso(a)”) no 8º.

Tabela 63 – Análise Descritiva da Dimensão Co-visionamento (3 Itens) e da Dimensão Discussão acerca da Publicidade Televisiva (1 Item) por Ano de Escolaridade

Co-visionamento e Discussão acerca da Publicidade Televisiva	Vejo TV com o meu filho/a minha filha aos... Fins-de-semana			Vejo TV com o meu filho / a minha filha aos... Sábados			Vejo TV com o meu filho/a minha filha aos... Domingos			Converso com o meu filho / a minha filha acerca do conteúdo da publicidade televisiva		
	4º	6º	8º	4º	6º	8º	4º	6º	8º	4º	6º	8º
Muito Raramente	4 (4,1%)	9 (9,1%)	15 (15,2%)	7 (7,8%)	10 (10,4%)	14 (14,4%)	6 (6,6%)	8 (8,3%)	11 (11,3%)	2 (2%)	9 (9%)	6 (6,1%)
Raramente	18 (18,4%)	13 (13,1%)	26 (26,3%)	18 (20%)	14 (14,6%)	28 (28,9%)	15 (16,5%)	14 (14,6%)	22 (22,7%)	14 (14,1%)	17 (17%)	20 (20,4%)
Indeciso/a	15 (15,3%)	9 (9,1%)	3 (3%)	18 (20%)	11 (11,5%)	6 (6,2%)	20 (22%)	14 (14,6%)	12 (12,4%)	25 (25,3%)	10 (10%)	20 (20,4%)
Frequentemente	44 (44,9%)	50 (50,5%)	37 (37,4%)	28 (31,1%)	45 (46,9%)	34 (35,1%)	32 (35,2%)	42 (43,8%)	39 (40,2%)	44 (44,4%)	48 (48%)	36 (36,7%)
Muito Frequentemente	17 (17,3%)	18 (18,2%)	18 (18,2%)	19 (21,1%)	16 (16,7%)	15 (15,5%)	18 (19,8%)	18 (18,8%)	13 (13,4%)	14 (14,1%)	16 (16%)	16 (16,3%)
Omissos	2	1	1	10	4	3	9	4	3	1	0	2

Segundo a variável Sexo, os resultados mostram valores elevados na categoria de resposta “Frequentemente” nos dois sexos, sendo maior o valor na amostra masculina: 69 (47,3%) nos rapazes e 62 (41,3%) nas raparigas. Seguem-se 25 (17,1%) nas categorias “Raramente” e “Muito Frequentemente” no sexo masculino e 32 (21,3%) na categoria “Raramente” e 28 (18,7%) na “muito Frequentemente” no sexo feminino.

Tendo-se analisado as respostas de co-visionamento dos fins-de-semana, estuda-se agora a situação nos Sábados. Neste caso, a maior parte das respostas dá conta novamente de co-visionamentos frequentes, com 56 (40,3%) de respostas relativas a filhos e 51 (35,4%) relativas a filhas. A estes resultados seguem-se 32 (23%) respostas que declaram co-visionamentos raros e são relativas à amostra masculina, e 30 (20,8%) de co-visionamentos muito frequentes, associados à amostra feminina, apesar dos próximos 28 (19,4%) na categoria “Raramente”.

Seguido para os Domingos, as respostas mais frequentes reúnem-se novamente na categoria que classifica os co-visionamentos como frequentes, com 59 (42,4%) respostas relativas a filhos e 54 (37,2%) respostas relativas a filhas. Seguem-se respostas de indecisão, de 28 (20,1%) referente à amostra masculina, e 30 (20,7%) que afirmam co-visionamentos muito frequentes com as raparigas, não esquecendo que na categoria “Raramente” somam 29 (19,1%) das respostas.

Considerando agora as conversas, também aqui se reúne o maior número de respostas na categoria “Frequentemente”, com um valor mais elevado, de 71 (49%) para a amostra masculina e 57 (37,5%) para a feminina. Segue-se para a primeira amostra, 30 (20,7%) na categoria “Indeciso(a)” e, para a segunda, 29 (19,1%) em duas categorias: “Raramente” e “Muito Frequentemente”.

Tabela 64 – Análise Descritiva da Dimensão Co-visionamento (3 Itens) e da Dimensão Discussão acerca da Publicidade Televisiva (1 Item) por Sexo

Co-visionamento e Discussão acerca da Publicidade Televisiva	Vejo TV com o meu filho/a minha filha aos... Fins-de-semana		Vejo TV com o meu filho / a minha filha aos... Sábados		Vejo TV com o meu filho/a minha filha aos... Domingos		Converso com o meu filho / a minha filha acerca do conteúdo da publicidade televisiva	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Muito Raramente	13 (8,9%)	15 (10%)	12 (8,6%)	19 (13,2%)	11 (7,9%)	14 (9,7%)	5 (3,4%)	12 (7,9%)
Raramente	25 (17,1%)	32 (21,3%)	32 (23%)	28 (19,4%)	22 (15,8%)	29 (20%)	22 (15,2%)	29 (19,1%)
Indeciso/a	14 (9,6%)	13 (8,7%)	19 (13,7%)	16 (11,1%)	28 (20,1%)	18 (12,4%)	30 (20,7%)	25 (16,4%)
Frequentemente	69 (47,3%)	62 (41,3%)	56 (40,3%)	51 (35,4%)	59 (42,4%)	54 (37,2%)	71 (49%)	57 (37,5%)
Muito Frequentemente	25 (17,1%)	28 (18,7%)	20 (14,4%)	30 (20,8%)	19 (13,7%)	30 (20,7%)	17 (11,7%)	29 (19,1%)
Omissos	2	2	9	8	9	7	3	0

Para a Dimensão Controlo do Visionamento Televisivo a tabela 65 apresenta uma maioria de respostas na categoria “Concordo” de 130 (43,6%), que corresponde ao mesmo número de pais ou prestadores de cuidados que afirmar restringir os programas que os filhos vêem na televisão. A este resultado segue-se um de 86 (28,9%) com uma concordância total, um de 36 (12,1%) de desacordo e um de 31 (10,4%) que revela indecisão na resposta.

Quanto à restrição dos momentos televisivos dos filhos, 128 (43%) dos pais afirmam fazê-lo, seguidos de 89 (29,9%) que asseguram fazê-lo de forma mais consistente. Só depois surgem 32 (10,7%) que admitem não restringir os momentos televisivos dos filhos e 29 (9,7%) que se mostram indecisos na resposta.

Relativamente à restrição da quantidade de horas diárias de visionamento televisivo, os resultados centram-se na categoria “Concordo”, com 115 (38,6%) de pais que afirmam fazer restrição. Seguidamente, com um valor considerável de 103 (34,6%) surgem as respostas associadas a uma restrição ainda maior. Só depois, e com valores bem menos expressivos aparecem as respostas de indecisão, com 32 (10,7%), e de discordância com 30 (10,1%).

Tabela 65 – Análise Descritiva da Dimensão Controlo do Visionamento Televisivo

Controlo do Visionamento Televisivo	Faço restrição em relação... Aos programas que o meu filho / a minha filha pode ver na TV	Faço restrição em relação... Aos momentos em que o meu filho / a minha filha pode ver TV	Faço restrição em relação... À quantidade de horas p/ dia em que o meu filho / a minha filha pode ver TV
Concordo Totalmente	86 (28,9%)	89 (29,9%)	103 (34,6%)
Concordo	130 (43,6%)	128 (43%)	115 (38,6%)
Indeciso/a	31 (10,4%)	29 (9,7%)	32 (10,7%)
Discordo	36 (12,1%)	32 (10,7%)	30 (10,1%)
Discordo Totalmente	15 (5%)	20 (6,7%)	18 (6%)
Omissos	2	2	2

Na tabela 66, que apresenta os mesmos resultados, mas agora segundo o Ano de Escolaridade, verifica-se que nos três anos as respostas mais frequentes correspondem à

concordância com a afirmação de restrição de programas, com 40 (40,4%) para o 4º ano, 55 (55%) para o 6º, onde o valor é mais elevado, e 35 (35,4%) para o 8º. Os resultados que se seguem afirmam maior concordância, também nos três anos de escolaridade, sendo 36 (36,4%) no 4º ano, 22 (22%) no 6º e 28 (28,3%) no 8º.

Em relação à restrição dos momentos televisivos, os resultados comportam-se de forma semelhante, com os valores mais elevados a corresponder à categoria de resposta “Concordo” (44/44,4% no 4º ano, 41/41% no 6º e 43/43,4% no 8º), e os seguintes à “Concordo Totalmente”, com 33 (33,3%) no 4º ano, 29 (29%) no 6º e 27 (27,3%) no 8º.

Considerando agora a restrição da quantidade de horas de visionamento televisivo, verificam-se diferenças com as respostas mais frequentes a corresponder, nos 4º e 6º anos, à categoria “Concordo Totalmente”, que refere mais restrição, com 40 (40,4%) e 39 (39%) respectivamente. No 8º ano a restrição mantém-se mas revela menos intensidade com a categoria “Concordo” em 43 (43,4%) das respostas. Quanto aos resultados que se seguem, estes surgem na categoria “Concordo” para o 4º e 6º ano, com 38 (38,4%) e 34 (34%) respectivamente, e na “Concordo Totalmente” para 24 (24,2%) dos pais de filhos a frequentar o 8º ano.

Tabela 66 – Análise Descritiva da Dimensão Controlo do Visionamento Televisivo por Ano de Escolaridade

Controlo do Visionamento Televisivo	Faço restrição em relação... Aos programas que o meu filho / a minha filha pode ver na TV			Faço restrição em relação... Aos momentos em que o meu filho / a minha filha pode ver TV			Faço restrição em relação... À quantidade de horas p/ dia em que o meu filho / a minha filha pode ver TV		
	4º	6º	8º	4º	6º	8º	4º	6º	8º
Concordo Totalmente	36 (36,4%)	22 (22%)	28 (28,3%)	33 (33,3%)	29 (29%)	27 (27,3%)	40 (40,4%)	39 (39%)	24 (24,2%)
Concordo	40 (40,4%)	55 (55%)	35 (35,4%)	44 (44,4%)	41 (41%)	43 (43,4%)	38 (38,4%)	34 (34%)	43 (43,4%)
Indeciso/a	9 (9,1%)	13 (13%)	9 (9,1%)	8 (8,1%)	14 (14%)	7 (7,1%)	8 (8,1%)	13 (13%)	11 (11,1%)
Discordo	9 (9,1%)	9 (9%)	18 (18,2%)	9 (9,1%)	13 (13%)	10 (10,1%)	8 (8,1%)	11 (11%)	11 (11,1%)
Discordo Totalmente	5 (5,1%)	1 (1%)	9 (9,1%)	5 (5,1%)	3 (3%)	12 (12,1%)	5 (5,1%)	3 (3%)	10 (10,1%)
Omissos	1	0	1	1	0	1	1	0	1

Veja-se, na tabela 67, como se distribuem as respostas segundo a variável Sexo. Na restrição dos programas televisivos, a maioria dos pais afirma fazê-la, com 62 (42,5%) de respostas relativas à amostra masculina e 68 (44,7%) relativas à feminina. Quanto às respostas que se seguem, estas surgem na mesma categoria de resposta, “Concordo Totalmente”, que vai no sentido de uma maior restrição, com 46 (31,5%) respostas relativas aos rapazes e, num valor ligeiramente inferior, 40 (26,3%) respostas relativas às raparigas.

Encontra-se alguma semelhança nos resultados encontrados para o item de restrição dos momentos televisivos. Também aqui as respostas mais frequentes reúnem-se na categoria “Concordo”, com 68 (46,6%) de respostas relativas ao sexo masculino e, um pouco menos relativas ao sexo feminino (60/39,5%). Os valores seguintes localizam-se na categoria que revela maior restrição – “Concordo Totalmente” – com 43 (29,5%) respostas de pais de rapazes e 46 (30,3%) de pais de raparigas.

Quanto à restrição em relação à quantidade de horas de visionamento, 56 (38,4%) dos pais dos rapazes assumem-na mais consistentemente do que os 53 (36,3%), cuja restrição é menos intensa. Nos pais da amostra feminina os resultados comportam-se de modo inverso, ou seja, a maioria dos pais admite a restrição de horas de visionamento (62/40,8%), mas em 47 (30,9%) dos pais a restrição surge como mais intensa.

Tabela 67 – Análise Descritiva da Dimensão Controlo do Visionamento Televisivo por Sexo

Controlo do Visionamento Televisivo	Faço restrição em relação... Aos programas que o meu filho / a minha filha pode ver na TV		Faço restrição em relação... Aos momentos em que o meu filho / a minha filha pode ver TV		Faço restrição em relação... À quantidade de horas p/ dia em que o meu filho / a minha filha pode ver TV	
	M	F	M	F	M	F
Concordo Totalmente	46 (31,5%)	40 (26,3%)	43 (29,5%)	46 (30,3%)	56 (38,4%)	47 (30,9%)
Concordo	62 (42,5%)	68 (44,7%)	68 (46,6%)	60 (39,5%)	53 (36,3%)	62 (40,8%)
Indeciso/a	14 (9,6%)	17 (11,2%)	11 (7,5%)	18 (11,8%)	15 (10,3%)	17 (11,2%)
Discordo	18 (12,3%)	18 (11,8%)	12 (8,2%)	20 (13,2%)	11 (7,5%)	19 (12,5%)
Discordo Totalmente	6 (4,1%)	9 (5,9%)	12 (8,2%)	8 (5,3%)	11 (7,5%)	7 (4,6%)
Omissos	2	0	2	0	2	0

2.4.1.3. Análise Descritiva do Questionário de Hábitos Televisivos

Inicia-se de seguida a análise dos resultados obtidos a partir do Questionário de Hábitos Televisivos aplicado aos pais ou prestadores de cuidados. Na tabela 68, verifica-se que o valor de frequência mais elevado, 165 (55,2%) corresponde às respostas dos pais que afirmam que os seus filhos gostam muito de ver televisão, seguido de um outro, bem menor, de 66 (22,1%), que classifica esse gosto com a categoria “Assim, assim”, seguidos de perto por 59 (19,7%), que consideram que os filhos gostam muitíssimo.

Tabela 68 – Análise Descritiva das Respostas à Questão Relativa ao Prazer do Visionamento

Prazer do Visionamento	Nada	Pouco	Assim, assim	Muito	Muitíssimo	Omissos
O seu filho / a sua filha gosta de ver TV?	0 0%	9 3%	66 22,1%	165 55,2%	59 19,7%	1

Segue-se a análise dos mesmos resultados segundo o Ano de Escolaridade. Encontram-se os valores mais elevados na categoria “Muito”, que reúne as respostas dos pais que consideram que os seus filhos gostam muito de ver televisão. A frequência mais elevada regista-se no 6º ano, com 61 (61%) das respostas, seguidas de 56 (56,6%) no 4º, e só depois pelas 48 (48%) do 8º. No 4º ano, seguem-se 22 (22,2%) respostas que revelam muitíssimo gosto por parte dos filhos em ver televisão, e depois as menos expressivas 19 (19,2%), que classificam esse gosto com a categoria “Assim, assim”. No 6º ano, as respostas que se seguem reúnem o mesmo valor, de 18 (18%) em duas categorias: “Assim, assim” e “Muitíssimo”. Quanto ao 8º ano, o valor de frequência que se segue, de 29 (29%), ocorre na categoria “Assim, assim”, só depois seguido por um valor menos expressivo: 19 (19%).

Tabela 69 – Análise Descritiva das Respostas à Questão Relativa ao Prazer do Visionamento por Ano de Escolaridade

Prazer do Visionamento	Nada	Pouco	Assim, assim	Muito	Muitíssimo	Omissos
4° O seu filho / a sua filha gosta de ver TV?	0 0%	2 (2%)	19 19,2%	56 (56,6%)	22 (22,2%)	1
6°	0 0%	3 (3%)	18 (18%)	61 (61%)	18 (18%)	0
8°	0 0%	4 (4%)	29 (29%)	48 (48%)	19 (19%)	0

Considerando agora a variável Sexo, verifica-se que os valores mais elevados nas duas amostras são muito próximos, 82 (55,8%) relativos à amostra masculina e 83 (54,6%) relativos à feminina, revelando ambos a percepção dos pais de que os filhos gostam muito de ver televisão. Os resultados que se seguem fazem-no em dois sentidos diferentes: enquanto que 40 (27,2%) pais de filhos classificam o seu gosto com a categoria “Assim, assim”, 39 (25,7%) pais de filhas consideram que elas gostam muitíssimo de ver televisão.

Tabela 70 – Análise Descritiva das Respostas à Questão Relativa ao Prazer do Visionamento por Sexo

Prazer do Visionamento	Nada	Pouco	Assim, assim	Muito	Muitíssimo	Omissos
M O seu filho / a sua filha gosta de ver TV?	0 0%	5 3,4%	40 27,2%	82 55,8%	20 13,6%	1
F	0 0%	4 2,6%	26 17,1%	83 54,6%	39 25,7%	0

Aborda-se agora a disponibilidade de equipamentos audiovisuais. Partindo do facto de todos possuírem televisão, verifica-se que 128 (43%) dos participantes têm quatro aparelhos, seguidos de 89 (29,9%) que afirmam a existência de cinco, isto considerando apenas as frequências mais expressivas. Em relação à presença de televisão por cabo, a grande maioria, de 271 (92,5%), responde afirmativamente, ao contrário da existência de antena parabólica, que reúne 215 (90%) das respostas na resposta negativa. Quanto ao vídeo e ao DVD, as maiorias encontram-se nas respostas afirmativas, sendo ainda mais expressiva a que se refere à existência de DVD em casa (281/97,2%, contra 199/73,4%).

Relativamente à presença de televisão e vídeo/DVD no quarto da criança e adolescente, verifica-se que a maioria dos filhos dos participantes não possuem esses aparelhos no quarto, 193 (64,3%), na questão da televisão, e uma maioria ainda mais elevada, na questão do vídeo/DVD, com 243 (81%) das respostas.

Tabela 71 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas aos Equipamentos Audiovisuais Disponíveis: Televisão; TV Cabo; Parabólica; Vídeo; DVD; Televisão, Vídeo / DVD no Quarto da Criança ou Adolescente

Equipamentos Audiovisuais Disponíveis	Tem em sua casa?	Em sua casa tem... TvCabo	Em sua casa tem... Parabólica	Em sua casa tem... Vídeo	Em sua casa tem... DVD	O seu filho / a sua filha tem televisão no quarto?	O seu filho / a sua filha tem vídeo / DVD no quarto?
Sim	300 100%	271 92,5%	24 10%	199 73,4%	281 97,2%	107 35,7%	57 19%
Não	0 0%	22 7,5%	215 90%	72 26,6%	8 2,8%	193 64,3%	243 81%
Total	N=300	N=293	N=239	N=271	N=289	N=300	N=300

Considera-se agora os mesmos resultados, mas segundo a variável Ano de Escolaridade. Sabendo que todos os participantes possuem televisão em casa, acrescenta-se que, no 4º ano, 37 (37,4%) tem três aparelhos, seguidos de 23 (23,2%) que dispõem de quatro; no 6º, há 25 (25,8%) com duas, outros 25 com três e outros 25 com quatro; e no 8º, 40 (40%) com três aparelhos, seguidos de 33 (33%) com dois.

Em relação à presença de televisão por cabo, as maiorias dos três anos (4º ano: 97/98%, 6º ano: 87/89,7% e 8º ano: 87/89,7%) correspondem a respostas afirmativas. Se a questão incidir na presença de antena parabólica, as respostas concentram-se no sentido negativo, com 70 (87,5%) no 4º ano, 73 (93,6%) no 6º e 72 (88,9%) no 8º. Quanto à existência de aparelho de vídeo e de DVD, as respostas mais frequentes são afirmativas, obtendo valores mais elevados nos três anos na questão relativa ao DVD. Assim sendo, 61 (69,3%) no 4º ano, 68 (73,1%) no 6º e 70 (77,8%) no 8º, possuem vídeo em casa, e com valores de frequência mais elevados, 92 (96,8%) no 4º ano, 94 (96,9%) no 6º e 95 (97,9%) no 8º, afirmam ter DVD em casa.

Relativamente à presença de televisão e vídeo/DVD no quarto dos filhos, as respostas mais frequentes dos pais são negativas, registando-se valores mais expressivos

quando negam a existência de vídeo/DVD no quarto das crianças e adolescentes. Deste modo, e no que respeita à negação de presença de televisão no quarto, encontram-se 54 (54%) respostas no 4º ano, 61 (61%) no 6º e 78 (78%) no 8º, enquanto que, na questão do vídeo/DVD, as respostas são de 76 (76%) no 4º ano, 77 (77%) no 6º e mais generosas no 8º, com 90 (90%).

Tabela 72 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas aos Equipamentos Audiovisuais Disponíveis: Televisão; TV Cabo; Parabólica; Vídeo; DVD; Televisão, Vídeo / DVD no Quarto da Criança ou Adolescente por Ano de Escolaridade

Equipamentos Audiovisuais Disponíveis	Tem TV em sua casa?	Em sua casa tem... TvCabo	Em sua casa tem... Parabólica	Em sua casa tem... Vídeo	Em sua casa tem... DVD	O seu filho / a sua filha tem televisão no quarto?	O seu filho / a sua filha tem vídeo / DVD no quarto?	
4º	Sim	100 100%	97 98%	10 12,5%	61 69,3%	92 96,8%	46 46%	24 24%
	Não	0 0%	2 2%	70 87,5%	27 30,7%	3 3,2%	54 54%	76 76%
6º	Sim	100 100%	87 89,7%	5 6,4%	68 73,1%	94 96,9%	39 39%	23 23%
	Não	0 0%	10 10,3%	73 93,6%	25 26,9%	3 3,1%	61 61%	77 77%
8º	Sim	100 100%	87 89,7%	9 11,1%	70 77,8%	95 97,9%	22 22%	10 10%
	Não	0 0%	10 10,3%	72 88,9%	20 22,2%	2 2,1%	78 78%	90 90%
Omissos	0	7	61	29	11	0	0	

A tabela 73 apresenta a distribuição dos resultados segundo o Sexo. Tendo todos os participantes televisão em casa, sabe-se agora que 59 (40,1%) dos pais com filhos rapazes possuem três aparelhos, seguidos de 36 (24,5%) com quatro, e de 29 (19,7%) com dois. Quanto aos pais com filhas, 49 (32,9%) referem a existência de dois aparelhos de televisão, seguidos de 43 (28,9%) que afirmam ter três, e posteriormente, 26 (17,4%) referem quatro.

Em relação à existência de televisão por cabo, as respostas positivas dividem-se entre 128 (89,5%) relativos à amostra masculina, e com um valor mais elevado, 143 (95,3%) associados à feminina. Quanto à presença de antena parabólica, as respostas mais frequentes são negativas, com 106 (90,6%) ligadas ao sexo masculino e 109 (89,3%) ligadas ao feminino. Relativamente à presença de vídeo e de DVD em casa, a

maioria dos participantes responde de modo positivo: com vídeo, 99 (75%) e 100 (71,9%) correspondentes à amostra masculina e feminina respectivamente; e com DVD, 141 (98,6%) e 140 (95,9%), estando o primeiro ligado ao sexo masculino e o último ao feminino.

As respostas dos participantes pais e prestadores de cuidados são negativas para as questões relativas à existência de televisão e vídeo/DVD no quarto dos filhos. Quanto à televisão, assumem valores de 86 (58,1%), relativos à amostra masculina e 107 (70,4%), ligados à amostra feminina, enquanto que, para a questão da presença de vídeo/DVD, somam-se 118 (79,7%) de respostas associadas aos rapazes e 125 (82,2%) associadas às raparigas.

Tabela 73 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas aos Equipamentos Audiovisuais Disponíveis: Televisão; TV Cabo; Parabólica; Vídeo; DVD; Televisão, Vídeo / DVD no Quarto da Criança ou Adolescente por Sexo

Equipamentos Audiovisuais Disponíveis	Tem em casa?	TV sua casa?	Em sua casa tem... TvCabo	Em sua casa tem... Parabólica	Em sua casa tem... Vídeo	Em sua casa tem... DVD	O seu filho / a sua filha tem televisão no quarto?	O seu filho / a sua filha tem vídeo / DVD no quarto?
M	Sim	148 100%	128 89,5%	11 9,4%	99 75%	141 98,6%	62 41,9%	30 20,3%
	Não	0 0%	15 10,5%	106 90,6%	33 25%	2 1,4%	86 58,1%	118 79,7%
F	Sim	152 100%	143 95,3%	13 10,7%	100 71,9%	140 95,9%	45 29,6%	27 17,8%
	Não	0 0%	7 4,7%	109 89,3%	39 28,1%	6 4,1%	107 70,4%	125 82,2%
Omissos		0	7	61	29	11	0	0

Analisa-se agora as respostas dos pais ou prestadores de cuidados em relação à quantidade de horas de visionamento televisivos dos filhos em três diferentes situações. Na primeira, que remete para as horas de visionamento por dia, encontram-se 161 (53,8%) respostas na categoria “Entre 1 e 2 horas”, seguidas de 87 (29,1%) que remetem para um visionamento com duração inferior a 1 hora e 44 (14,7%) associadas a um período compreendido entre 2 e 3 horas.

Considerando os dias de aulas, a maior parte das respostas concentra-se na categoria “Menos de 1 hora”, com 162 (54%), seguindo-se 119 (39,7%) respostas para um visionamento com duração entre 1 e 2 horas.

As horas de visionamento nos dias em que não há aulas reúnem 114 (38%) das respostas na categoria “Entre 2 e 3 horas”, seguidas de 91 (30,3%) que referem um visionamento que decorrem entre 1 e 2 horas e depois por 58 (19,3%) que admitem um período de visionamento mais longo, que dura entre 3 e 4 horas.

Tabela 74 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas ao Número de Horas de Visionamento Televisivo em Diferentes Situações

Horas de Visionamento Televisivo em Diferentes Situações	Menos de 1 hora	Entre 1 e 2 horas	Entre 2 e 3 horas	Entre 3 e 4 horas	Mais de 4 horas	Omissos
Geralmente, quantas horas de TV costuma o seu filho / a sua filha ver p/dia?	87 29,1%	161 53,8%	44 14,7%	5 1,7%	2 0,7%	1
Quantas horas de TV costuma o seu filho / a sua filha ver nos dias de aulas?	162 54%	119 39,7%	18 6%	0 0%	1 0,3%	0
Quantas horas de TV costuma o seu filho / a sua filha ver nos dias em que não há escola?	15 5%	91 30,3%	114 38%	58 19,3%	22 7,3%	0

Para a primeira situação, que questiona a duração do visionamento televisivo diário, encontram-se as respostas mais frequentes para os três anos na categoria de resposta “Entre 1 e 2 horas”, com 47 (47,5%) no 4º ano e 57 (57%) no 6º e 8º ano. As respostas que se seguem surgem na categoria “Menos de 1 hora”, com 35 (35,4%) no 4º ano, 23 (23%) no 6º e 29 (29%) no 8º.

Na situação que questiona sobre os dias de aulas, as respostas mais frequentes surgem numa categoria que refere um visionamento de menos de 1 hora, 55 (55%) no 4º ano, 47 (47%) no 6º e 60 (60%) no 8º. Os valores que se seguem mostram-se relativamente próximos e na categoria “Entre 1 e 2 horas”, com 40 (40%) do 4º ano, 42 (42%) do 6º e 37 (37%) do 8º.

Nos dias em que não há escola, as durações dos visionamentos alteram-se intensificando-se. Assim sendo, 38 (38%) de resposta do 4º ano, 41 (41%) do 6º e 35 (35%) do 8º. Seguem-se valores de frequência contabilizados na categoria “Entre 1 e 2 horas”, com 31 (31%) no 4º ano, 28 (28%) no 6º e 32 (32%) no 8º. Importa ainda referir que os valores seguintes, embora pouco expressivos, pertencem à categoria que indica um período de tempo compreendido entre 3 e 4 horas.

Tabela 75 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas ao Número de Horas de Visionamento Televisivo em Diferentes Situações por Ano de Escolaridade

Horas de Visionamento Televisivo em Diferentes Situações	Geralmente, quantas horas de TV costuma o seu filho / a sua filha ver p/dia?			Quantas horas de TV costuma o seu filho / a sua filha ver nos dias de aulas?			Quantas horas de TV costuma o seu filho / a sua filha ver nos dias em que não há escola?		
	4º	6º	8º	4º	6º	8º	4º	6º	8º
Menos de 1 hora	35 35,4%	23 23%	29 29%	55 55%	47 47%	60 60%	6 6%	2 2%	7 7%
Entre 1 e 2 horas	47 47,5%	57 57%	57 57%	40 40%	42 42%	37 37%	31 31%	28 28%	32 32%
Entre 2 e 3 horas	16 16,2%	18 18%	10 10%	5 5%	10 10%	3 3%	38 38%	41 41%	35 35%
Entre 3 e 4 horas	1 1%	0 0%	4 4%	0 0%	0 0%	0 0%	20 20%	20 20%	18 18%
Mais de 4 horas	0 0%	2 2%	0 0%	0 0%	1 1%	0 0%	5 5%	9 9%	8 8%
Omissos	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Veja-se agora a tabela 76 que mostra como as respostas se distribuem segundo o Sexo. Os valores mais elevados, na primeira situação, reúnem-se na categoria “Entre 1 e 2 horas”, sendo que as respostas relativas à amostra masculina obtêm um valor de frequência ligeiramente mais elevado, de 86 (58,1%) contra 75 (49,7%) ligada à amostra feminina. Seguem-se as respostas que indicam visionamentos com menos de 1 hora, com 33 (22,3%) associadas ao sexo masculino e, as mais frequentes 54 (35,8%), relativas ao feminino.

Os dias de aulas alteram as respostas, pois nestes dias e segundo os pais, 72 (48,6%) dos rapazes vêm menos de uma hora de televisão por dia, sendo este resultado mais expressivo nas raparigas, com 90 (59,2%). Os valores que se seguem encontram-se mais próximos, partilhando a mesma categoria de resposta – “Entre 1 e 2 horas” – com 66 (44,6%) respostas associadas à amostra masculina e 53 (34,9%) ligadas à feminina.

Quando se questiona acerca do visionamento televisivo dos filhos nos dias em que não há escola, tal como esperado, os tempos aumentam: 56 (37,8%) respostas e 58 (38,2%) relativas aos rapazes e raparigas respectivamente. De seguida, as respostas na categoria “Entre 1 e 2 horas”, com 39 (26,4%) respostas de pais de filhos e, num valor superior, 52 (34,2%) de pais de filhas. Os valores seguinte, surgem ainda como relevantes, pois reúnem 34 (23%) respostas de pais da amostra masculina e 24 (15,8%) de pais da amostra feminina.

Tabela 76 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas ao Número de Horas de Visionamento Televisivo em Diferentes Situações por Sexo

Horas de Visionamento Televisivo em Diferentes Situações	Geralmente, quantas horas de TV costuma o seu filho / a sua filha ver p/dia?		Quantas horas de TV costuma o seu filho / a sua filha ver nos dias de aulas?		Quantas horas de TV costuma o seu filho / a sua filha ver nos dias em que não há escola?	
	M	F	M	F	M	F
Menos de 1 hora	33 22,3%	54 35,8%	72 48,6%	90 59,2%	7 4,7%	8 5,3%
Entre 1 e 2 horas	86 58,1%	75 49,7%	66 44,6%	53 34,9%	39 26,4%	52 34,2%
Entre 2 e 3 horas	24 16,2%	20 13,2%	10 6,8%	8 5,3%	56 37,8%	58 38,2%
Entre 3 e 4 horas	5 3,4%	0 0%	0 0%	0 0%	34 23%	24 15,8%
Mais de 4 horas	0 0%	2 1,3%	0 0%	1 0,7%	12 8,1%	10 6,6%
Omissos	0	1	0	0	0	0

Quando questionados acerca da presença de outras pessoas nos momentos de visionamento televisivo dos filhos, 196 (66,2%) deles referem que os filhos vêm, algumas vezes, televisão sozinhos. Num valor considerável (75/25,3%), há pais que afirmam que esse visionamento solitário acontece muitas vezes, e nunca em apenas 21 (7,1%) dos casos.

A companhia dos pais está presente, algumas vezes, para 154 (51,9%) das crianças e adolescentes, e muitas vezes, num número expressivo de 132 (44,4%). Quanto à companhia dos irmãos, os resultados atribuem-lhe maior frequência, uma vez que a maior parte das respostas regista-se na categoria “Muitas vezes”, com 130 (46,8%). Segue-se um valor de 71 (25,5%) de respostas que revelam uma companhia que acontece algumas vezes, 48 (17,3%) respostas “Nunca” e, finalmente, 29 (10,4%), que afirmam que este tipo de companhia acontece sempre que vêm televisão. A companhia ocasional dos amigos sucede, segundo os pais, a 161 (57,9%) das crianças e

adolescentes, mas para um número considerável, de 92 (33,1%), essa companhia nunca está presente. Relativamente à companhia de outras pessoas, 156 (55,3%) dos pais referem uma ocorrência ocasional, embora uma parte significativa, de 102 (36,2%), corresponda a pais que referem que esta companhia nunca está presente.

Segundo os pais, 216 (72,2%) dos filhos beneficiam, algumas vezes, da sua companhia quando vêem os seus programas preferidos, tornando-se esta companhia mais presente apenas para 57 (19,1%) das crianças e adolescentes. Em relação à ajuda dos pais na compreensão do conteúdo televisivo, 148 (49,5%) deles referem que a prestam algumas vezes, e num número próximo, de 114 (38,1%), surge as respostas na categoria “Muitas vezes”. Da presença constante desta ajuda beneficiam, segundo os pais, 36 (12%) das crianças e adolescentes.

Quanto às conversas sobre o conteúdo televisivo, 173 (57,7%) dos pais referem uma ocorrência muito frequente (“Muitas vezes”), seguidos de 98 (32,7%), que declaram que as conversas acontecem algumas vezes. Com os irmãos, as conversas sobre televisão são muito frequentes para 114 (41,3%) dos participantes. Seguem-se 89 (32,2%) referências a conversas com irmãos que acontecem algumas vezes e, posteriormente, o registo de 49 (17,8%) pais que afirmam a inexistência de conversas com irmãos. Com os amigos, as conversas ocorrem algumas vezes, na percepção de 138 (51,1%) dos pais, e muitas vezes para 92 (34,1%). Estas conversas não acontecem, segundo os pais, para 29 (10,7%) das crianças e adolescentes. 154 (61,4%) dos pais consideram a existência de conversas com os professores, assinalando a categoria “Algumas vezes”, enquanto que, para 86 (34,3%), estas conversas nunca ocorrem. Com outras pessoas, 137 (51,9%) dos pais admite que as conversas sobre televisão possam ocorrer algumas vezes, seguindo-se um número de 99 (37,5%) pais que referem a inexistência destas conversas.

Considerando agora a não restrição do tempo de visionamento televisivo dos filhos, os pais afirmam que esta acontece algumas vezes, para 159 (53%) das crianças e adolescentes. O valor que se segue vai no sentido de maior restrição, pois 118 (39,3%) dos pais afirmam nunca permitir que os filhos vejam televisão durante o tempo que querem.

A proibição do visionamento de certos programas televisivos por parte dos filhos é ocasional para 121 (40,5%), muito frequente para 88 (29,4%), sempre presente para 46 (15,4%) e ausente para 44 (14,7%).

Tabela 77 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas ao Visionamento Televisivo: Companhia, Compreensão, Conversação, Restrição e Proibição

Questões do Visionamento Televisivo	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Omissos
Com quem é que o seu filho / a sua filha costuma ver TV?					
Sozinho	21 (7,1%)	196 (66,2%)	75 (25,3%)	4 (1,4%)	4
Pais	0 (0%)	154 (51,9%)	132 (44,4%)	11 (3,7%)	3
Irmãos	48 (17,3%)	71 (25,5%)	130 (46,8%)	29 (10,4%)	22
Amigos	92 (33,1%)	161 (57,9%)	25 (9%)	0 (0%)	22
Outras	102 (36,2%)	156 (55,3%)	24 (8,5%)	0 (0%)	18
Quando o seu filho / a sua filha vê os seus programas preferidos, os pais fazem-lhe companhia?	18 6%	216 72,2%	57 19,1%	8 2,7%	1
No caso do seu filho / da sua filha, os pais ajudam-no a compreender aquilo que ele / ela vê na TV?	1 0,3%	148 49,5%	114 38,1%	36 12%	1
O seu filho / a sua filha costuma conversar sobre aquilo que vê na TV					
Pais	2 (0,7%)	98 (32,7%)	173 (57,7%)	27 (9%)	0
Irmãos	49 (17,8%)	89 (32,2%)	114 (41,3%)	24 (8,7%)	24
Amigos	29 (10,7%)	138 (51,1%)	92 (34,1%)	11 (4,1%)	30
Professores	86 (34,3%)	154 (61,4%)	10 (4%)	1 (0,4%)	49
Outras	99 (37,5%)	137 (51,9%)	28 (10,6%)	0 (0%)	36
Deixa o seu filho / a sua filha ver TV durante o tempo que ele / ela quer?	118 39,3%	159 53%	19 6,3%	4 1,3%	0
Proíbe o seu filho / a sua filha de ver certos programas televisivos?	44 14,7%	121 40,5%	88 29,4%	46 15,4%	1

Na tabela 78, onde os resultados são apresentados segundo o Ano de Escolaridade, verifica-se que as respostas mais frequentes nos três anos indicam que, segundo os pais, as crianças e adolescentes vêem algumas vezes televisão sozinhos (54/55,7% no 4º ano, 74/74% no 6º e 68/68,7% no 8º). Seguem-se as respostas que indicam que este visionamento solitário ocorre muitas vezes: 23/23,7% no 4º ano, 25/25% no 6º e 27/27,3% no 8º.

Quanto à companhia que eles próprios fazem, os pais admitem que esta ocorre algumas vezes (51/51,5% no 4º ano, 52/52% no 6º e 51/52% no 8º), seguindo-se valores próximos para o aumento de frequência deste tipo de companhia: 43 (43,4%) no 4º ano, 45 (45%) no 6º e 44 (44,9%) no 8º.

A companhia dos irmãos parece estar mais presente, pois a maior parte das respostas dos pais surgem na categoria “Muitas vezes”: 46 (50,5%) no 4º ano, 39 (43,8%) no 6º e 45 (45,9%) no 8º. Só depois aparece o registo, com valores menos expressivos, na categoria “Algumas vezes”, com 17 (18,7%) no 4º ano, 25 (28,1%) no 6º e 29 (29,6%) no 8º.

Quando analisamos os resultados da ocorrência de visionamentos televisivos na companhia dos amigos, verificamos que as respostas mais frequentes apontam para uma ocorrência ocasional, com 46 (50%) no 4º ano, 55 (61,1%) no 6º e 60 (62,5%) no 8º. Seguem-se resultados que indicam este tipo de companhia nunca está presente para 28 (30,4%) dos participantes do 4º ano, 32 (35,6%) do 6º e 32 (33,3%) do 8º.

A companhia de outras pessoas, segundo os pais, acontece algumas vezes, para 54 (57,4%) do 4º ano, 47 (51,6%) do 6º e 55 (56,7%) do 8º. Os valores que se seguem surgem na categoria “Nunca”, para os pais de 23 (24,5%) do 4º ano, de 39 (42,9%) e de 40 (41,2%) do 8º.

Em relação à companhia que os pais podem fazer quando os filhos vêem os seus programas preferidos, a maioria dos pais admite que a faz algumas vezes: 62 (62%) no 4º ano, 77 (77,8%) no 6º e 77 (77%) no 8º. Os resultados seguintes já não se reúnem todos na mesma categoria: para o 4º e 6º ano a tal companhia acontece muitas vezes, com 30 (30%) e 18 (18,2%) respectivamente, enquanto que para o 8º ano, esta nunca acontece (13/13%).

Analisando agora a ajuda dos pais na compreensão dos conteúdos televisivos, as respostas dos pais indicam que ajudam algumas vezes: 45 (45%) no 4º ano, 48 (48,5%) no 6º e 55 (55%) no 8º. Os resultados seguem no sentido de maior frequência desta ajuda, ou seja, para 36 (36%) dos pais dos alunos do 4º ano, 37 (37,4%) do 6º e 41 (41%) do 8º, a sua ajuda na compreensão acontece muitas vezes.

Vejam agora as pessoas que conversam com as crianças e adolescentes acerca do que vêem na televisão. As respostas mais frequentes nos três anos mostram que, segundo os pais, as conversas sobre televisão acontecem muitas vezes, para 54 (54%) dos alunos do 4º ano, 59 (59%) do 6º e 60 (60%) do 8º. Surgem depois valores de frequência menos expressivos, de 31 (31%) no 4º ano, 33 (33%) no 6º e 34 (34%) no 8º.

Nas conversas com os irmãos, os pais consideram que estas ocorrem muitas vezes em 37 (41,1%) dos casos no 4º ano, 33 (37,5%) no 6º e 44 (44,9%) no 8º. Os valores seguintes não se afastam muito, pois admitindo que as conversas ocorrem algumas vezes, registam-se 28 (31,1%) respostas para o 4º ano, 30 (34,1%) para o 6º e 31 (31,6%) para o 8º.

Em relação às conversas com os amigos, os pais acreditam que estas acontecem algumas vezes para 44 (48,4%) dos participantes do 4º ano, 50 (59,5%) do 6º e 44 (46,3%) do 8º. As respostas que se seguem registam-se na categoria “Muitas vezes”, com 29 (31,9%) no 4º ano, 20 (23,8%) no 6º e 43 (45,3%) no 8º.

Quando questionados acerca de conversas sobre televisão com os professores, os pais consideram que estas acontecem algumas vezes, para 54 (67,5%) dos alunos do 4º ano, 40 (50%) do 6º e 60 (65,9%) do 8º. Seguidamente, as respostas vão no sentido da inexistência destas conversas: 18 (22,5%) no 4º ano, 37 (46,3%) no 6º e 31 (34,1%) no 8º.

Os pais, sobre as conversas entre os filhos e outras pessoas, admitem que estas possam ocorrer algumas vezes, para 51 (58%) das crianças e adolescentes que frequentam o 4º ano, 42 (50%) que o fazem no 6º e 44 (47,8%) no 8º. As respostas seguintes indicam que estas conversas nunca acontecem (19/21,6% no 4º ano, 38/45,2% no 6º e 42/45,7% no 8º).

Relativamente à permissividade total dos pais em relação ao tempo de visionamento televisivo, os pais afirmam que esta acontece algumas vezes, para 52 (52%) alunos do 4º ano e do 6º, e 55 (55%) do 8º. Só depois, com valores próximos, os pais asseguram que nunca são permissivos dessa maneira: 41 (41%) no 4º ano, 43 (43%) no 6º e 34 (34%) no 8º.

Na proibição de ver certos programas televisivos, as respostas mais frequentes dos pais registam-se em diferentes categorias. No 4º ano, as respostas indicam uma proibição muito frequente, com 41 (41%). No 6º e 8º ano, a proibição surge apenas algumas vezes, com 53 (53,5%) e 36 (36%) respectivamente. Seguem-se as segundas respostas mais frequentes: 32 (32%) no 4º ano, na categoria “Algumas vezes”, 21 (21,2%) no 6º, na categoria “Muitas vezes” e 28 (28%), na categoria “Nunca”.

Tabela 78 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas ao Visionamento Televisivo: Companhia, Compreensão, Conversação, Restrição e Proibição por Ano de Escolaridade

Questões do Visionamento Televisivo	Nunca			Algumas vezes			Muitas vezes			Sempre			Omissos		
	4º	6º	8º	4º	6º	8º	4º	6º	8º	4º	6º	8º	4º	6º	8º
Com quem é que o seu filho / a sua filha costuma ver TV?															
Sozinho	17 17,5%	1 1%	3 3%	54 55,7%	74 74%	68 68,7%	23 23,7%	25 25%	27 27,3%	3 3,1%	0 0%	1 1%	3	0	1
Pais	0 0%	0 0%	0 0%	51 51,5%	52 52%	51 52%	43 43,4%	45 45%	44 44,9%	5 5,1%	3 3%	3 3,1%	1	0	2
Irmãos	11 12,1%	21 23,6%	16 16,3%	17 18,7%	25 28,1%	29 29,6%	46 50,5%	39 43,8%	45 45,9%	17 18,7%	4 4,5%	8 8,2%	9	11	2
Amigos	28 30,4%	32 35,6%	32 33,3%	46 50%	55 61,1%	60 62,5%	18 19,6%	3 3,3%	4 4,2%	0 0%	0 0%	0 0%	8	10	4
Outras	23 24,5%	39 42,9%	40 41,2%	54 57,4%	47 51,6%	55 56,7%	17 18,1%	5 5,5%	2 2,1%	0 0%	0 0%	0 0%	6	9	3
Quando o seu filho / a sua filha vê os seus programas preferidos, os pais fazem-lhe companhia?	2 2%	3 3%	13 13%	62 62%	77 77,8%	77 77%	30 30%	18 18,2%	9 9%	6 6%	1 1%	1 1%	0	1	0
No caso do seu filho / da sua filha, os pais ajudam-no a compreender aquilo que ele / ela vê na TV?	0 0%	1 1%	0 0%	45 45%	48 48,5%	55 55%	36 36%	37 37,4%	41 41%	19 19%	13 13,1%	4 4%	0	1	0
O seu filho / a sua filha costuma conversar sobre aquilo que vê na TV															
Pais	1 1%	1 1%	0 0%	31 31%	33 33%	34 34%	54 54%	59 59%	60 60%	14 14%	7 7%	6 6%	0	0	0
Irmãos	13 14,4%	21 23,9%	15 15,3%	28 31,1%	30 34,1%	31 31,6%	37 41,1%	33 37,5%	44 44,9%	12 13,3%	4 4,5%	8 8,2%	10	12	2
Amigos	14 15,4%	11 13,1%	4 4,2%	44 48,4%	50 59,5%	44 46,3%	29 31,9%	20 23,8%	43 45,3%	4 4,4%	3 3,6%	4 4,2%	9	16	5
Professores	18 22,5%	37 46,3%	31 34,1%	54 67,5%	40 50%	60 65,9%	7 8,8%	3 3,8%	0 0%	1 1,3%	0 0%	0 0%	20	20	9
Outras	19 21,6%	38 45,2%	42 45,7%	51 58%	42 50%	44 47,8%	18 20,5%	4 4,8%	6 6,5%	0 0%	0 0%	0 0%	12	16	8
Deixa o seu filho / a sua filha ver TV durante o tempo que ele / ela quer?	41 41%	43 43%	34 34%	52 52%	52 52%	55 55%	7 7%	4 4%	8 8%	0 0%	1 1%	3 3%	0	0	0

(Continuação) Tabela 78 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas ao Visionamento Televisivo: Companhia, Compreensão, Conversação, Restrição e Proibição por Ano de Escolaridade

Questões do Visionamento Televisivo	Nunca			Algumas vezes			Muitas vezes			Sempre			Omissos		
	4º	6º	8º	4º	6º	8º	4º	6º	8º	4º	6º	8º	4º	6º	8º
Proíbe o seu filho / a sua filha de ver certos programas televisivos?	3 3%	13 13,1%	28 28%	32 32%	53 53,5%	36 36%	41 41%	21 21,2%	26 26%	24 24%	12 12,1%	10 10%	0	1	0

Os resultados distribuídos segundo o Sexo são agora apresentados na tabela 79. Assim, 105 (72,4%) dos pais dos participantes e 91 (60,3%) dos pais das participantes, admitem que os seus filhos algumas vezes costumam ver televisão sozinhos. Os pais que referem que esta situação acontece muitas vezes, somam 29 (20%) respostas na amostra masculina e um valor mais elevado na feminina (46/30,5%).

A companhia dos pais, segundo os mesmos, ocorre algumas vezes, para 80 (54,4%) dos rapazes e 74 (49,3%). Esta companhia assume maior frequência, com as respostas da categoria “Muitas vezes”: 65 (44,2%) relativas ao sexo masculino e 67 (44,7%) relativas ao feminino.

Em relação à companhia dos irmãos, os pais consideram que esta acontece muitas vezes: 62 (44,3%) de respostas relativas aos rapazes e 68 (49,3%) relativas às raparigas. Só depois surgem respostas na categoria “Algumas vezes”, com 44 (31,4%) respostas de pais de filhos e 27 (19,6%) de pais de filhas.

Quando questionados acerca da companhia dos amigos no visionamento televisivo dos filhos, 90 (64,7%) dos pais da amostra masculina e 71 (51,1%) da feminina, referem que esta acontece algumas vezes. Seguem-se respostas na categoria “Nunca” que reúne 42 (30,2%) respostas de pais de rapazes e 50 (36%) de pais de raparigas.

De modo semelhante, a companhia de outras pessoas é considerada pelos pais como uma situação que ocorre algumas vezes, para 79 (56,4%) dos participantes e 77 (54,2%) das participantes. Depois disto, os valores indicam que, na perspectiva dos pais, esta companhia não tem lugar para 51 (36,4%) participantes da amostra masculina e 51 (35,9%) da feminina.

A companhia dos pais nos momentos em que os filhos estão a ver os seus programas preferidos é confirmada pelos primeiros, cujas respostas mais frequentes surgem na categoria “Algumas vezes” (113/76,9% na amostra masculina e 103/67,8% na feminina). Os valores que se seguem, surgem na categoria “Muitas vezes”, mas as frequências mostram-se bem mais baixas: 26 (17,7%) no sexo masculino e 31 (20,4%) no feminino.

Quanto à ajuda dos pais na compreensão dos conteúdos televisivos, 71 (48,3%) dos pais de rapazes e 77 (50,7%) dos pais de raparigas, afirmam que a disponibilizam-na algumas vezes. As respostas seguintes mostram que essa ajuda é mais frequente para 60 (40,8%) dos participantes e 54 (35,5%) das participantes.

Analisando agora a frequência das conversas sobre televisão, os pais consideram que conversam muitas vezes com os filhos (85/57,4% na amostra masculina e 88/57,9% na feminina). Seguem-se as respostas na categoria “Algumas vezes”, com 50 (33,8%) de respostas relativas aos rapazes e 48 (31,6%) relativas às raparigas.

As conversas com os irmãos, segundo os pais, acontecem muitas vezes no entendimento de 57 (40,7%) dos pais dos rapazes e 57 (41,9%) dos pais das raparigas. Seguidamente, com valores apenas ligeiramente mais baixos, surgem as respostas dos pais que consideram que as conversas com os irmãos acontecem algumas vezes (51/36,4% no sexo masculino e 38/27,9% no sexo feminino).

Reflectindo sobre as conversas com os amigos, 69 (50,4%) dos pais de rapazes e 69 (51,9%) dos pais de raparigas, referem que aquelas acontecem algumas vezes. Só depois surgem respostas na categoria “Muitas vezes”, com números apenas ligeiramente mais baixos: 46 (33,6%) na amostra masculina e 46 (34,6%) na feminina.

As conversas com os professores vão vistas pela maioria dos pais como uma situação que ocorre algumas vezes: 79 (63,2%) no sexo masculino e 75 (59,5%) no feminino. Posteriormente, surgem as respostas que negam a existência destas conversas: 38 (30,4%) nos rapazes e 48 (38,1%) nas raparigas.

As respostas relativas às conversas com outras pessoas comportam-se de modo semelhante: 70 (54,3%) dos pais dos rapazes e 67 (49,6%) dos pais das raparigas admitem que essas conversas possam acontecer algumas vezes, surgindo posteriormente as respostas dos pais que consideram que elas nunca acontecem (47/36,4% na amostra masculina e 52/38,5% na feminina).

A maior parte dos pais admite que, algumas vezes, é totalmente permissivo em relação ao tempo de visionamento televisivo dos filhos (87/58,8% de respostas relativas ao sexo masculino e 72/47,4% relativas ao feminino). Seguidamente, com frequências pouco mais baixas para as raparigas e bem mais baixas para os rapazes, surgem as respostas que registam uma ausência de permissividade total: 53 (35,8%) para o sexo masculino e 65 (42,8%) para o feminino.

Finalmente, quanto à proibição parental do visionamento de certos programas televisivos, verifica-se que as respostas mais frequentes referem uma proibição ocasional (“Algumas vezes”): 65 (43,9%) nos participantes e 56 (37,1%) nas participantes. Nas respostas seguintes, que correspondem a uma proibição mais frequente, os valores baixam, mas mais para a amostra feminina, ou seja, registam-se 50 (33,8%) respostas de pais de filhos e 38 (25,2%) de pais de filhas. Havendo, no caso da amostra feminina, um valor de 30 (19,9%) que afirma uma ausência de proibição.

Tabela 79 – Análise Descritiva das Respostas às Questões Relativas ao Visionamento Televisivo: Companhia, Compreensão, Conversação, Restrição e Proibição por Sexo

Questões do Visionamento Televisivo	Nunca		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre		Omissos	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Com quem é que o seu filho / a sua filha costuma ver TV?										
Sozinho	11 (7,6%)	10 (6,6%)	105 (72,4%)	91 (60,3%)	29 (20%)	46 (30,5%)	0 (0%)	4 (2,6%)	3	1
Pais	0 (0%)	0 (0%)	80 (54,4%)	74 (49,3%)	65 (44,2%)	67 (44,7%)	2 (1,4%)	9 (6%)	1	2
Irmãos	23 (16,4%)	25 (18,1%)	44 (31,4%)	27 (19,6%)	62 (44,3%)	68 (49,3%)	11 (7,9%)	18 (13%)	8	14
Amigos	42 (30,2%)	50 (36%)	90 (64,7%)	71 (51,1%)	7 (5%)	18 (12,9%)	0 (0%)	0 (0%)	9	13
Outras	51 (36,4%)	51 (35,9%)	79 (56,4%)	77 (54,2%)	10 (7,1%)	14 (9,9%)	0 (0%)	0 (0%)	8	10
Quando o seu filho / a sua filha vê os seus programas preferidos, os pais fazem-lhe companhia?	4 (2,7%)	14 (9,2%)	113 (76,9%)	103 (67,8%)	26 (17,7%)	31 (20,4%)	4 (2,7%)	4 (2,6%)	1	0
No caso do seu filho / da sua filha, os pais ajudam-no a compreender aquilo que ele / ela vê na TV?	1 (0,7%)	0 (0%)	71 (48,3%)	77 (50,7%)	60 (40,8%)	54 (35,5%)	15 (10,2%)	21 (13,8%)	1	0
O seu filho / a sua filha costuma conversar sobre aquilo que vê na TV										
Pais	2 (1,4%)	0 (0%)	50 (33,8%)	48 (31,6%)	85 (57,4%)	88 (57,9%)	11 (7,4%)	16 (10,5%)	0	0
Irmãos	23 (16,4%)	26 (19,1%)	51 (36,4%)	38 (27,9%)	57 (40,7%)	57 (41,9%)	9 (6,4%)	15 (11%)	8	16
Amigos	16 (11,7%)	13 (9,8%)	69 (50,4%)	69 (51,9%)	46 (33,6%)	46 (34,6%)	6 (4,4%)	5 (3,8%)	11	19
Professores	38 (30,4%)	48 (38,1%)	79 (63,2%)	75 (59,5%)	7 (5,6%)	3 (2,4%)	1 (0,8%)	0 (0%)	23	26
Outras	47 (36,4%)	52 (38,5%)	70 (54,3%)	67 (49,6%)	12 (9,3%)	16 (11,9%)	0 (0%)	0 (0%)	19	17
Deixa o seu filho / a sua filha ver TV durante o tempo que ele / ela quer?	53 (35,8%)	65 (42,8%)	87 (58,8%)	72 (47,4%)	8 (5,4%)	11 (7,2%)	0 (0%)	4 (2,6%)	0	0
Proíbe o seu filho / a sua filha de ver certos programas televisivos?	14 (9,5%)	30 (19,9%)	65 (43,9%)	56 (37,1%)	50 (33,8%)	38 (25,2%)	19 (12,8%)	27 (17,9%)	0	1

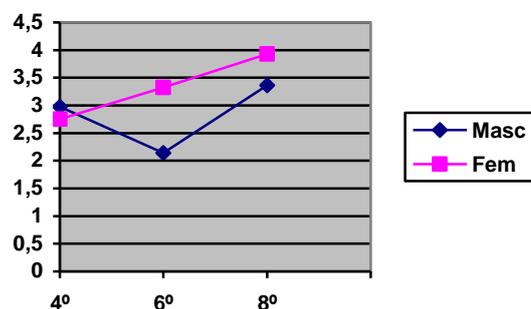
2.4.3. Estudos Diferenciais em Função dos Factores de Caracterização dos Participantes

Procede-se agora à análise dos factores de caracterização dos participantes segundo o Ano de Escolaridade. Na Escala de Auto-Conceito, a dimensão Aspecto Comportamental obtém médias que variam entre os 10,27, no sexo masculino do 4º ano, e os 11,72, no sexo feminino do 8º. A dispersão é menor na amostra feminina do 8º ano e maior na masculina do 4º ano. Na análise de variância encontrou-se um efeito significativo da variável Sexo ($F = 8,242$; $p = 0,004$), com as raparigas a apresentarem valores superiores aos dos rapazes. Não se verificam diferenças significativas para o Ano de Escolaridade ($F = 0,867$; $p = 0,421$), nem para a interacção entre as duas variáveis ($F = 2,111$; $p = 0,123$).

Quanto à dimensão Ansiedade, os valores médios oscilam entre os 2,14 e os 3,93, da amostra masculina do 6º ano e da amostra feminina do 8º respectivamente. Os valores de desvio-padrão variam entre 1,17 (sexo feminino, 8º ano) e 2,15 (sexo feminino, 4º ano). Verifica-se um efeito significativo da variável Sexo ($F = 6,135$; $p = 0,014$), com as participantes a registarem valores mais elevados que os participantes. No Ano de Escolaridade os resultados evidenciaram outro efeito significativo ($F = 7,787$; $p = 0,001$), bem como na interacção entre as variáveis Sexo e Ano de Escolaridade ($F = 3,987$; $p = 0,020$).

O gráfico 1 mostra que, no 4º ano de escolaridade e nas duas amostras da variável Sexo, os valores médios de Ansiedade quase coincidem, sendo ainda assim ligeiramente inferiores nas raparigas. No 6º ano verifica-se o maior afastamento entre os dois valores médios, encontrando-se o valor médio mais elevado na amostra feminina. Posteriormente, no 8º, volta a registar-se uma aproximação, mantendo-se a superioridade do valor médio nas raparigas.

Gráfico 1 – Dimensão Ansiedade em função do Sexo e Ano de Escolaridade



Na dimensão Estatuto Intelectual, o valor mais baixo de média (9,5) corresponde aos rapazes do 4º ano, enquanto que o valor mais elevado, 10,81, pertence às raparigas do mesmo ano. Os valores de dispersão variam entre 1,98 (sexo feminino; 8º ano) e 3,02 (sexo masculino; 4º ano). Sujeitando os resultados a uma análise de variância, regista-se um efeito significativo da variável Sexo ($F = 7,106$; $p = 0,008$), onde o sexo feminino mostra valores mais elevados que os dos do sexo masculino. Tanto na variável Ano de Escolaridade como na interacção entre as duas variáveis, não se encontram diferenças significativas: $F = 0,036$ / $p = 0,965$ e $F = 1,566$ / $p = 0,211$, respectivamente.

Os valores médios da dimensão Popularidade variam entre 7,52 para os participantes do 4º ano e 8,36 para as participantes do 8º. A dispersão oscila entre 1,42, na amostra feminina o 8º ano, e 2,27, na amostra masculina do 4º. Nesta dimensão, verifica-se um efeito significativo da variável Ano de Escolaridade ($F = 4,080$; $p = 0,018$). O teste de Scheffé revela diferenças significativas entre o 4º e o 8º ano de escolaridade, apresentando estes a maior diferença entre valores médios. Não se detectam diferenças significativas na variável Sexo ($F = 0,721$; $p = 0,397$) nem na interacção entre as duas ($F = 0,069$; $p = 0,933$).

Considerando agora a dimensão Aparência Física, regista-se uma variação entre 5,42, nos rapazes do 4º ano e 6,04, nas raparigas do mesmo ano. Os valores de desvio-padrão estão compreendidos entre 1,48 (sexo feminino, 4º ano) e 2,18 (sexo masculino, 4º ano). Não existem diferenças significativas na variável Sexo ($F = 0,001$; $p = 0,972$),

nem na variável Ano de Escolaridade ($F = 0,163$; $p = 0,850$), nem na interacção entre as duas ($F = 2,255$; $p = 0,107$).

Relativamente à dimensão Satisfação-Felicidade, regista-se um valor médio mais baixo (7,02), na amostra do sexo masculino do 4º ano, e mais elevado (7,46), em duas amostras do sexo feminino (4º e 8º ano). Quanto aos valores de dispersão, estes encontram-se compreendidos entre 0,67, relativos às raparigas do 8º ano, e 1,37, relativos aos rapazes do 4º. Não se verificam diferenças significativas na variável Sexo ($F = 0,290$; $p = 0,590$), nem para o Ano de Escolaridade ($F = 1,073$; $p = 0,343$) e nem mesmo na interacção entre as duas ($F = 2,860$; $p = 0,059$).

Em relação ao Índice de Reactividade Interpessoal, a dimensão Preocupação Empática, as médias oscilam entre 9,83, nos rapazes do 8º ano, e 11,98, nas raparigas do 6º. A dispersão varia entre 1,99, na amostra feminina do 6º ano, e 2,87, na amostra masculina do 8º. A análise de variância dá conta de um efeito significativo da variável Sexo ($F = 23,651$; $p = 0,000$), com valores médios mais elevados na amostra feminina em comparação com os da masculina. Não se detectam diferenças significativas na variável Ano de Escolaridade ($F = 2,786$; $p = 0,063$), nem na interacção entre as duas ($F = 0,366$; $p = 0,693$).

Na dimensão Tomada de Perspectiva, as médias estão compreendidas entre os 9,87, no sexo masculino do 4º ano, e os 11,59, no sexo feminino do 6º. A dispersão oscila entre os 2,23, nos rapazes do 8º ano, e 2,71, nos rapazes do 4º. Encontra-se um efeito significativo da variável Sexo ($F = 9,627$; $p = 0,002$), sendo superiores os valores médios das amostras femininas em relação às masculinas. Verifica-se ainda outro efeito significativo na variável Ano de Escolaridade ($F = 4,322$; $p = 0,014$). No teste de Scheffé surgem diferenças significativas entre o 4º e o 8º ano, apresentando os participantes do 8º ano valores médios mais elevados. Quanto à interacção entre as duas variáveis, não se verificam diferenças significativas ($F = 2,040$; $p = 0,132$).

Analisemos agora a dimensão Perturbação Pessoal. Os valores médios variam entre os 2,48, nos rapazes do 6º ano, e os 3,55, nas raparigas do 4º. Quanto aos valores de desvio-padrão, o mais baixo, de 1,15, regista-se na amostra feminina do 4º ano, e o mais elevado, de 1,50, a amostra masculina do 6º. Verifica-se um efeito significativo da

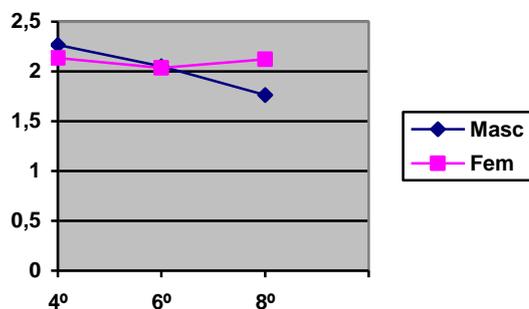
variável Sexo ($F = 14,262$; $p = 0,000$), com valores médios superiores no sexo feminino em comparação com o masculino. A variável Ano de Escolaridade tem também um efeito significativo ($F = 5,888$; $p = 0,003$). Realizado o teste de Scheffé, registam-se diferenças significativas entre o 4º e o 6º ano e entre o 4º e o 8º ano, onde as diferenças entre os valores médios são maiores, sobretudo no último caso. Na interacção entre as duas variáveis não se encontram diferenças significativas ($F = 1,989$; $p = 0,139$).

Na Escala de *Locus* de Controlo, os valores médios encontram-se compreendidos entre os 5,94, da amostra feminina do 4º ano, e os 7,61, da amostra masculina do 8º. Na dispersão, os valores oscilam entre os 2,63, no sexo masculino do 8º ano, e os 3,71, no sexo masculino do 6º. Tanto na variável Sexo como na interacção entre Sexo e Ano de Escolaridade, não se verificam diferenças significativas ($F = 3,763$; $p = 0,053$ e $F = 0,637$; $p = 0,529$, respectivamente). Regista-se um efeito significativo da variável Ano de Escolaridade ($F = 3,661$; $p = 0,027$). O teste de Scheffé assinala a existência de diferenças significativas entre o 4º e o 8º ano, onde a diferença entre médias é maior, sendo os participantes do 8º ano aqueles que apresentam os valores médios mais elevados.

A dimensão Co-visionamento apresenta valores médios compreendidos entre os 1,76, para os rapazes do 8º ano, e os 2,27, para os rapazes do 4º. A dispersão varia entre os 0,60, da amostra masculina do 6º ano, e os 0,75, da amostra feminina do 8º. Não existem diferenças significativas na variável Sexo ($F = 0,752$; $p = 0,387$). Verifica-se um efeito significativo da variável Ano de Escolaridade ($F = 3,438$; $p = 0,033$). Depois de efectuado o teste de Scheffé, pode-se afirmar que existem diferenças significativas entre o 4º e o 8º ano, onde a diferença entre médias é maior, sendo os participantes do 8º aqueles que apresentam os valores médios mais elevados. Encontra-se ainda um efeito de interacção significativo entre as variáveis Sexo e Ano de Escolaridade ($F = 3,337$; $p = 0,037$).

Analisando o gráfico 2 verificamos que o Co-visionamento apresenta valores médios quase coincidentes no 4º ano, apesar dos valores da amostra masculina serem mais elevados. No 6º ano os valores médios das duas amostras, praticamente coincidem, acabando a amostra feminina por atingir valores mais elevados no 8º ano.

Gráfico 2 – Dimensão Co-visionamento em função do Sexo e Ano de Escolaridade



Na dimensão Discussão da Publicidade Televisiva, os valores médios apresentam-se compreendidos entre os 2,82, da amostra feminina do 4º ano, e os 3,33, da masculina no 6º. Os valores de desvio-padrão variam entre os 1,29, dos rapazes do 8º ano, e os 1,46, dos do 6º. Não se verificam diferenças significativas na variável Sexo ($F = 2,460$; $p = 0,118$), nem para o Ano de Escolaridade ($F = 0,706$; $p = 0,495$) e nem mesmo na interacção entre as duas ($F = 0,406$; $p = 0,667$).

Considerando agora a dimensão Controlo do Visionamento Televisivo, as médias oscilam entre os 7,66, da amostra feminina do 8º ano, e os 9,92, da amostra feminina do 4º. O valor de desvio-padrão mais baixo (2,56) verifica-se nas participantes do 8º ano, enquanto que o valor mais elevado, de 3,63, corresponde aos participantes do 4º. Para a variável Sexo não existem diferenças significativas ($F = 0,154$; $p = 0,695$), nem para a interacção entre as duas variáveis ($F = 0,167$; $p = 0,846$). Encontra-se um efeito significativo da variável Ano de Escolaridade ($F = 10,902$; $p = 0,000$). O teste de Scheffé apresenta diferenças significativas entre o 4º e o 8º ano e entre o 6º e o 8º, ou seja, a diferença entre os valores médios é mais elevada, sobretudo no primeiro caso.

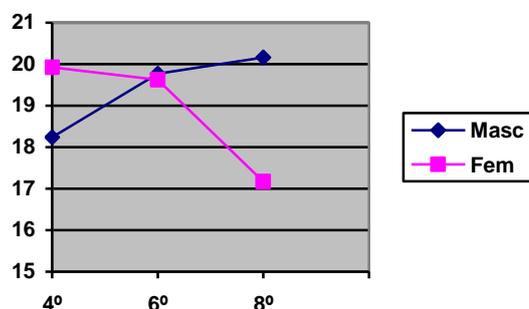
Segue-se a análise dos factores de caracterização dos pais. Nos padrões de comunicação familiar, a dimensão Comunicação orientada para o Conceito mostra valores médios compreendidos entre os 22,43, da amostra masculina do 4º ano, e os 27,27, da amostra feminina do 8º. Em relação à dispersão dos resultados, os valores oscilam entre os 4,82, nos rapazes do 8º ano, e os 5,77, nos do 4º. Os resultados mostram um efeito da variável Ano de Escolaridade ($F = 4,137$; $p = 0,017$), embora o teste de Scheffé não apresente diferenças significativas. Verifica-se ainda um efeito

significativo da variável Sexo ($F = 6,065$; $p = 0,014$), mostrando-se mais elevados os valores médios da amostra feminina em relação à masculina. Relativamente à interacção entre as duas variáveis, os resultados não revelam diferenças significativas ($F = 2,957$; $p = 0,054$).

A dimensão Comunicação Sócio-Orientada apresenta valores médios que variam entre 17,17, na amostra feminina do 8º ano, e 20,16, na amostra masculina do mesmo ano. O valor mais baixo de desvio-padrão (2,83) encontra-se no grupo de rapazes do 8º ano, enquanto que, o mais elevado, de 3,98, corresponde ao grupo de rapazes do 4º. Não se verificam diferenças significativas na variável Ano de Escolaridade ($F = 2,423$; $p = 0,090$), nem na variável Sexo ($F = 1,612$; $p = 0,205$). Regista-se sim um efeito significativo da interacção entre as duas variáveis ($F = 12,588$; $p = 0,000$).

Na Comunicação Sócio-Orientada, na perspectiva dos pais, os valores médios do 4º ano são superiores na amostra feminina, quase coincidentes no 6º, afastando-se ainda mais no 8º, registando os rapazes um valor médio francamente mais elevado (Gráfico 3).

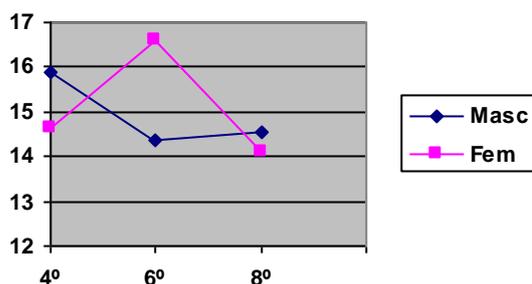
Gráfico 3 – Dimensão Comunicação Sócio-Orientada em função do Sexo e Ano de Escolaridade



Quanto à dimensão Atitude face à Publicidade, os valores médios variam entre 14,10, na amostra feminina do 8º ano, e 16,59, na amostra feminina do 6º. A dispersão mostra-se mais elevada (4,75), nas participantes do 6º ano, e mais baixo (2,96), nos participantes do 8º. A análise de variância permitiu verificar que não existe um efeito significativo da variável Ano de Escolaridade ($F = 2,887$; $p = 0,057$), nem da variável Sexo ($F = 0,184$; $p = 0,668$). O teste de Scheffé realizado mostra diferenças significativas entre o 6º e o 8º ano, com estes a apresentarem a maior diferença entre os valores médios, sendo mais elevado o valor médio do 6º ano. Em relação à interacção entre as duas variáveis, verifica-se um efeito significativo ($F = 6,450$; $p = 0,002$).

Considerando agora a Atitude dos Pais face à Publicidade, o gráfico 4 ilustra uma situação inicial em que se verifica um valor médio mais elevado para os rapazes do 4º, em comparação com as raparigas do mesmo ano. Assiste-se à descida dos valores da amostra masculina e subida da feminina, assumindo esta um valor médio mais elevado no 6º. No 8º ano, os valores descem no sexo feminino e sobem menos no masculino, resultando num valor médio ligeiramente mais elevado nos rapazes.

Gráfico 4 – Dimensão Atitude face à Publicidade em função do Sexo e Ano de Escolaridade



Na dimensão Atitude face à Publicidade Infantil, o valor médio mais elevado (14,30) é obtido na amostra feminina do 8º ano, enquanto que o mais baixo (12,34) se verifica na amostra masculina do 8º. Os valores de dispersão oscilam entre 3,07, nos rapazes do 4º ano, e os 4,68, nas raparigas do 8º. Não existem diferenças significativas na variável Ano de Escolaridade ($F = 0,664$; $p = 0,515$), nem na interacção entre o Ano da Escolaridade e o Sexo ($F = 1,040$; $p = 0,355$). Encontra-se um efeito significativo da variável Sexo ($F = 7,385$; $p = 0,007$), sendo mais elevados os valores médios das amostras femininas em relação às masculinas.

Considerando agora a dimensão Co-visionamento, as médias variam 1,98 (nas duas amostras do 8º ano), e 2,51, na amostra masculina do 4º. A dispersão está compreendida entre 0,35, nos rapazes do 8º ano, e 0,69, nas raparigas do mesmo ano. Não se verificam diferenças significativas na variável Sexo ($F = 1,259$; $p = 0,263$), nem na interacção entre Sexo e Ano de Escolaridade ($F = 1,174$; $p = 0,310$). A variável Ano de Escolaridade tem um efeito significativo ($F = 15,139$; $p = 0,000$). O teste de Scheffé revela diferenças significativas entre o 4º e o 8º ano, entre o 4º e o 6º, e ainda, entre 6º e o 8º, sendo maior a diferença no primeiro grupo e menor no último.

Segue-se a dimensão Discussão sobre a Publicidade Televisiva, com valores médios que oscilam entre 3,15, no sexo feminino do 8º ano, e 3,62, no sexo feminino do 4º. Os valores de desvio-padrão apresentam-se compreendidos entre 0,86, nos rapazes do 4º ano, e 1,37, nas raparigas do 8º. Não se verificam diferenças significativas na variável Sexo ($F = 0,754$; $p = 0,386$), nem na variável Ano de Escolaridade ($F = 0,812$; $p = 0,445$), e nem mesmo na interacção entre as duas ($F = 1,450$; $p = 0,236$).

Na dimensão Controlo do Visionamento Televisivo, o valor médio mais elevado (9,92) verifica-se na amostra feminina do 4º ano, enquanto que o mais baixo, de 7,66, se regista na amostra feminina do 8º. A dispersão oscila entre 2,56, nas raparigas do 8º ano, e 3,63, nos rapazes do 4º. A análise de variância dos resultados dá conta da inexistência de diferenças significativas na variável Sexo ($F = 0,154$; $p = 0,695$) e na interacção entre Sexo e Ano de Escolaridade ($F = 0,167$; $p = 0,846$). Verifica-se um efeito significativo da variável Ano de Escolaridade ($F = 10,902$; $p = 0,000$). O teste de Scheffé revela diferenças significativas entre o 4º e o 8º ano e entre o 6º e o 8º, mostrando estes dois grupos maiores diferenças entre valores médios, sobretudo no primeiro caso.

Tabela 80 – Análise dos Factores de Caracterização dos Participantes por Ano de Escolaridade

Dimensões	4º		6º		8º		Total	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.		
<i>Crianças e Adolescentes</i>								
Aspecto Comportamental	M	10,27	11,66	11,24	11,33	10,98	11,72	11,20
	DP	2,65	1,95	2,43	2,04	2,57	1,04	2,23
Ansiedade	M	2,98	2,75	2,14	3,32	3,36	3,93	3,09
	DP	1,64	2,15	1,47	1,76	1,85	1,17	1,80
Estatuto Intelectual	M	9,50	10,81	10,05	10,13	9,60	10,53	10,09
	DP	3,02	2,30	2,30	2,45	2,36	1,98	2,46
Popularidade	M	7,52	7,62	7,76	8,04	8,21	8,36	7,92
	DP	2,27	1,68	1,60	1,76	1,46	1,42	1,73
Aparência Física	M	5,42	6,04	6,02	5,63	5,81	5,56	5,75
	DP	2,18	1,48	1,86	1,59	1,81	1,72	1,77
Satisfação-Felicidade	M	7,02	7,46	7,41	7,14	7,43	7,46	7,32
	DP	1,37	0,96	0,77	1,36	0,80	0,67	1,05
Preocupação Empática	M	10,15	11,73	10,93	11,98	9,83	11,41	11,00
	DP	2,87	2,51	2,54	1,99	2,54	2,37	2,59
Tomada Perspectiva	M	9,87	11,08	10,27	11,59	11,44	11,51	11,01
	DP	2,71	2,30	2,37	2,33	2,23	2,34	2,44
Perturbação Pessoal	M	3,38	3,55	2,48	3,36	2,56	3,24	3,10
	DP	1,28	1,15	1,50	1,45	1,24	1,24	1,37
<i>Locus de Controlo</i>	M	6,72	5,94	7,45	6,28	7,61	7,44	6,89
	DP	3,30	3,37	3,71	2,70	2,63	2,78	3,11

(Continuação) Tabela 80 – Análise dos Factores de Caracterização dos Participantes por Ano de Escolaridade

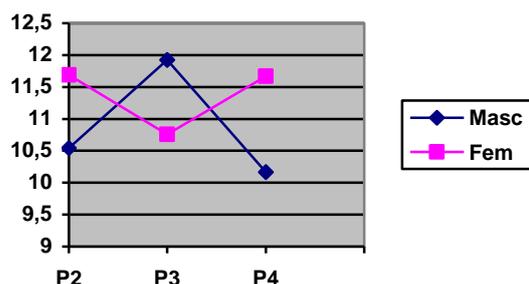
Dimensões		4º		6º		8º		Total
		Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	
Co-visionamento	M	2,27	2,13	2,05	2,03	1,76	2,12	2,05
	DP	0,69	0,69	0,60	0,72	0,68	0,75	0,70
Discussão Pub. Televisiva	M	3,23	2,82	3,33	3,07	3,02	2,95	3,06
	DP	1,30	1,34	1,46	1,32	1,29	1,41	1,35
Controlo Visionamento TV	M	9,70	9,92	9,15	9,52	7,81	7,66	8,98
	DP	3,63	3,20	3,41	3,07	3,42	2,56	3,34
<i>Pais</i>								
Comun. Orientada Conceito	M	22,43	24,63	25,35	24,77	24,16	27,27	24,68
	DP	5,77	5,75	5,58	5,41	4,82	5,32	5,56
Comun. Sócio-Orientada	M	18,24	19,92	19,77	19,62	20,16	17,17	19,24
	DP	3,98	2,97	3,15	3,09	2,83	3,47	3,38
Atitude Publicidade	M	15,87	14,62	14,36	16,59	14,54	14,10	15,06
	DP	3,07	3,19	3,47	4,75	2,96	3,27	3,62
Atitude Publicidade Infantil	M	12,68	13,06	12,80	14,16	12,34	14,30	13,20
	DP	3,07	4,02	3,77	3,89	3,56	4,68	3,87
Co-visionamento	M	2,51	2,30	2,17	2,17	1,98	1,98	2,18
	DP	0,62	0,64	0,44	0,50	0,35	0,69	0,57
Discussão Pub. Televisiva	M	3,46	3,62	3,52	3,40	3,53	3,15	3,45
	DP	0,86	1,06	1,19	1,23	0,97	1,37	1,12
Controlo Visionamento TV	M	9,70	9,92	9,15	9,52	7,81	7,66	8,98
	DP	3,63	3,20	3,41	3,07	3,42	2,56	3,34

Na tabela 81 apresentam-se os resultados para as três categorias de Interpretação do Percentil do IMC, tendo-se excluído a que corresponde ao Baixo Peso (P1). Esta decisão foi tomada por se ter considerado que essa categoria pode incluir casos em que o comportamento alimentar se encontra perturbado. Não sendo objectivo deste tipo considerar essas perturbações decidiu-se eliminar a categoria.

A dimensão Aspecto Comportamental apresenta médias que oscilam entre 10,17, na amostra masculina da P4 (Obesidade), 11,92, na amostra masculina da P3 (Excesso de Peso). A dispersão apresenta-se compreendida entre 1,12, nas raparigas da P4 (Obesidade), e 3,61, nos rapazes da mesma categoria. Os resultados mostram que não existem diferenças significativas na variável Sexo ($F = 1,537$; $p = 0,216$), nem na variável Interpretação do Percentil do IMC ($F = 0,329$; $p = 0,720$). Na interacção entre as duas variáveis verifica-se um efeito significativo ($F = 5,877$; $p = 0,003$).

No gráfico 5, a dimensão Aspecto Comportamental mostra um valor médio mais elevado na amostra feminina na categoria P2 (Normal). A descida dos valores nas raparigas e subida nos rapazes resulta num valor médio mais elevado do que o das raparigas na categoria P3 (Excesso de Peso). A situação vai-se invertendo, de modo que, a categoria P4 (Obesidade), regista um valor médio superior na amostra feminina.

Gráfico 5 – Dimensão Aspecto Comportamental em função do Sexo e Interpretação do Percentil do IMC



Considerando agora a dimensão Ansiedade, verifica-se que os valores médios se encontram compreendidos entre 2,65, no sexo masculino da P3 (Excesso de Peso), e 3,89, no sexo feminino da P4 (Obesidade). O valor de desvio-padrão mais elevado (2,04) corresponde à amostra feminina da P3 (Excesso de Peso), enquanto que o mais baixo (1,45) pertence à amostra feminina da P4 (Obesidade). Encontra-se um efeito significativo da variável Sexo ($F = 4,850$; $p = 0,028$), com valores médios mais elevados na amostra feminina do que na masculina. Não se verificam diferenças significativas na variável Interpretação do Percentil do IMC ($F = 0,459$; $p = 0,633$), nem na interacção entre as duas variáveis ($F = 0,548$; $p = 0,579$).

Na análise da dimensão Estatuto Intelectual, as médias variam entre 9,17, na amostra masculina da P4 (Obesidade), e 10,52, na amostra feminina da P2 (Normal). A dispersão surge compreendida entre 1,67, para os rapazes da P3 (Excesso de Peso), e 4,45, para os rapazes da P4 (Obesidade). Não se verificam diferenças significativas na variável Sexo ($F = 2,799$; $p = 0,095$), nem na variável Interpretação do Percentil do IMC ($F = 0,333$; $p = 0,717$), e nem mesmo na interacção entre as duas variáveis ($F = 1,032$; $p = 0,358$).

Relativamente à dimensão Popularidade, os valores médios variam entre 7,17, na amostra masculina da P4 (Obesidade), e 8,46, na amostra masculina da P3 (Excesso de Peso). Quanto à dispersão, os valores de desvio-padrão oscilam entre 1,36, nos rapazes da P3 (Excesso de Peso), e 3,16, nas raparigas da P4 (Obesidade). Também nesta dimensão não se encontram diferenças significativas na variável Sexo ($F = 0,124$; $p = 0,725$), nem na variável Interpretação do Percentil do IMC ($F = 0,717$; $p = 0,489$), e nem mesmo na interacção entre as duas variáveis ($F = 1,862$; $p = 0,157$).

Veja-se agora a análise da dimensão Aparência Física. O valor médio mais elevado (6,08) regista-se na amostra masculina da P3 (Excesso de Peso), enquanto que o mais baixo (4,44) corresponde à amostra feminina da P4 (Obesidade). A dispersão varia entre 1,01, nas raparigas da P4 (Obesidade), 2,12, nos rapazes da mesma categoria. Verifica-se um efeito significativo da variável Interpretação do Percentil do IMC ($F = 4,311$; $p = 0,014$), sendo mais elevados os valores médios da P3, seguidos dos da P2 e só posteriormente dos da P4. Não se encontram diferenças significativas na variável Sexo ($F = 0,498$; $p = 0,481$), nem na interacção entre as duas variáveis ($F = 0,783$; $p = 0,458$).

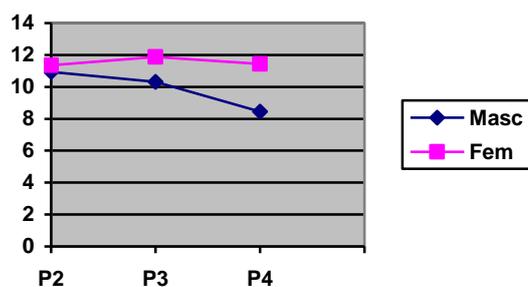
Na dimensão Satisfação-Felicidade, os valores médios oscilam entre os 6,25, verificados nos rapazes da P4 (Obesidade), e 7,42, obtidos nas raparigas da P2 (Normal). Os valores de desvio-padrão variam entre 0,86, na amostra masculina da P2 (Normal), e 1,76, na amostra masculina da P4 (Obesidade). Encontra-se um efeito significativo na variável Interpretação do Percentil do IMC ($F = 10,321$; $p = 0,000$), registando-se os valores médios mais elevados na P2, seguidos dos da P3, e finalmente, dos da P4. Não se verificam diferenças significativas na variável Sexo ($F = 0,315$; $p = 0,575$), nem na interacção entre o Sexo e a Interpretação do Percentil do IMC ($F = 0,078$; $p = 0,925$).

A dimensão Preocupação Empática apresenta valores médios compreendidos entre 9,45, na amostra masculina da P4 (Obesidade), e 11,84, na amostra feminina da P2 (Normal). A dispersão oscila entre 1,86, nas raparigas da P3 (Excesso de Peso), e 3,80, nos rapazes da P4 (Obesidade). Verifica-se um efeito significativo da variável Sexo ($F = 18,850$; $p = 0,000$), sendo superiores os valores médios da amostra feminina em relação aos da masculina. Não são encontradas diferenças significativas na variável Interpretação do Percentil do IMC ($F = 0,797$; $p = 0,452$), nem na interacção entre as duas variáveis ($F = 0,300$; $p = 0,741$).

Quanto à dimensão Tomada de Perspectiva, o valor médio mais elevado (11,88) regista-se no sexo feminino da P3 (Excesso de Peso), enquanto que o valor médio mais baixo (8,45) corresponde ao sexo masculino da P4 (Obesidade). Os valores de desvio-padrão encontram-se compreendidos entre 1,80, nas raparigas da P3 (Excesso de Peso), e 2,70, nas raparigas da P4 (Obesidade). Verifica-se um efeito significativo da variável Sexo ($F = 14,786$; $p = 0,000$), registando as raparigas médias mais elevadas que as dos rapazes. Não se verificam diferenças significativas na variável Interpretação do Percentil do IMC ($F = 2,330$; $p = 0,099$), sendo a categoria P2 aquela que apresenta valores médios mais elevados, seguindo-se a P3 e, finalmente, a P4. Existe ainda um efeito significativo da interação entre as duas variáveis ($F = 3,401$; $p = 0,035$).

O gráfico 6, na dimensão Tomada de Perspectiva, apresenta valores médios praticamente coincidentes nas duas amostras (masculina e feminina) para a categoria P2 (Normal). Verifica-se algum afastamento dos valores, que resulta numa superioridade do valor médio no sexo feminino para a categoria P3 (Excesso de Peso). Esta situação mantém-se na categoria P4 (Obesidade), com uma maior diferença entre os valores médios das duas amostras.

Gráfico 6 – Dimensão Tomada de Perspectiva em função do Sexo e Interpretação do Percentil do IMC

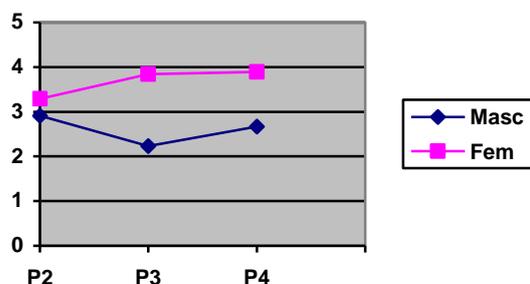


Segue-se a dimensão Perturbação Pessoal, onde os valores médios oscilam entre 2,23, nos rapazes da P3 (Excesso de Peso), e 3,89, nas raparigas da P4 (Obesidade). Na dispersão, o valor de desvio-padrão mais elevado (1,50), regista-se na amostra masculina da P4 (Obesidade), enquanto que o valor mais baixo (1,03) corresponde à amostra feminina da P3 (Excesso de Peso). Existe um efeito significativo da variável Sexo ($F = 20,428$; $p = 0,000$), com valores médios mais elevados na amostra do sexo feminino. Em relação à variável Interpretação do Percentil do IMC, não se verificam

diferenças significativas: $F = 0,250$; $p = 0,779$. Encontra-se ainda um efeito significativo da interacção entre as duas variáveis ($F = 5,035$; $p = 0,007$).

O gráfico 7 da dimensão Perturbação Pessoal mostra que os valores médios das duas amostras estão próximos na categoria P2 (Normal), sendo ainda assim superior o valor médio na amostra feminina. A Perturbação Pessoal aumenta nas raparigas e diminui nos rapazes, mantendo-se a superioridade da amostra feminina, com maior diferença entre os dois valores médios (masculino e feminino) na categoria P3 (Excesso de Peso). Na categoria P4 (Obesidade), a média das raparigas permanece quase igual, registando-se uma ligeira subida dos rapazes, embora se mantenha o valor médio mais elevado na amostra feminina.

Gráfico 7 – Dimensão Perturbação Pessoal em função do Sexo e Interpretação do Percentil do IMC



A partir dos resultados obtidos através da Escala *Locus* de Controlo calcularam-se valores médios que oscilam entre 6,38, nas raparigas da P2 (Normal), e 7,57, dos rapazes da mesma categoria. O valor mais baixo de desvio-padrão (2,48) regista-se na amostra masculina da P3 (Excesso de Peso), e o mais elevado (3,68) verifica-se na amostra masculina da P4 (Obesidade). Não se encontram diferenças significativas na variável Sexo ($F = 0,197$; $p = 0,658$), nem na variável Interpretação do Percentil do IMC ($F = 0,413$; $p = 0,662$), e nem mesmo na interacção entre as duas variáveis ($F = 1,361$; $p = 0,258$).

Na dimensão Co-visionamento, os valores médios encontram-se compreendidos entre 1,89, nas raparigas da P4 (Obesidade), e 2,20, nas raparigas da P3 (Excesso de Peso). A dispersão varia entre um valor de desvio-padrão de 0,30, na amostra masculina da P4 (Obesidade), e outro de 0,72, na amostra feminina da P2 (Normal). Não se verificam diferenças significativas na variável Sexo ($F = 0,272$; $p = 0,602$), nem na

variável Interpretação do Percentil do IMC ($F = 0,223$; $p = 0,800$), e nem mesmo na interacção entre as duas variáveis ($F = 0,783$; $p = 0,458$).

Os valores médios da dimensão Discussão da Publicidade Televisiva oscilam entre 2,11, nas raparigas da P4 (Obesidade), e 3,27, nos rapazes da P3 (Excesso de Peso). Os valores de desvio-padrão variam entre 0,93, na amostra feminina da P4 (Obesidade), e 1,39, na amostra feminina da P2 (Normal). Na variável Sexo, não se verificam diferenças significativas ($F = 3,658$; $p = 0,057$), situação que se repete com a variável Interpretação do Percentil do IMC ($F = 1,078$; $p = 0,342$), e ainda, com a interacção entre as duas variáveis ($F = 1,346$; $p = 0,262$).

Considerando agora a dimensão Controlo do Visionamento Televisivo, registam-se valores médios compreendidos entre 8,17, nos rapazes da P4 (Obesidade), e 9,28, nos rapazes da P3 (Excesso de Peso). Os valores de desvio-padrão oscilam entre 1,99, na amostra feminina da P4 (Obesidade), e 3,95, na amostra masculina da mesma categoria. Também nesta dimensão, as variáveis não apresentam diferenças significativas: nem na variável Sexo ($F = 0,796$; $p = 0,373$), nem na Interpretação do Percentil do IMC ($F = 0,269$; $p = 0,764$) e nem mesmo na interacção entre as duas variáveis ($F = 0,299$; $p = 0,742$).

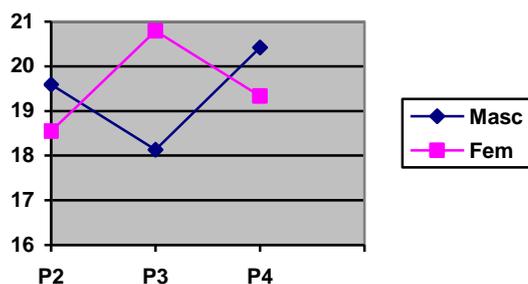
De seguida, analisam-se os factores de caracterização dos participantes pais e prestadores de cuidados. A dimensão Comunicação orientada para o Conceito, reúne valores médios compreendidos entre 21,18, na amostra masculina da P4 (Obesidade), e 26,22, na amostra feminina da mesma categoria. Na dispersão, os valores de desvio-padrão oscilam entre 4,97, nos rapazes da P3 (Excesso de Peso), e 7,19, nas raparigas da P4 (Obesidade). Verifica-se um efeito significativo da variável Sexo ($F = 5,025$; $p = 0,026$), encontrando-se os valores médios mais elevados na amostra feminina. Não se registam diferenças significativas na variável Interpretação do Percentil do IMC ($F = 0,491$; $p = 0,613$), nem na interacção entre as duas variáveis ($F = 1,204$; $p = 0,301$).

Quanto à dimensão Comunicação Sócio-Orientada, os valores médios oscilam entre 18,13, no sexo masculino da P3 (Excesso de Peso), e 20,79, no sexo feminino da mesma categoria. O valor de desvio-padrão mais elevado (4,12), verifica-se na amostra masculina da P3 (Excesso de Peso), enquanto que o valor mais baixo (2,74),

corresponde à amostra feminina da P4 (Obesidade). Não se verificam diferenças significativas na variável Sexo ($F = 0,089$; $p = 0,766$), nem na variável Interpretação do Percentil do IMC ($F = 0,720$; $p = 0,488$). Quanto à interacção entre as duas variáveis, encontra-se um efeito significativo ($F = 6,053$; $p = 0,003$).

Considerando agora o gráfico 8 relativo à dimensão Comunicação Sócio-Orientada, verifica-se que na categoria P2 (Normal), há um valor médio mais elevado na amostra masculina. A descida dos valores nesta amostra e a subida dos da feminina resultam num valor médio bem mais elevado nas raparigas quando se analisa a categoria P3 (Excesso de Peso). Esta situação inverte-se, registando-se, na categoria P4 (Obesidade), um valor médio superior na amostra do sexo masculino, com menor diferença entre os valores médios das duas amostras.

Gráfico 8 – Dimensão Comunicação Sócio-Orientada em função do Sexo e Interpretação do Percentil do IMC



Em relação à dimensão Atitude face à Publicidade, os valores médios apresentam-se compreendidos entre 13,81, nos rapazes da P3 (Excesso de Peso), e 15,83, nos rapazes da P4 (Obesidade). O valor mais elevado de desvio-padrão (4,55) registou-se na amostra masculina da P4 (Obesidade), enquanto o valor mais baixo (2,48) corresponde à amostra masculina da P3 (Excesso de Peso). Não se verificam diferenças significativas na variável Sexo ($F = 0,399$; $p = 0,528$), nem na Interpretação do Percentil do IMC ($F = 0,266$; $p = 0,767$), e nem mesmo na interacção entre as duas variáveis ($F = 1,489$; $p = 0,227$).

Na dimensão Atitude face à Publicidade Infantil, as médias registam-se entre 11,44, nas raparigas da P4 (Obesidade), e 14,19, nas da P2 (Normal). Os valores de desvio-padrão variam entre 2,80, na amostra masculina da P3 (Excesso de Peso), e 5,36, na amostra feminina da P4 (Obesidade). Não se verificam diferenças significativas na

variável Sexo ($F = 0,315$; $p = 0,575$), nem na variável Interpretação do Percentil do IMC ($F = 2,475$; $p = 0,086$), nem mesmo na interacção das duas variáveis ($F = 0,836$; $p = 0,435$).

Os valores médios na dimensão Co-visionamento compreendem-se entre 2,11, nas raparigas da P4 (Obesidade), e 2,50, nos rapazes da mesma categoria. A dispersão apresenta valores de desvio-padrão que oscilam entre 0,33, no sexo feminino da P4 (Obesidade), e 0,67, no sexo masculino da mesma categoria. Na variável Sexo, não se verificam diferenças significativas ($F = 1,699$; $p = 0,194$), nem na Interpretação do Percentil do IMC ($F = 1,675$; $p = 0,189$), e nem mesmo na interacção entre as duas variáveis ($F = 1,352$; $p = 0,261$).

A dimensão Discussão sobre a Publicidade Televisiva assume valores médios compreendidos entre 3,35, nas raparigas da P2 (Normal), e 3,67, nos rapazes e raparigas da P4 (Obesidade). Os valores de desvio-padrão variam entre 0,87, na amostra masculina da P3 (Excesso de Peso), e 1,33, na amostra feminina da mesma categoria. Na variável Sexo ($F = 0,012$; $p = 0,912$), na Interpretação do Percentil do IMC ($F = 0,439$; $p = 0,645$) e na interacção entre as duas variáveis ($F = 0,224$; $p = 0,799$), não se encontram diferenças significativas.

Finalmente, a dimensão Controlo do Visionamento Televisivo mostra valores médios que oscilam entre 8,17, nos rapazes da P4 (Obesidade), 9,28, nos da P3 (Excesso de Peso). A dispersão é traduzida por valores de desvio-padrão compreendidos entre 1,99, no sexo feminino da P4 (Obesidade), e 3,95, no sexo masculino da mesma categoria. Não se verificam diferenças significativas na variável Sexo ($F = 0,796$; $p = 0,373$), nem na Interpretação do Percentil do IMC ($F = 0,269$; $p = 0,764$), e nem mesmo, na interacção entre as duas variáveis ($F = 0,299$; $p = 0,742$).

Tabela 81 - Análise dos Factores de Caracterização dos Participantes por Interpretação do Percentil do IMC

Dimensões		P2		P3		P4		Total
		Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	
<i>Crianças e Adolescentes</i>								
Aspecto Comportamental	M	10,54	11,69	11,92	10,76	10,17	11,67	11,15
	DP	2,64	1,72	1,44	2,30	3,61	1,12	2,28
Ansiedade	M	3,00	3,37	2,65	3,21	2,67	3,89	3,14
	DP	1,74	1,80	1,92	2,04	1,67	1,45	1,80
Estatuto Intelectual	M	9,52	10,52	10,31	10,25	9,17	10,44	10,05
	DP	2,52	2,21	1,67	2,25	4,45	3,09	2,47
Popularidade	M	7,78	7,98	8,46	7,76	7,17	8,00	7,90
	DP	1,82	1,57	1,36	1,51	2,48	3,16	1,76
Aparência Física	M	5,75	5,92	6,08	5,61	4,83	4,44	5,75
	DP	2,07	1,65	1,35	1,40	2,12	1,01	1,80
Satisfação-Felicidade	M	7,40	7,42	7,23	7,32	6,25	6,44	7,30
	DP	0,86	1,02	0,99	1,07	1,76	1,13	1,04
Preocupação Empática	M	10,27	11,84	9,65	11,68	9,45	11,67	10,95
	DP	2,42	2,24	2,92	1,86	3,80	2,92	2,58
Tomada Perspectiva	M	10,93	11,36	10,31	11,88	8,45	11,44	11,04
	DP	2,50	2,34	2,19	1,80	2,50	2,70	2,43
Perturbação Pessoal	M	2,91	3,29	2,23	3,84	2,67	3,89	3,10
	DP	1,37	1,32	1,24	1,03	1,50	1,05	1,37
Locus de Controlo	M	7,57	6,38	6,60	6,83	7,33	7,56	6,96
	DP	3,14	3,03	2,48	3,11	3,68	3,24	3,09
Co-visionamento	M	1,94	2,14	2,00	2,20	2,09	1,89	2,05
	DP	0,69	0,72	0,66	0,71	0,30	0,60	0,69
Discussão Pub. Televisiva	M	3,14	3,02	3,27	3,12	3,25	2,11	3,08
	DP	1,34	1,39	1,37	1,33	1,36	0,93	1,35
Controlo Visionamento TV	M	8,59	9,22	9,28	9,20	8,17	9,22	8,95
	DP	3,57	2,98	3,20	3,86	3,95	1,99	3,31
<i>Pais</i>								
Comun. Orientada Conceito	M	24,26	25,43	24,00	24,67	21,18	26,22	24,67
	DP	5,38	5,72	4,97	4,98	6,66	7,19	5,59
Comun. Sócio-Orientada	M	19,59	18,55	18,13	20,79	20,42	19,33	19,19
	DP	3,26	3,35	4,12	3,06	3,29	2,74	3,41
Atitude Publicidade	M	15,01	15,29	13,81	15,75	15,83	14,88	15,10
	DP	3,09	4,20	2,48	3,30	4,55	3,31	3,60
Atitude Publicidade Infantil	M	12,78	14,19	12,38	12,83	12,09	11,44	13,22
	DP	3,56	4,30	2,80	3,43	4,28	5,36	3,94
Co-visionamento	M	2,12	2,15	2,27	2,24	2,50	2,11	2,17
	DP	0,43	0,62	0,53	0,66	0,67	0,33	0,55
Discussão Pub. Televisiva	M	3,50	3,35	3,44	3,52	3,67	3,67	3,45
	DP	1,03	1,24	0,87	1,33	0,98	1,12	1,13
Controlo Visionamento TV	M	8,59	9,22	9,28	9,20	8,17	9,22	8,95
	DP	3,57	2,98	3,20	3,86	3,95	1,99	3,31

Por fim, realizou-se um estudo correlacional entre os instrumentos (tabela 82) onde se destacaram dezassete correlações positivas e onze negativas, significativas para um valor de α de 0,05.

As dezassete correlações positivas associam as variáveis do seguinte modo: Co-visionamento (crianças e adolescentes) e Aparência Física (0,15); Idade e Tomada de Perspectiva (0,15); Tomada de Perspectiva e Satisfação-Felicidade (0,14); Comunicação Orientada para o Conceito e Discussão Publicidade Televisiva (crianças e adolescentes) (0,14); Co-visionamento (pais) e Co-visionamento (crianças e adolescentes) (0,14); Idade e Ansiedade (0,14); Comunicação Orientada para o Conceito e Estatuto Intelectual (0,13); Atitude face à Publicidade e Perturbação Pessoal (0,13); Atitude face à Publicidade e *Locus* de Controlo (0,13); Sexo e Comunicação Orientada para o Conceito (0,13); Preocupação Empática e Aspecto Comportamental (0,12); Discussão Publicidade Televisiva (crianças e adolescentes) e Estatuto Intelectual (0,12); Co-visionamento (crianças e adolescentes) e Perturbação Pessoal (0,12); Co-visionamento (crianças e adolescentes) e Discussão Publicidade Televisiva (0,12); Co-visionamento (crianças e adolescentes) e Controlo do Visionamento Televisivo (crianças e adolescentes) (0,12); Atitude face à Publicidade e Ansiedade (0,12); e Controlo do Visionamento Televisivo (pais) e Co-visionamento (crianças e adolescentes) (0,12).

Quanto às correlações negativas, as onze mostram associações entre as seguintes variáveis: Co-visionamento (crianças e adolescentes) e *Locus* de Controlo (-0,15); *Locus* de Controlo e Preocupação Empática (-0,14); Idade e Co-visionamento (crianças e adolescentes) (-0,14); Atitude face à Publicidade e Estatuto de Intelectual (-0,13); Discussão Publicidade Televisiva (pais) e Ansiedade (-0,13); Co-visionamento (pais) e Satisfação-Felicidade (-0,13); Sexo e *Locus* de Controlo (-0,13); IMC e Satisfação-Felicidade (-0,13); Controlo Visionamento Televisivo (crianças e adolescentes) e Aparência Física (-0,12); Atitude face à Publicidade Infantil e Preocupação Empática (-0,12); e Controlo do Visionamento Televisivo (pais) e Aparência Física (-0,12).

Tabela 82 - Matriz de Correlações entre as dimensões da Escala de Auto-Conceito para Crianças de Piers-Harris, as dimensões do Índice de Reactividade Interpessoal de Davis (IRI), a Escala de *Locus* de Controlo de Nowicki-Strickland, as dimensões de uma parte do Questionário de Rose, Bush & Kahle e as dimensões do Questionário de Hábitos Televisivos

Dimensões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	1																						
2	-0,24 **	1																					
3	0,50 **	-0,23 **	1																				
4	0,25 **	-0,25 **	0,35 **	1																			
5	0,17 **	-0,20 **	0,39 **	0,38 **	1																		
6	0,35 **	-0,25 **	0,46 **	0,31 **	0,36 **	1																	
7	0,12 *	0,04	0,21 **	0,02	0,03	0,08	1																
8	0,16 **	-0,01	0,28 **	0,08	0,07	0,14 *	0,49 **	1															
9	-0,06	0,21 **	0,16 **	-0,10	-0,04	-0,00	0,35 **	0,29 **	1														
10	-0,33 **	0,29 **	-0,37 **	-0,24 **	-0,22 **	-0,30 **	- 0,14 *	-0,06	-0,10	1													
11	0,11	-0,09	0,12 *	0,10	0,05	0,10	0,16 **	0,21 **	0,05	-0,06	1												
12	-0,06	0,00	0,04	-0,09	- 0,12 *	-0,02	0,18 **	0,08	0,22 **	-0,02	0,08	1											
13	0,06	-0,02	0,18 **	-0,02	0,15 *	0,17 **	0,11	0,04	0,12 *	- 0,15 *	0,12 *	0,12 *	1										

Dimensões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
14	0,21 **	- 0,04	0,13 *	0,07	0,06	0,11	0,01	0,07	- 0,04	- 0,08	0,14 *	- 0,04	- 0,02	1									
15	- 0,07	0,07	- 0,1	0,01	- 0,09	- 0,05	0,08	0,03	0,03	0,09	0,02	- 0,01	- 0,18 **	0,02	1								
16	- 0,11	0,12 *	- 0,13 *	- 0,06	- 0,02	- 0,25 **	- 0,01	0,01	0,13 *	0,13 *	0,05	0,08	- 0,09	- 0,05	- 0,02	1							
17	0,06	0,00	0,06	0,01	0,02	- 0,07	- 0,12 *	- 0,04	- 0,04	- 0,04	0,06	0,05	0,00	0,03	- 0,25 **	0,32 **	1						
18	0,07	- 0,13 *	0,09	- 0,01	0,04	- 0,11	- 0,01	0,04	0,02	- 0,07	0,17 **	0,08	0,02	0,21 **	0,2 **	- 0,08	- 0,06	1					
19	- 0,06	0,00	0,04	- 0,09	- 0,12 *	- 0,02	0,18 **	0,08	0,22 **	- 0,02	0,08	1 **	0,12 *	- 0,04	- 0,01	0,08	0,05	0,08	1				
20	- 0,02	- 0,05	- 0,06	- 0,15 **	- 0,02	- 0,13 *	- 0,06	- 0,1	0,06	- 0,11	0,08	0,18 **	0,14 *	- 0,01	- 0,21 **	0,19 **	0,1	0,1	0,18 **	1			
21	0,16 **	0,11	0,16 **	0,03	0,00	0,02	0,29 **	0,16 **	0,22 **	- 0,13 *	- 0,08	0,06	0,07	0,13 *	- 0,06	0,04	0,16 **	- 0,04	0,06	- 0,04	1		
22	0,06	0,14 *	- 0,05	0,15 **	0,01	0,04	- 0,07	0,15 *	- 0,22 **	0,17 **	- 0,03	- 0,27 **	- 0,14 *	0,18 **	- 0,05	- 0,08	0,05	- 0,04	- 0,27 **	- 0,3 **	- 0,1	1	
23	- 0,01	0,06	- 0,01	0,08	- 0,08	- 0,13 *	- 0,06	0,00	0,09	0,04	- 0,01	- 0,02	0,05	0,07	0,01	- 0,01	- 0,11	0,09	- 0,02	- 0,02	- 0,03	0,4 **	1

** Correlação significativa para um $\alpha = 0,01$

* Correlação significativa para um $\alpha = 0,05$

Crianças e adolescentes

Dimensões da Escala de Auto-Conceito para Crianças de Piers-Harris:

- 1- Aspecto Comportamental
- 2- Ansiedade
- 3- Estatuto Intelectual
- 4- Popularidade
- 5- Aparência Física
- 6- Satisfação-Felicidade

Dimensões do Índice de Reactividade Interpessoal de Davis (IRI):

- 7- Preocupação Empática
- 8- Tomada de Perspectiva
- 9- Perturbação Pessoal

10- Escala de *Locus* de Controlo de Nowicki-Strickland

Questionário de Rose, Bush & Kahle (Mediação Familiar):

- 11- Discussão Publicidade Televisiva
- 12- Controlo do Visionamento Televisivo
- 13- Co-visionamento

Pais

Questionário de Rose, Bush & Kahle (Padrões de Comunicação Familiar e Atitude face à Publicidade):

- 14- Comunicação Orientada para o Conceito
- 15- Comunicação Sócio-Orientada
- 16- Atitude face à Publicidade
- 17- Atitude face à Publicidade Infantil

Questionário de Rose, Bush & Kahle (Mediação Familiar):

- 18- Discussão Publicidade Televisiva
- 19- Controlo do Visionamento Televisivo
- 20- Co-visionamento

- 21- Sexo
 - 22- Idade
 - 23- IMC
-

Através da regressão hierárquica foi possível definir quatro blocos que clarificam o efeito dos preditores do IMC, na amostra de crianças e adolescentes: Sexo, Idade, Aspecto Comportamental, Ansiedade, Estatuto Intelectual, Popularidade, Aparência Física, Satisfação-Felicidade, Preocupação Empática, Tomada Perspectiva, Perturbação Pessoal, *Locus* de Controlo, Discussão Publicidade Televisiva, Co-visionamento, Controlo do Visionamento Televisivo; e na amostra dos pais e prestadores de cuidados: Comunicação Orientada para o Conceito, Comunicação Sócio-Orientada, Atitude face à Publicidade, Atitude face à Publicidade Infantil, Discussão Publicidade Televisiva e Co-visionamento.

A cada um dos quatro blocos apresentados correspondem quatro grupos de variáveis independentes, que foram descritas no parágrafo anterior. A partir destes grupos pode-se aferir a sua participação individual ou colectiva na variância da variável dependente, neste caso, o IMC.

No primeiro bloco de variáveis a regressão é calculada segundo o Sexo e a Idade. No segundo bloco somam-se a estas duas variáveis os Totais das seis dimensões da Escala de Auto-Conceito para Crianças de Piers-Harris, os Totais das três dimensões do Índice de Reactividade Interpessoal de Davis e o Total da Escala de *Locus* de Controlo de Nowicki-Strickland. Quanto ao terceiro bloco, para além destes Totais são considerados os da Discussão da Publicidade Televisiva, os do Co-visionamento e os do Controlo do Visionamento Televisivo, estando estes três Totais relacionados com a amostra crianças e adolescentes. No último bloco, a estes Totais descritos anteriormente acrescentaram-se os dois relativos aos dois Padrões de Comunicação Familiar, os dois da Atitude face à Publicidade, o da Discussão sobre a Publicidade Televisiva e ainda o do Co-visionamento, estando estes dois últimos associados à amostra de pais e prestadores de cuidados.

Analisemos agora a tabela de regressão hierárquica (tabela 83) e posteriormente a dos coeficientes de regressão que lhe corresponde (tabela 84). Na tabela 83, onde são apresentados os quatro blocos sujeitos à regressão hierárquica, verifica-se que o primeiro contribui em 17,1% para a variância explicada (16,4% no valor ajustado).

No segundo bloco é acrescentado 2,9% à variância do IMC aferida, explicando assim 20% da variância da mesma variável dependente (15,4% no seu valor ajustado). Quanto ao terceiro bloco, a inclusão das variáveis de mediação familiar da amostra das crianças e adolescentes é representada em percentagem por 1,4%, que quando somados à variância anterior, explicam deste modo 21,4% da variância da variável IMC (15,7% em valor ajustado). No quarto e último bloco, às variáveis independentes acrescentadas correspondem a 5,7%, obtendo-se assim a explicação para 27,1% da variância (19,4% no valor ajustado).

Tabela 83 – IMC: Regressão Hierárquica das Variáveis Independentes

MODELO	R	R2	R2 Ajustado	F (eqn)	Sig. F	R2 Mudança	F Mudança	Sig. F Mudança
1	0,414a	0,171	0,164	22,446	0,000a	0,171	22,446	0,000
2	0,447b	0,200	0,154	4,317	0,000b	0,029	0,744	0,682
3	0,463c	0,214	0,157	3,712	0,000c	0,014	1,234	0,298
4	0,521d	0,271	0,194	3,508	0,000d	0,057	2,569	0,020

a. Predictors: (Constant), Idade, Sexo

b. Predictors: (Constant), Idade, Sexo, T_AC_AP_FÍSICA, T_IRI_TOM_PERSP, T_Locus, T_AC_ANSIEDD, T_AC_COMP, T_AC_POP, T_AC_SAT_FELIC, T_IRI_PERT_PES, T_IRI_PREOC_EMP, T_AC_EST_INTEL

c. Predictors: (Constant), Idade, Sexo, T_AC_AP_FÍSICA, T_IRI_TOM_PERSP, T_Locus, T_AC_ANSIEDD, T_AC_COMP, T_AC_POP, T_AC_SAT_FELIC, T_IRI_PERT_PES, T_IRI_PREOC_EMP, T_AC_EST_INTEL, DPT31, T_A_CONT_TV, Pais_comp

d. Predictors: (Constant), Idade, Sexo, T_AC_AP_FÍSICA, T_IRI_TOM_PERSP, T_Locus, T_AC_ANSIEDD, T_AC_COMP, T_AC_POP, T_AC_SAT_FELIC, T_IRI_PERT_PES, T_IRI_PREOC_EMP, T_AC_EST_INTEL, DPT31, T_A_CONT_TV, Pais_comp, T_A_PUB

e. Dependent Variable : IMC

Procede-se de seguida a uma análise mais pormenorizada, que nos permite conhecer o valor preditivo de cada uma das dimensões consideradas nos quatro grupos de variáveis independentes, através dos valores de Beta, de t e de p.

No primeiro bloco da tabela 84 apenas a variável Sexo não mostra relevância estatística significativa, ao contrário da variável Idade que apresenta um Beta de 0,41, um t de 6,62 e um p de 0,00, dando conta de resultados estatisticamente significativos.

Relativamente ao segundo bloco, incluem-se as dimensões da Escala de Auto-Conceito, as do Índice de Reactividade Interpessoal e o *Locus* de Controlo, mas nenhuma delas apresenta resultados com relevância estatística significativa, mantendo-se apenas a situação descrita no parágrafo anterior para a variável Idade, que agora apresenta um valor de Beta de 0,44, um de t de 6,22 e um de p de 0,00.

No terceiro bloco, o padrão repete-se, ou seja, acrescentam-se as três variáveis da Mediação Familiar (amostra crianças e adolescentes), mas nem estas nem as anteriores obtêm resultados estatisticamente significativos, mantendo-se apenas a relevância estatística significativa dos resultados da variável Idade (Beta = 0,46, t = 6,43 e p = 0,00), já encontrada nos blocos analisados.

Quando se acrescenta, no quarto bloco, as variáveis relativas aos pais e prestadores de cuidados (Dimensões dos Padrões de Comunicação Familiar, Dimensões da Atitude Face à Publicidade e Dimensões da Mediação Familiar), para além da significância estatística dos resultados da variável Idade (Beta = 0,5, t = 6,8 e p = 0,00), já registada anteriormente, surgem os resultados da variável Atitude face à Publicidade Infantil como estatisticamente significativos, com Beta de -0,20, t de -2,89 e p de 0,00.

Tabela 84 – IMC: Coeficiente de Regressão das Variáveis Independentes

Modelo	Variáveis	B	β	t	p
1	IMC	10,82		9,11	0,00
	Sexo	0,55	0,11	1,75	0,08
	Idade	0,59	0,41	6,62	0,00
2	IMC	12,86		6,37	0,00
	Sexo	0,51	0,10	1,49	0,14
	Idade	0,62	0,44	6,22	0,00
	T_AC_COMP	-0,00	-0,00	-0,06	0,96
	T_AC_ANSIEDD	0,06	0,04	0,57	0,57
	T_AC_EST_INTEL	0,06	0,06	0,70	0,48
	T_AC_POP	0,11	0,07	1,00	0,32
	T_AC_AP_FÍSICA	-0,06	-0,04	-0,63	0,53
	T_AC_SAT_FELIC	-0,33	-0,13	-1,79	0,08
	T_IRI_PREOC_EMP	-0,01	-0,01	-0,15	0,88
	T_IRI_TOM_PERSP	-0,08	-0,07	-0,98	0,33
	T_IRI_PERT_PES	0,07	0,04	0,49	0,62
	T_Locus	-0,05	-0,06	-0,92	0,36

Modelo	Variáveis	B	β	t	p
3	IMC	11,59		5,40	0,00
	Sexo	0,47	0,09	1,35	0,18
	Idade	0,65	0,46	6,43	0,00
	T_AC_COMP	0,01	0,01	0,16	0,87
	T_AC_ANSIEDD	0,04	0,03	0,45	0,65
	T_AC_EST_INTEL	0,04	0,04	0,50	0,62
	T_AC_POP	0,13	0,09	1,22	0,22
	T_AC_AP_FÍSICA	-0,06	-0,04	-0,60	0,55
	T_AC_SAT_FELIC	-0,38	-0,15	-2,03	0,04
	T_IRI_PREOC_EMP	-0,03	-0,03	-0,41	0,68
	T_IRI_TOM_PERSP	-0,07	-0,06	-0,82	0,41
	T_IRI_PERT_PES	0,05	0,03	0,36	0,72
	T_Locus	-0,05	-0,06	-0,82	0,42
	DPT31	-0,03	-0,02	-0,27	0,78
	Pais_comp	0,39	0,10	1,54	0,13
	T_A_CONT_TV	0,06	0,07	1,11	0,27
4	IMC	9,37		3,15	0,00
	Sexo	0,69	0,14	1,94	0,053
	Idade	0,72	0,50	6,80	0,00
	T_AC_COMP	0,02	0,02	0,23	0,82
	T_AC_ANSIEDD	0,06	0,04	0,56	0,57
	T_AC_EST_INTEL	0,06	0,06	0,70	0,48
	T_AC_POP	0,14	0,09	1,29	0,20
	T_AC_AP_FÍSICA	-0,10	-0,07	-0,98	0,33
	T_AC_SAT_FELIC	-0,29	-0,12	-1,49	0,14
	T_IRI_PREOC_EMP	-0,04	-0,04	-0,50	0,62
	T_IRI_TOM_PERSP	-0,07	-0,06	-0,82	0,41
	T_IRI_PERT_PES	-0,01	-0,00	-0,05	0,96
	T_Locus	-0,04	-0,05	-0,70	0,48
	DPT31	-0,07	-0,04	-0,54	0,59
	Pais_comp	0,40	0,10	1,57	0,12
	T_A_CONT_TV	0,05	0,07	1,05	0,30
	T_C_O_R	-0,01	-0,02	-0,29	0,77
	T_C_S_OR	-0,02	-0,03	-0,40	0,69
	T_A_PUB	0,08	0,12	1,64	0,10
	T_A_PUB_I	-0,13	-0,20	-2,89	0,00
	P_DPT_31	0,25	0,11	1,64	0,10
P_pais_comp	0,48	0,10	1,44	0,15	

2.5. Discussão dos Resultados

A análise dos resultados recolhidos neste estudo permite-nos afirmar que foi possível alcançar os objectivos a que nos propusemos inicialmente. Apesar de algumas limitações, adaptaram-se os instrumentos para a população portuguesa, analisou-se e caracterizou-se a mediação parental no uso dos *media* e proporcionou-se a reflexão sobre o papel dos pais na protecção dos filhos, sobretudo dos mais novos, em relação à intenção persuasiva dos anúncios publicitários a alimentos pouco saudáveis.

Os dados suportam, de um modo geral, as hipóteses admitidas inicialmente, uma vez que tanto as associações hipotetizadas como o seu sentido positivo ou negativo foram encontrados nas correlações e nos estudos diferenciais.

O pressuposto que admitia o efeito protector da mediação parental na influência nefasta do uso dos *media* na obesidade infantil, foi confirmado, não ocorrendo sempre de modo directo. A mediação parental pode actuar directamente ou ao influenciar os factores de personalidade da criança e adolescente, que por sua vez têm um efeito protector. Não foi confirmado o efeito protector dos padrões de comunicação familiar, nem o da atitude face à publicidade. Quanto à atitude face à publicidade infantil, os dados confirmam a sua influência no IMC. Os hábitos televisivos das crianças e adolescentes são condicionados pela mediação parental, por isso a sua influência é indirecta. Os factores de personalidade da crianças não se confirmam como melhores preditores do que os factores de mediação parental na perspectiva dos pais, mas sim nos que são recolhidos segundo a perspectiva das crianças e adolescentes.

A análise psicométrica da Escala de Auto-Conceito, diferenciada pelas seis dimensões que a caracterizam, permitiu verificar que a escala nem sempre funcionou devido a fragilidades ao nível da sua consistência interna. A dimensão Ansiedade, Popularidade, Aparência Física e Satisfação-Felicidade, revelaram, de um modo geral e apesar de algumas diferenças, fracas consistências internas, provocando diminuições na consistência interna de cada uma das dimensões da Escala de Auto-Conceito. Uma delas, a dimensão Estatuto Intelectual, mostra uma consistência interna pouco sólida, e por isso, não pode ser considerada aceitável. Apenas a dimensão Aspecto Comportamental apresenta uma consistência interna que pode ser admitida como aceitável.

Os resultados obtidos através das dimensões do Índice de Reactividade Interpessoal (IRI) mostram que estas dimensões não satisfizeram a exigência de consistência interna. O facto das três dimensões serem constituídas por poucos itens pode estar relacionado com as fragilidades apresentadas. Na dimensão Preocupação Empática revela uma consistência interna fraca e inaceitável, que ainda enfraquece mais com a eliminação do item 4 (“Às vezes não sinto muita pena das pessoas quando elas estão com problemas.”). Em relação à dimensão Tomada de Perspectiva, a consistência interna mostra-se desfavorável, facto que não consegue ser superado pela exclusão do item 10 (“Quando estou furioso com alguém, não perco muito tempo a tentar compreender como essa pessoa se sente.”). Na outra dimensão, Perturbação Pessoal, a consistência interna calculada é ainda mais inaceitável, mantendo-se esta situação com a eliminação do item 9 (“Quando vejo alguém que está muito triste ou zangado, sinto como se quisesse ir para outro sítio.”). Considerando os doze itens do IRI, o cálculo do valor de alfa de *Cronbach* não atinge um valor aceitável. Com o objectivo de lá chegar excluem-se os itens 4 e 10, o que provoca um ligeiro aumento da consistência interna, mas ainda não satisfatório. Se a esses dois itens eliminados acrescentarmos a exclusão do item 5 (“Às vezes sinto que não sei o que fazer quando alguém fica muito zangado.”), o valor de alfa de *Cronbach* torna-se mais próximo do valor de referência, mas a sua solidez mantém-se comprometida. Continuando no processo, exclui-se o item 9, o que permite atingir uma consistência interna aceitável. Mesmo assim prossegue-se com a eliminação do item 8 (“Quando vejo alguém a magoar-se, geralmente permaneço calmo.”), mas o valor de alfa diminui, podendo-se então concluir que a exclusão deste item não beneficia a consistência interna do IRI. Em resumo, para que se atinja uma consistência interna aceitável neste instrumento é necessária a eliminação dos itens 4, 5, 9 e 10.

A partir da análise psicométrica dos resultados obtidos na Escala de *Locus* de Controlo verificou-se que existem fragilidade nas suas duas versões. A que foi aplicada às crianças do 4º e 6º ano apresentou um valor de alfa de *Cronbach* próximo do valor de referência, ou seja, a consistência não é francamente fraca, mas tem a sua solidez comprometida. Quanto à versão aplicada aos adolescentes do 8º ano, a consistência interna mostra-se mais frágil, sendo também inaceitável. Considerando os itens que as duas versões partilham, encontrou-se uma consistência interna ligeiramente mais baixa que a da versão do 4º e 6º ano, mas superior à do 8º. De qualquer modo, o valor de alfa

de *Cronbach* revela uma consistência interna que, não sendo muito fraca, não pode ser vista como aceitável.

Na amostra de participantes pais ou prestadores de cuidados, a análise da Escala de Padrões de Comunicação Familiar, composta por duas dimensões, dá conta de uma consistência interna pouco sólida na dimensão Comunicação Orientada para o Conceito. Para torná-la mais robusta eliminou-se o item 3 (“Peço a opinião do meu filho/da minha filha acerca de produtos que compro para mim.”), o item 5 (“Pergunto ao meu filho/ à minha filha o que pensa acerca dos produtos que ele(a) compra para si próprio(a).”) e o item 6 (“O(s) meu(s) filho(s)/A(s) minha(s) filha(s) e eu conversamos sobre a compra de produtos.”), o que resultou num valor de alfa de *Cronbach* aceitável. A consistência interna desta dimensão aumentou muito ligeiramente quando se excluiu o item 7 (“Pergunto ao meu filho/à minha filha qual a sua preferência quando compro alguma coisa para ele(a).”), repetindo-se o ligeiro aumento com a eliminação do item 4 (“Deixo o meu filho/a minha filha decidir acerca dos produtos que ele(a) deve ou não comprar.”). Na outra dimensão, Comunicação Sócio-Orientada, os resultados revelam uma consistência interna não muito fraca, mas ainda assim, inaceitável.

Na Escala de Atitude face à Publicidade, os resultados obtidos na dimensão com o mesmo nome mostram que a consistência interna desta dimensão se encontra comprometida. O mesmo não se passa com a dimensão Atitude face à Publicidade Infantil, onde o valor de alfa de *Cronbach* confirma uma consistência interna aceitável, com exclusão do item 27 (“É da responsabilidade dos pais explicar a publicidade aos filhos.”)

Realizaram-se estudos diferenciais em função dos factores de caracterização dos participantes segundo o Ano de Escolaridade e Interpretação do Percentil do IMC. Assim, na Escala de Auto-Conceito, a dimensão Aspecto Comportamental foi encontrado um efeito significativo da variável Sexo, com as raparigas a registarem maiores valores médios nesta dimensão. Este resultado pode ser interpretado considerando que as perturbações de comportamento são socialmente menos toleradas nas raparigas.

Este efeito significativo da variável Sexo é também encontrado na dimensão Ansiedade. Para além disso, nesta dimensão, verificaram-se diferenças significativas na variável Ano de Escolaridade e ainda na interacção entre as duas variáveis. À medida que se avança no Ano de Escolaridade o sexo feminino vai assumindo valores cada vez mais elevados de ansiedade. O sexo masculino, que começa mais ou menos com os mesmos valores, apresenta um decréscimo de ansiedade no 6º ano, voltando a aproximar-se do sexo feminino no 8º ano, registando ainda assim valores mais baixos (gráfico 1 – p.205). A diferença de resultados entre os sexos pode ser causada pela ansiedade mobilizada com o início da puberdade, que é mais precoce nas raparigas. Os rapazes só sofrem este efeito mais tarde, numa idade mais ou menos coincidente com o 8º ano.

Consideremos agora a dimensão Estatuto Intelectual, onde se volta a verificar o efeito significativo do Sexo, com valores médios superiores na amostra feminina. Estes resultados poderão até estar relacionados com os do Aspecto Comportamental, que apresenta também valores médios superiores na amostra feminina. Nas raparigas, o investimento académico é maior, sendo o bom comportamento mais um aspecto associado a esse investimento.

Na dimensão Popularidade foram encontradas diferenças significativas na variável Ano de Escolaridade, entre o 4º e 8º, onde a diferença entre os valores médios é maior. Quanto mais avançados no ano de escolaridade são os participantes maior a sua popularidade. Os resultados desta dimensão podem ser explicados com a questão do estatuto dos alunos mais velhos no ambiente escolar. No 8º ano é maior o sentimento de popularidade até porque existe um reconhecimento mais ou menos explícito por parte dos alunos mais novos.

Nas dimensões Aparência Física e Satisfação-Felicidade, a análise dos resultados não encontrou diferenças significativas em nenhuma das duas variáveis, nem na sua interacção.

Na dimensão Preocupação Empática, do Índice de Reactividade Interpessoal, verifica-se o efeito significativo da variável Sexo, sendo mais elevados os valores médios das raparigas. A maior capacidade empática registada na amostra feminina

poderá estar relacionada com a educação de género, que reforça positivamente a empatia e os comportamentos empáticos, classificando-os como parte dos papéis femininos na sociedade.

Noutra dimensão deste Índice, Tomada de Perspectiva, dá-se conta do efeito significativo da variável Sexo, com valores médios mais elevados nas raparigas. A variável Ano de Escolaridade produz também um efeito significativo, entre o 4º e o 8º ano, cujos valores médios apresentam maior diferença entre si. A Tomada de Perspectiva aumenta com a progressão nos anos de escolaridade. Estes resultados fazem sentido se considerarmos o processo de desenvolvimento cognitivo, que permite que os alunos do 8º ano apresentem mais maturidade cognitiva, e consequentemente, capacidade de raciocinar de forma abstracta.

Também se encontra o efeito significativo na variável Sexo na dimensão Perturbação Pessoal, com as raparigas a registarem os valores médios mais elevados. Encontram-se diferenças significativas na variável Ano de Escolaridade, entre o 4º e o 6º ano e entre o 4º e o 8º ano, onde as diferenças entre médias são maiores, sendo a diferença entre valores médios do 4º e 8º ano mais elevada. Ao longo dos anos de escolaridade vai diminuindo a Perturbação Pessoal, o que poderá estar relacionado com o processo de autonomia, com a maior capacidade de contenção emocional e com a maturidade cognitiva. Os valores médios mais elevados nas raparigas poderão estar associados às questões da educação de género já abordadas anteriormente.

A análise dos resultados obtidos através da Escala de *Locus* de Controlo regista um efeito significativo da variável Ano de Escolaridade, devido a diferenças significativas encontradas entre o 4º e o 8º ano, sendo os participantes do 8º aqueles que apresentam valores médios mais elevados. À medida que se avança nos anos de escolaridade o *locus* de controlo vai aumentando no sentido de maior externalidade, podendo este facto estar relacionado com o processo de autonomia.

A dimensão Co-visionamento, da Escala de Mediação Familiar, apresenta um efeito significativo da variável Ano de Escolaridade, sendo maior a diferença entre os valores médios do 4º e o 8º ano. Ao longo dos anos de escolaridade o co-visionamento vai diminuindo, aspecto que pode estar associado ao processo de autonomia e ao facto dos

pais comecem a confiar na capacidade de discernimento e de descodificação das mensagens dos filhos mais velhos. É como se começassem a ser vistos como menos vulneráveis aos efeitos nefastos da publicidade televisiva.

O gráfico 2 (p.208) demonstra que as raparigas praticamente mantêm o nível de co-visionamento, com uma ligeira descida no 6º ano, enquanto que nos rapazes se assiste a um decréscimo do visionamento ao longo dos anos de escolaridade. Possivelmente os rapazes procuram, mais do que as raparigas, o visionamento televisivo solitário como forma de expressar sua autonomia, preferindo elas outras formas de expressão.

Na análise dos resultados da dimensão Discussão da Publicidade Televisiva verifica-se que não existem diferenças significativas nas duas variáveis, nem na sua interacção.

Relativamente à dimensão Controlo do Visionamento Televisivo, verifica-se um efeito significativo da variável Ano de Escolaridade, com maiores diferenças entre os valores médios do 4º e 8º ano, e os do 6º e 8º ano, sendo maior a primeira quando comparada com a segunda. Ao longo do desenvolvimento vai diminuindo o controlo do visionamento televisivo por parte dos pais, que possivelmente vão considerando esse controlo como cada vez menos necessário. Aos mais velhos é cada vez mais atribuída uma capacidade de descodificação das mensagens e percebida uma menor influência nefasta dessas mensagens.

Admitindo agora os resultados obtidos a partir dos participantes pais e prestadores de cuidados. A dimensão Comunicação Orientada para o Conceito, dos padrões de comunicação familiar, aparece um efeito da variável Ano de Escolaridade, embora o teste de Scheffé não encontre diferenças significativas. Pelo contrário, o efeito significativo da variável Sexo expressa-se pela superioridade dos valores médios da amostra feminina. Os pais das raparigas referem maior presença de comunicação orientada para o conceito, ou seja, consideram que as encorajam a desenvolver as suas preferências de consumo. Uma possível explicação poderá ser o facto das raparigas amadurecerem mais cedo, o que leva os pais a considerarem que elas sejam capazes de desenvolver as suas preferências de consumo.

Na outra dimensão, Comunicação Sócio-Orientada, verifica-se apenas um efeito significativo da interação entre a variável Sexo e a variável Ano de Escolaridade. Na perspectiva dos pais, a comunicação sócio-orientada, ao longo dos anos de escolaridade, diminui para as raparigas e aumenta para os rapazes. Assim sendo, no 4º ano é superior nas raparigas, no 6º as duas amostras coincidem, passando os rapazes para uma posição bem mais elevada no 8º (gráfico 3 – p.209). Ao longo dos anos de escolaridade, este tipo de comunicação aumenta para os rapazes e diminui para as raparigas. Isto pode indicar que os pais esperam que os filhos rapazes sigam os seus próprios padrões de consumo, provavelmente porque os consideram mais imaturos que as raparigas, estimulando estas a desenvolver as suas preferências de consumo.

Os resultados da dimensão Atitude face à Publicidade, não identificam um efeito significativo da variável Ano de Escolaridade, mas o teste de Scheffé mostra que existem diferenças significativas entre o 6º e o 8º ano, sendo nestes dois grupos que se encontra a maior diferença entre médias, que é mais elevada no 6º ano. Do 4º para o 6º ano, esta atitude torna-se mais favorável, possivelmente porque os pais já esperam que os pedidos de compra aumentem. Com a entrada na adolescência, a atitude dos pais face à publicidade torna-se muito menos favorável, provavelmente porque nessa fase os filhos intensificam os pedidos de compra.

Em relação ao efeito significativo da interação entre as duas variáveis, o gráfico 4 (p.210) mostra que a atitude face à publicidade dos pais de filhas torna-se mais favorável do 4º para o 6º ano e mais desfavorável do 6º para o 8º. Nos pais dos rapazes esta atitude torna-se mais desfavorável do 4º para o 6º, subindo muito ligeiramente até ao 8º ano. De um modo geral, os pais dos rapazes têm uma atitude mais desfavorável do que os das raparigas, o que poderá indicar uma percepção parental de maior vulnerabilidade nos rapazes em relação à publicidade.

Considerando agora a Atitude face à Publicidade Infantil, encontra-se um efeito significativo da variável Sexo, sendo mais elevados os valores médios dos pais da amostra feminina. Parece que os pais das raparigas são mais tolerantes em relação ao consumo feminino.

A dimensão Co-visionamento apresenta um efeito significativo da variável Ano de Escolaridade, com diferenças significativas entre o 4º e o 8º ano, entre o 4º e o 6º, e

entre o 6º e o 8º, sendo maior a diferença entre valores médios no primeiro grupo, seguido do segundo e finalmente do terceiro. Nos resultados obtidos a partir dos pais há um decréscimo dos valores médios ao longo dos anos de escolaridade. À medida que os filhos ficam mais velhos, os pais parecem ir considerando a sua presença como menos necessária, provavelmente porque confiam mais na capacidade daqueles em descodificar as mensagens televisivas, sejam elas publicitárias ou não.

Na dimensão Discussão sobre a Publicidade Infantil os resultados não revelaram diferenças significativas em nenhuma das duas variáveis, nem na sua interacção.

Quanto à dimensão Controlo do Visionamento Televisivo verifica-se um efeito significativo da variável Ano de Escolaridade, com diferenças significativas entre o 4º e 8º ano e entre o 6º e o 8º, com maiores diferenças entre valores médios, sobretudo no primeiro caso. Também aqui se assiste a uma diminuição do controlo ao longo dos anos de escolaridade, tendo este facto já sido explicado anteriormente (dimensão Co-visionamento).

Analisemos agora os estudos diferenciais realizados em função dos factores de caracterização dos participantes segundo a Interpretação do Percentil do IMC.

Na dimensão Aspecto Comportamental encontra-se um efeito significativo da interacção entre a variável Sexo e a variável Interpretação do Percentil do IMC (gráfico 5 - 213). Para os rapazes, o Aspecto Comportamental aumenta do Peso Normal para o Excesso de Peso e diminui até à Obesidade. Para as raparigas, o Aspecto Comportamental desce do Peso Normal para o Excesso de Peso e aumenta até à Obesidade. O Excesso de Peso altera a situação habitual de valores médios mais elevados nas raparigas.

Relativamente à Ansiedade, os resultados mostraram o efeito significativo da variável Sexo, com valores médios mais elevados para a amostra feminina. A maior presença de ansiedade nas raparigas já foi anteriormente interpretada.

Nas dimensões Estatuto Intelectual e Popularidade, a análise dos resultados não identificou diferenças significativas nas duas variáveis, nem na sua interacção.

Quanto à dimensão Aparência Física encontram-se diferenças significativas na variável Interpretação do Percentil do IMC, com valores médios mais elevados na categoria Excesso de Peso, seguindo-se os do Peso Normal e só posteriormente os da Obesidade. Parece que o Excesso de Peso não compromete a auto-imagem física, o que pode estar associado a uma certa tolerância cultural em relação ao excesso de peso, que já não funciona ao nível da obesidade.

Outro efeito significativo da variável Interpretação do Percentil do IMC acontece na dimensão Satisfação-Felicidade, com valores médios mais altos na categoria Peso Normal, seguindo-se os da Excesso de Peso e estes dos da Obesidade. Estes resultados não surpreendem, pois é natural que com o aumento de peso diminua o sentimento geral de satisfação ou felicidade.

Na dimensão Preocupação Empática verifica-se um efeito significativo da variável Sexo, com valores médios mais elevados na amostra do sexo feminino. O mesmo acontece com a dimensão Tomada de Perspectiva, embora nesta ainda se encontre o efeito significativo da interacção entre a variável Sexo e a variável Interpretação do Percentil do IMC. O gráfico 6 (p.215) mostra que as raparigas registam sempre valores médios mais elevados, sem grandes variações, enquanto que nos rapazes os valores médios descem de modo gradual no sentido do aumento do IMC. As questões da influência da educação de género na empatia já foram explicadas anteriormente e aplicam-se nestas duas dimensões e na próxima.

Da análise dos resultados da dimensão Perturbação Pessoal resulta a identificação do efeito significativo da variável Sexo, com superioridade das médias da amostra feminina, e ainda o da interacção entre a variável Sexo e a variável Interpretação do Percentil do IMC. Nas raparigas, a Perturbação Pessoal aumenta até ao Excesso de Peso e estabiliza até à Obesidade, enquanto que nos rapazes, sendo os valores médios sempre mais baixos, há uma descida até ao Excesso de Peso e uma subida até à Obesidade (gráfico 7 - 216).

Não foram encontradas diferenças significativas nas duas variáveis, nem na sua interacção, nas dimensões: Escala de *Locus* de Controlo, Co-visionamento, Discussão da Publicidade Televisiva, Controlo do Visionamento Televisivo.

Seguem-se os factores de caracterização dos participantes pais ou prestadores de cuidados segundo a Interpretação do Percentil do IMC. Na dimensão Comunicação Orientada para o Conceito verifica-se um efeito significativo da variável Sexo, com valores médios mais elevados relativos aos pais das participantes. Este efeito já foi anteriormente explicado.

Na dimensão Comunicação Sócio-Orientada, os resultados mostram um efeito significativo da interacção entre a variável Sexo e a variável Interpretação do Percentil do IMC. No Peso Normal e na Obesidade os pais da amostra feminina apresentam valores médios mais baixo que os pais da amostra masculina. No Excesso de Peso, onde a diferença entre as duas amostras é maior, verifica-se um valor médio mais elevado nos pais das raparigas (gráfico 8 – p.218). Os pais parecem reagir mais ao excesso de peso feminino, esperando nessa situação que elas sigam os seus padrões de consumo, quando habitualmente procuram estimulá-las a desenvolver as suas preferências.

Para as dimensões Atitude face à Publicidade, Atitude face à Publicidade Infantil, Co-visinamento, Discussão sobre a Publicidade Televisiva e Controlo do Visionamento Televisivo, não se verificaram diferenças significativas nas duas variáveis, nem na sua interacção.

A correlação entre os instrumentos permitiu identificar a existência de outras associações. Começando pelas correlações positivas, verifica-se que associada a um bom auto-conceito na sua vertente de Aparência Física está o Co-visionamento Televisivo (respostas crianças e adolescentes). Considerando o auto-conceito como um dos “factores de personalidade da criança e adolescente”, a sua dimensão Aparência Física surge aqui associada a um comportamento de mediação familiar do uso dos *media*, percebido pelas crianças e adolescentes. Este comportamento, para além da mediação, dá conta de um investimento na relação entre pais e filhos, sentido por estes últimos, que terá certamente efeitos benéficos, não só na protecção das crianças e

adolescentes em relação às consequências nefastas da publicidade alimentar, mas também na construção de uma imagem positiva de si e do seu aspecto físico.

As variáveis Idade e a Tomada de Perspectiva também surgem associadas positivamente, mostrando que quanto mais aumenta a Idade mais presente está a capacidade empática do sujeito perceber a realidade a partir de uma perspectiva diferente da sua. A relação entre este factor de personalidade da criança e adolescente e a Idade pode ser entendido como lógico, pois ao longo do desenvolvimento a maturação das estruturas cognitivas tornam cada vez mais possível a descentração, a alteralidade, a triangulação e a abstracção.

A correlação entre a dimensão Tomada de Perspectiva e a Satisfação-Felicidade estabelece uma relação entre a capacidade de nos colocarmos enquanto indivíduos numa perspectiva diferente da nossa com sentimentos de satisfação ou de felicidade gerais, decorrentes de um bom auto-conceito. Estas duas variáveis, que pertencem a dois dos tais “factores de personalidade da criança e adolescente”, capacidade empática e auto-conceito, apresentam uma associação expectável, pois a capacidade de empatizar com o outro, ao disponibilizar os indivíduos para uma relação mais aberta com o exterior, possibilita os sentimentos de satisfação e felicidade.

Outra correlação positiva encontrada foi a que se estabelece entre a dimensão Discussão Publicidade Televisiva (respostas das crianças e adolescentes) e Comunicação Orientada para o Conceito, relaciona pais e filhos de um modo também esperado. Os filhos que referem que conversam com os pais acerca da publicidade televisiva são aqueles que são encorajados pelos pais a desenvolver as suas próprias preferências de consumo. É esta discussão que permite às crianças e adolescentes a descoberta mais consciente das suas preferências. De um modo mais geral, uma prática de mediação parental em contexto de uso dos *media* é um instrumento de educação para os *media*, pois permite que as crianças e adolescentes aprendam a descodificar as mensagens publicitárias e a reflectir sobre os seus comportamentos de consumo. Autores como Armstrong & Brucks (1988) consideram que a supervisão paterna no consumo dos *media* é fundamental apesar de pouco frequente. A sua importância é tal que a presença de estimulação, de educação para os *media* e de capacidades cognitivas satisfatórias, não dispensa nem compensa a falta desse envolvimento parental.

As variáveis Co-visionamento (respostas dos pais) e Co-visionamento (respostas dos filhos) surgem também positivamente associadas numa concordância entre pais e filhos em relação a este hábito televisivo.

A correlação positiva entre Idade e Ansiedade é esperada se considerarmos que a faixa etária dos participantes deste estudo compreende a pré-adolescência e a adolescência, onde as tarefas de desenvolvimento mobilizam ansiedades associadas à puberdade, processo de autonomia, questões identitárias e o revisitar do conflito edipiano.

Quanto à relação positiva entre o Estatuto Intelectual e a Comunicação Orientada para o Conceito, podemos interpretá-la considerando que o encorajamento e o investimento parental em relação ao desenvolvimento de preferências de consumo dos filhos, não só estimula a capacidade de pensar destes como lhes valida essa mesma capacidade. Quando os pais se relacionam com os filhos admitindo que eles têm capacidade intelectual, é natural que estes filhos construam essa imagem de si.

A Atitude face à Publicidade e a Perturbação Pessoal são outras duas variáveis que aparecem correlacionadas positivamente. Isto significa que a pais com uma atitude mais favorável face à publicidade correspondem filhos com maior capacidade empática, mais susceptíveis de se perturbarem com o exterior. É possível que esta tolerância dos pais em relação às influências externas deixe os filhos desprotegidos nas situações em que estas influências são negativas.

A correlação positiva entre Atitude face à Publicidade e o *Locus* de Controlo associa pais com atitudes favoráveis face à publicidade a filhos que tendem a atribuir causas externas àquilo que lhes acontece. A situação de desprotecção, referida no parágrafo anterior, criada pela atitude favorável dos pais face à publicidade, parece promover nos filhos um sentimento de pouco controlo em relação aos seus acontecimentos de vida.

O Sexo surge positivamente relacionado à dimensão Comunicação Orientada para o Conceito, dando conta de que são as raparigas quem mais estabelece com os pais este tipo de comunicação. O facto das raparigas amadurecerem física e psicologicamente

mais cedo poderá tornar mais provável que os pais estabeleçam este tipo de comunicação com as filhas, reconhecendo-lhes assim maior capacidade de fazer escolhas acertadas.

O Aspecto Comportamental e a Preocupação Empática surgem associadas positivamente na amostra de crianças e adolescentes, o que seria de esperar, uma vez que a preocupação empática é frequente e socialmente classificada como um bom comportamento. As crianças e adolescentes que se percebem como bem comportadas, no sentido de apresentarem comportamentos considerados pelos pais, escola e sociedade como adequados, tendem a avaliar a sua preocupação empática como forte, pois identificam esta capacidade como factor precipitante de bons comportamentos.

Consideremos agora a correlação entre Estatuto Intelectual e Discussão Publicidade Televisiva (respostas das crianças e adolescentes). As crianças e adolescentes que referem a existência de conversas com os pais acerca da publicidade televisiva, são as mesmas que apresentam um bom auto-conceito intelectual, admitindo assim a sua capacidade de conversar. É provável que esta auto-imagem esteja associada ao facto dos pais promoverem estas e outras conversas, pois ao mesmo tempo que estimulam intelectualmente os filhos, reconhecem e reforçam as suas capacidades, permitindo-lhes assim o desenvolvimento de bom auto-conceito intelectual.

A relação positiva entre Perturbação Pessoal e Co-visionamento (respostas das crianças e adolescentes) associa a capacidade empática com a mediação familiar, o que nos permite interpretar como possível o facto da mediação familiar, aqui na prática de co-visionamento, poder estimular nas crianças e adolescentes a capacidade empática de se deixarem perturbar com aquilo que acontece a outros. Por outro lado, a percepção parental em relação à capacidade de perturbação pessoal dos filhos, pode desencadear nos pais práticas de mediação parental aquando do visionamento televisivo, numa tentativa de os proteger e de controlar os efeitos perturbantes dos conteúdos televisivos nos filhos.

Ainda como correlação positiva, surge a associação entre a Discussão Publicidade Televisiva e Co-visionamento, sendo ambas relativas a respostas da amostra de crianças

e adolescentes. Esta ligação pode ser vista como redundante, pois o próprio co-visionamento torna mais possível a ocorrência de conversas, sendo por outro lado mais fácil conversar sobre aquilo que as duas partes viram. Para além disso, tanto a discussão sobre publicidade televisiva como o co-visionamento, são práticas de mediação familiar para o uso dos *media*, sendo provável que ocorram juntas em pais que têm preocupações educativas com os filhos.

A correlação entre o Controlo do Visionamento Televisivo e o Co-visionamento (ambas relativas a respostas da amostra de crianças e adolescentes) reúne duas práticas de mediação familiar, tal como na correlação anterior. Para controlar o visionamento televisivo é necessário o co-visionamento e só co-visionando se pode controlar os programas, momentos e quantidade de horas gastas. É portanto fundamental a presença e envolvimento parental. Segundo Ward (1974), a socialização do consumidor desenvolve-se mais através de processos interpessoais subtis do que por treino. Também Ward, Wackman & Wartella (1977) referem a acção indirecta da modelagem, não desvalorizando as formas mais directas do processo de socialização, como é o caso da discussão e do treino.

As variáveis Atitude face à Publicidade e Ansiedade surgem positivamente relacionadas, confirmando as interpretações sugeridas em correlações anteriores. Podemos então considerar que quanto mais favorável for a atitude dos pais face à publicidade, menos protegidos estão os filhos em relação a conteúdos televisivos perturbadores, aumentando assim os seus níveis de ansiedade.

A correlação positiva entre Controlo do Visionamento Televisivo (respostas dos pais) e Co-visionamento (respostas das crianças e adolescentes) reúne duas práticas de mediação parental, sendo expectável que surjam associadas. Quanto à relação específica entre estas duas variáveis, podemos admitir que o aumento do Co-visionamento percebido pelas crianças e adolescentes, está associado a contextos familiares onde os pais sentem maior necessidade e responsabilidade de controlar o visionamento televisivo dos filhos. Segundo Rose et al. (1998), a restrição e monitorização parental está associada à comunicação familiar acerca do consumo e dos comportamentos relacionados com os *media*. Os diferentes níveis de preocupação dos pais em relação ao uso que os filhos fazem dos *media* dão conta de diferenças pessoais e culturais no que

respeita à deseabilidade de controlar as influências externas. No mesmo sentido, Carlson & Grossbart (1988) e Carlson et al. (1990) afirmam que a literatura associa os padrões de comunicação familiar com o controlo parental de consumo e de uso dos *media*.

Analisando as correlações negativas, encontra-se uma associação negativa entre o *Locus* de Controlo e o Co-visionamento (respostas das crianças e adolescentes). Assim, na percepção das crianças e adolescentes, quanto mais tendem a considerar que as causas para aquilo que lhes acontece são externas menos presente está a prática de mediação familiar do co-visionamento. A forte atribuição de externalidade das causas dos acontecimentos, mostra-se portanto associada a pouco co-visionamento. Provavelmente o co-visionamento ajudará a tornar o *locus* de causalidade mais interno, o que permite às crianças e adolescentes admitir que têm algum controlo sobre aquilo que lhes acontece. Por outras palavras, o co-visionamento é um contexto propício à discussão entre pais e filhos, estimulando nestes a capacidade de reflexão e a maturidade cognitiva necessária à identificação da sua participação nos acontecimentos.

Outra correlação negativa associa a Preocupação Empática com o *Locus* de Controlo. Quanto mais baixa a preocupação empática, mais o locus de causalidade é externo, ou seja, se a criança ou adolescente sente que não controla o que lhe acontece, é difícil que sinta que controla o que acontece aos outros, o que torna “desnecessária” a preocupação empática. Noutro sentido, a criança ou adolescente capaz de se preocupar empaticamente tende a apresentar um *locus* de causalidade interno, sente que tem mais controlo no que lhe acontece e reflecte mais sobre si e sobre a sua participação nos acontecimentos.

A correlação negativa entre as variáveis Idade e Co-visionamento (respostas das crianças e adolescentes) demonstra que quanto mais os participantes se aproximam da adolescência, menos os pais sentem necessidade de mediar o contacto estabelecido com os conteúdos televisivos e mais confiam na capacidade dos filhos em interpretar as mensagens publicitárias e televisivas. Para além disso, é possível que os pré-adolescentes e adolescentes procurem no visionamento televisivo solitário uma certa afirmação da sua autonomia e individualidade.

Outras duas variáveis que também surgem associadas negativamente são a Atitude face à Publicidade e o Estatuto Intelectual. Assim, a pais com atitudes mais favoráveis face à publicidade correspondem filhos que apresentam menor auto-conceito intelectual. Esta relação pode fazer sentido se considerarmos que as atitudes parentais favoráveis em relação à publicidade traduzem-se naturalmente em comportamentos pouco mediadores, que poderão ser percebidos pelos filhos como pouco investimento e não reconhecimento das suas capacidades intelectuais.

A correlação negativa entre Discussão da Publicidade Televisiva (respostas dos pais) e Ansiedade, associa a frequência da discussão sobre publicidade televisiva e baixos níveis de ansiedade. Deste modo, parece que a discussão construtiva entre pais e filhos, seja ela sobre a publicidade televisiva ou não, tem um efeito apaziguador no que respeita à ansiedade dos filhos. Os pais que discutem com os filhos comunicam-lhes o seu suporte e investimento afectivo, contendo assim as suas angústias.

O Co-visionamento (respostas dos pais) e a Satisfação-Felicidade são duas variáveis cuja relação se traduz numa correlação negativa. O co-visionamento frequente, sendo uma prática de mediação parental, pode ser entendido como negativo se corresponder a uma grande necessidade de controlo por parte dos pais, que não é acompanhada por uma capacidade de suporte. Os pais muito exigentes em relação ao cumprimento de regras, mobilizam-se para o controlo, que não sendo acompanhado de suporte poderá criar nos filhos sentimentos de desvalorização e insatisfação.

Outra correlação negativa reúne as variáveis Sexo e *Locus* de Controlo. Indica que as raparigas tendem a apresentar um *locus* de controlo interno, o que poderá estar relacionado com a sua maturação e maturidade precoce em relação aos rapazes. As raparigas mostram ser mais precocemente capazes de considerarem a sua participação naquilo que lhes acontece.

A correlação negativa entre a variável IMC e Satisfação-Felicidade mostra que o aumento de IMC, que vai no sentido do excesso de peso e obesidade, compromete a boa auto-imagem das crianças e adolescentes, condicionando o seu sentimento de satisfação e felicidade.

Quanto à correlação negativa que associa a Aparência Física com o Controlo Visionamento Televisivo (respostas das crianças e adolescentes), é possível interpretá-la segundo o sentimento de confiança que a aparência física alimenta. Possivelmente, as crianças e adolescentes com boa aparência física tendem a ser mais confiantes e a resistirem mais ao controlo parental, e ao mesmo tempo, os pais tenderão a vê-los como mais capazes de se protegerem dos efeitos nefastos da publicidade televisiva. Por outro lado, um forte controlo do visionamento televisivo poderá dar conta de uma forte necessidade de controlo por parte dos pais, que quando não acompanhada de suporte, compromete a auto-imagem e sentimento de valor das crianças e adolescentes.

A correlação negativa estabelecida entre o Controlo do Visionamento Televisivo (respostas dos pais) e Aparência Física é muito semelhante à anterior, diferindo apenas no facto da variável Controlo do Visionamento Televisivo referir-se aqui às respostas dadas pelos pais.

Finalmente, as variáveis Atitude face à Publicidade Infantil e a Preocupação Empática reúnem-se numa correlação negativa, que associa as atitudes parentais mais favoráveis face à publicidade infantil a menos preocupação empática por parte dos filhos. Os pais com atitudes mais favoráveis face à publicidade infantil, sentem menos necessidade de mediar não só os conteúdos televisivos como outras experiências de aprendizagem dos filhos. Não sentem a sua “ajuda” como necessária, o que os conduz a comportamentos pouco relacionais, criando assim poucas oportunidades de desenvolvimento da capacidade empática dos filhos.

A regressão hierárquica permitiu medir a influência de diferentes grupos de variáveis na variável dependente IMC. O quarto bloco de variáveis é o que mais contribui para a variância do IMC, seguindo-se o terceiro, o segundo e o primeiro. Dividindo as variáveis independentes em grupos: o do Sexo e da Idade é o que mais contribui para a variância da variável dependente (IMC), seguido das variáveis relativas aos pais (padrões de comunicação familiar, atitude face à publicidade/publicidade infantil e mediação familiar), depois seguem-se as que correspondem aos factores de personalidade da criança e adolescente (auto-conceito, capacidade empática e internalidade/externalidade do *locus* causal) e só depois a mediação familiar da amostra crianças e adolescentes. O conjunto padrões de comunicação familiar, atitude face à

publicidade/publicidade infantil e mediação familiar, produz mais influência no IMC da criança e adolescente do que os factores de personalidade desta ou mesmo do que a mediação percebida por ela.

Numa análise mais pormenorizada, que permite conhecer o valor preditivo de cada uma das dimensões consideradas nos quatro grupos de variáveis independentes, verifica-se que no primeiro, segundo e terceiro blocos apenas a Idade apresenta resultados estatisticamente significativos. No quarto bloco, a relevância estatística dos resultados acontece não só na variável Idade como também na da Atitude face à Publicidade Infantil.

Considerando os resultados da regressão hierárquica e os coeficientes de regressão das variáveis independentes, podemos admitir que no conjunto de variáveis: padrões de comunicação familiar, atitude face à publicidade/publicidade infantil e mediação familiar, a atitude face à publicidade infantil é a variável que mais influencia o IMC.

A importância deste resultado pode ser facilmente compreendida admitindo que o condicionamento que a atitude dos pais face à publicidade infantil representa para os padrões de comunicação familiares, que por sua vez têm um papel mediador na aquisição de motivações, atitudes e comportamentos de consumo por parte dos filhos (Carlson et al., 1994).

CONCLUSÃO

A gravidade do problema da obesidade é traduzida na frequente expressão “epidemia da obesidade”. As proporções epidémicas que tomou reflectem-se em grandes consequências físicas e psiquiátricas para as suas vítimas, que por sua vez criam por si só constrangimentos económicos e sociais. A intervenção nesta área adquire assim um carácter prioritário, quando a obesidade ultrapassa o indivíduo e se torna um problema de saúde pública.

Convém lembrar que a obesidade é marcada pelo seu carácter multifactorial e também pelas variações que os diferentes factores de risco compreendem. Em factores tão variados como os genéticos, os familiares, os sócio-económicos, os culturais e os ambientais, as combinações são múltiplas, variando a participação de cada conjunto de factores em cada caso. Ao longo do tempo estes factores também sofrem alterações. Por exemplo, o aumento das horas de visionamento televisivo, representa uma alteração nos factores ambientais, resultando num maior sedentarismo. Como outro exemplo temos a modificação dos hábitos e padrões alimentares, caracterizada fundamentalmente pelo recurso à *fast food* ou “comida de plástico”. Num mesmo plano, surge a publicidade alimentar dirigida às crianças e uma indústria alimentar empenhada em seduzir os ambientes escolares. Acrescenta-se ainda a influência de factores que perturbam a manutenção de um comportamento alimentar saudável: a prática comum e irreflectida da dieta, o uso excessivo dos *media*, uma generalizada insatisfação corporal e os comentários negativos relativos ao peso, tão frequentes em contexto familiar e social.

Também a nível social os conceitos comprometem a boa relação com o corpo e com o peso. Pode-se falar da existência de uma cultura de dieta, que induz nos indivíduos comportamentos que acabam por responder mais a propósitos económicos do que à obtenção de um peso saudável. Os *media* divulgam incessantemente uma imagem corporal específica, com um carácter ideal a que muito poucos podem corresponder. Esta multiplicidade de factores justifica uma abordagem ecossistémica, que analise a influência da interacção entre os diversos sistemas e a participação de cada um deles no

problema da obesidade. A variável proximidade dos factores de risco em relação ao indivíduo levanta também a polémica questão da responsabilidade individual e social.

Relativamente à publicidade infantil, a literatura associa-a às preferências e consumos alimentares das crianças. Este tipo de publicidade utiliza técnicas cada vez mais sofisticadas, mascarando eficazmente a sua intenção persuasiva. A publicidade especialmente dirigida a crianças encontra nestas, estruturas cognitivas ainda em desenvolvimento, ou pelo menos, uma educação para os *media* insuficiente, justificando a necessidade de protecção infantil. Daqui surge a questão da pertinência da regulação da publicidade infantil. As opiniões dividem-se entre regulação estatutária e auto-regulação, não sendo difícil perceber que grupos sociais assumem cada uma das posições. A possível actividade reguladora das escolas encontra as estratégias habilidosas da indústria alimentar. Para além de toda a controvérsia, a questão ética da regulação da publicidade preocupa alguns investigadores que a identificam como decisiva.

Face à necessidade de intervenção na obesidade, vários países europeus analisaram as suas situações e definiram medidas e estratégias de prevenção e intervenção. Os especialistas que organizam projectos de intervenção preventiva consideram diferentes medidas que vão desde o aumento da actividade física à utilização da televisão como instrumento de prevenção. Tendo por base a multiplicidade de causas da obesidade, os autores definem intervenções que envolvem diferentes grupos sociais e profissionais, recomendando-lhes a aplicação de medidas específicas. Para além disso, a eficácia das intervenções depende também do conhecimento das percepções da comunidade em relação à obesidade, pois só assim é possível contar com o seu suporte.

A nível familiar importa enfatizar a responsabilidade parental na supervisão do consumo dos *media*. Os pais, por uma questão de proximidade e de possibilidade de intervenção precoce, estão numa posição privilegiada para fazer uma mediação do uso dos *media*. Esta mediação inclui necessariamente uma educação para os *media*, que fornece às crianças instrumentos cognitivos úteis na descodificação das mensagens publicitárias.

A partir dos resultados obtidos através dos instrumentos de avaliação aplicados, foi possível conhecer em alguma medida a forma como a mediação parental actua na protecção dos efeitos nefastos da publicidade infantil e, conseqüentemente na prevenção da obesidade infantil.

A análise dos resultados mostra que a mediação parental tem um papel protector da má influência da publicidade televisiva na obesidade infantil, actuando através dos factores de personalidade da criança e adolescente. Os padrões de comunicação e as atitudes face à publicidade / publicidade infantil, podem também ser considerados formas de mediação familiar, uma vez que condicionam os pedidos de compra e consumo das crianças e adolescentes. De entre estas variáveis parentais, a atitude face à publicidade infantil destacou-se como variável com influência relevante no IMC. É do conhecimento geral que as atitudes determinam de modo proximal os comportamentos, e que aquelas são, por sua vez, determinadas pelas crenças. Neste contexto específico, as crenças dos pais que não considerem o efeito negativo e efectivo da publicidade infantil na determinação dos pedidos das crianças e adolescentes e do consumo, alimentam atitudes favoráveis face à publicidade infantil. Estas tendem a diminuir os comportamentos de mediação familiar, aumentar os comportamentos de compra de alimentos pouco saudáveis, comprometendo o envolvimento dos pais na protecção dos filhos em relação aos apelos obesogénicos.

A obesidade é um problema complexo, influenciado por factores sociais, culturais, físicos e económicos, pelo que combatê-lo exige uma intervenção multifactorial. Este facto não exclui a escola nem a família. A escola pode tornar o seu ambiente menos obesogénico, ou seja, menos promotor da obesidade, pode disponibilizar alimentos mais saudáveis, pode estimular a prática de actividades físicas e pode também informar. Seja pela escola, seja num contexto mais alargado, os pais devem ser sensibilizados no sentido de serem esclarecidos acerca do efeito nefasto e eficaz da publicidade alimentar dirigida a crianças e adolescentes; da sua influência nos comportamentos de compra; da sua frequente presença nas televisões e das técnicas sofisticadas utilizadas. Para além do carácter mais informativo, a sensibilização dos pais visa envolvê-los em práticas de mediação, como o co-visionamento televisivo, tornando-os assim conscientes da sua responsabilidade e posição privilegiada como mediadores do uso dos *media*. A educação alimentar deve ser um esforço conjunto entre escola e família, mas se

podemos regular a participação da escola, não o podemos fazer tão facilmente em relação às famílias. As famílias não têm todas a mesma capacidade de educar, a mesma informação e as mesmas crenças, mas todas as crianças têm o direito de serem protegidas de tudo o que comprometa a sua saúde. A escola é um agente de socialização, que tem responsabilidades educativas que vão muito para além do *currículum*. A escola, não podendo fazer tudo, pode fazer muito se tiver como referência o facto de funcionar como um modelo, tanto através dos seus agentes educativos como das suas práticas. Por outro lado, tem acesso aos pais, que na maior parte das vezes lhe reconhece autoridade educativa.

Neste estudo a aplicação dos instrumentos revelou-se longa e exaustiva, sobretudo para as crianças mais novas. Os dados foram recolhidos em escolas privadas, o que pode ter comprometido a representatividade da amostra. De qualquer modo, e apesar das suas limitações, o estudo é exploratório na medida em que faz uma primeira abordagem do papel da mediação parental do uso dos *media* na prevenção da obesidade infantil. Este trabalho possibilitou conhecer melhor o comportamento das variáveis consideradas e as relações entre elas, mas sobretudo permitiu identificar a atitude dos pais face à publicidade infantil como variável determinante na obesidade infantil.

Considerando os objectivos inicialmente estabelecidos e as limitações que se foram encontrando ao longo do trabalho, surge agora como pertinente a realização de um estudo de natureza qualitativa, que teria como objectivo o conhecimento das crenças que suportam as atitudes favoráveis dos pais face à publicidade infantil. Com base nestas informações seria possível estruturar um projecto educativo para os pais, orientado para a modificação das crenças que sustentam as atitudes favoráveis dos pais. A eficácia e a manutenção dos resultados desta intervenção, estando esta integrada num estudo longitudinal, seriam posteriormente avaliadas.

Referências

- Abrams, D. (1991). Conceptual models to integrate individual and public health interventions: The example of workplace. In *Proceedings of the international conference on promoting dietary change in communities* (pp. 170-190). Seattle: The Fred Hutchinson Cancer Research Center.
- Adler, N.; Boyce, T.; Chesney, M. et al. (1994). Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *American Psychology*, 49, 15-24.
- American Academy of Pediatrics (2001). Committee on public education. Children, adolescents and television. *Pediatrics*, 107, 423-426.
- American Academy of Pediatrics (2003). *Overweight and obesity: AAP recommendations*. Elk Grove Village, IL: AAP.(www.aap.org/obesity/recommendation.s.htm)
- American Psychological Association. (2004). A report of the APA task force on advertising and children. In Kunkel, D.; Wilcox, B.; Cantor, J.; Palmer, E.; Linn, S. & Dowrick, P. (Eds). *Psychological issues in the increasing commercialization of childhood*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Andersen, R.; Crespo, C.; Bartlett, S.; Cheskin, L. & Pratt, M. (1998). Relationships of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children: Results from the third national health and nutrition examination survey. *Journal of the American Medical Association*, 279, 938-942.
- Anderson, D.; Field, D.; Collins, P.; Lorch, E. & Nathan, J. (1985). Estimates of young children's time with television: A methodological comparison of parent reports with time-lapse video home observation. *Child Development*, 56, 1345-1357.
- Anderson, R.; Sorlie, P.; Backlund, E. et al. (1997). Mortality effects of community socioeconomic status. *Epidemiology*, 8, 42-47.
- Andrist, L. (2003). Media images, body dissatisfaction and disordered eating in adolescent women. *MCN. American Journal Maternal Child Nursing*, 28, 119-123.
- Ariès, P. (1962). *Centuries of childhood*. London: Jonathan Cape.
- Armstrong, G. & Brucks, M. (1988). Dealing with children's advertising: Public policy issues and alternatives. *Journal of Public and Marketing*, 7(1), 98-113.
- Arnold, C. (2004). Just press play. *Marketing News*, 38(9), 1-15.

Ashe, M.; Jernigan, D.; Kline, R. & Galaz, R. (2003). Land use planning and the control of alcohol, tobacco, firearms and fast food restaurants. *American Journal of Public Health*, 93, 1404-1408.

Austin, S.; Melly, S.; Sanchez, B.; Patel, A.; Buka, S. & Gortmaker, S. (2005). Clustering of fast-food restaurants around schools: A novel application of spatial statistics to the study of food environments. *American Journal of Public Health*, 95 (9), 1575-1581.

Barton, S.; Walker, L.; Lambert, G.; Gately, P. & Hill, A. (2004). Cognitive change in obese adolescents losing weight. *Obesity Research*, 12, 313-319.

Batterham, R. et al. (2003), citado por Pincock, S. (2003). Peptide shows potencial as an appetite suppressant. *The Lancet*, 362 (9387), 883.

Baur, L. (2002). Child and adolescent obesity in the 21st century: An Australian perspective. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 11 (Suppl 3), S524-S528, citado por Chapman, K.; Nicholas, P. & Supramaniam, R. (2006). How much food advertising is there on Australian television? *Health Promotion International*, 21 (3), 172.

Becque, M.; Katch, V.; Rocchini, A.; Marks, C. & Moorehead, C. (1988). Coronary risk incidence in obese adolescents: Reduction by exercise plus diet intervention. *Pediatrics*, 81, 605-612.

Bell, R.; Berger, C. & Townsend, M. (2003). *Portrayals of nutritional practices and exercise behaviour in popular american films, 1991-2000*. Center for Advanced Studies of Nutrition and Social Marketing. Davis, CA: University of California Davis.

Berman, H.; Ford-Gilboe, M. & Campbell, J. (1998). Combining stories and numbers: A methodologic approach for a critical nursing science. *Advances in Nursing Science*, 21(1), 1-15.

Binns, H. & Ariza, A. (2004). Guidelines help clinicians identify risk factors for overweight in children. *Pediatric Annals*, 33(1), 19-22.

Birch, L. & Davison, K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinics of North America*, 48, 893-907.

Birch, L.; McPhee, L. & Sullivan, S. (1989). Children's food intake following drinks sweetened with sucrose or aspartame: Time course effects. *Physiology & Behavior*, 45, 387-395.

Bjurstrom, E. (1994). *Children and television advertising*. Stockholm, Sweden: Konsumentverket.

Blum, R. (1990). Executive summary. *Journal of Adolescent Health Care*, 11, 86-90.

Boddewyn, J. (1988). *Advertising self-regulation and outside participation: A multinational comparison*. New York, NY: Quorum Books.

- Borzekowski, D. & Robinson, T. (1999). Viewing the viewers: Ten video cases of children's television viewing behaviours. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 43, 506-528.
- Borzekowsky, D. & Robinson, T. (2001). The 30-second effect: An experiment revealing the impact of television commercials on food preferences of preschoolers. *Journal of the American Dietetic Association*, 101, 42-46.
- Bouchard, C. (1997). Genetic of human obesity: Recent results from linkages studies. *Journal of Nutrition*, 127, S1887-S1890.
- Boush, D.; Friestad, M. & Rose, G. (1994). Adolescent skepticism toward tv advertising and knowledge of advertiser tactics. *Journal of Consumer Research*, 21 (June), 165-175, citados por Rose, G.; Bush, V. & Kahle, L. (1998). The influence of family communication patterns on parental reactions toward advertising: A cross-national examination. *Journal of Advertising*, 27 (4), 71-85.
- Boutin, P. & Froguel, P. (2001). Genetics of human obesity: Best practice and research. *Clinical Endocrinology and Metabolism*, 15, 391-404.
- Boynton-Jarrett, R.; Thomas, T.; Peterson, K.; Weicha, J.; Sobol, A. & Gortmaker, S. (2003). Impact of television viewing patterns on fruit and vegetable consumption among adolescents. *Pediatrics*, 112, 1321-1326.
- Brodie, M.; Foehr, U.; Rideout, V.; Baer, N.; Miller, C.; Flournoy, R. & Altman, D. (2001). Communicating health information through the entertainment media. *Health Affairs*, Jan/Feb, 192-199.
- Brody (2002), citado por Editorial (2002). Selling to – and selling out – children. *The Lancet*, 360 (9338), 959.
- Bronfenbrenner, U. (1979). Contexts of child rearing: Problems and prospects. *American Psychologist*, 34(10), 844-850.
- Brooks, G.; Butte, N.; Rand, W.; Flatt, J.-P. & Caballero, B. (2003). Chronicle of the Institute of Medicine physical activity recommendation: How a physical activity recommendation came to be among dietary recommendations. *American Journal of Clinical Nutrition*, 79 (Suppl.), 921S-930S.
- Broom, D. & Whittaker, A. (2004). Controlling diabetes, controlling diabetics: Moral language in the management of diabetes type 2. *Social Science and Medicine*, 58(11), 2371-2382.
- Brown, D. (2001). Media literacy and critical viewing in education. In Singer, D. & Singer, J. (Eds.) *The handbook of children and the media* (pp. 681-697). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Brownell, K. & Horgen, K. (2004). *Food fight: The inside story of the food industry, America's obesity crisis and what we can do about it*. New York: McGraw-Hill.

- Brumberg, J. (1997). *The body project: An intimate history of American girls*. New York: Random House.
- Buckingham, D. (1993). *Children talking television: The making of television literacy*. London: Falmer.
- Buckingham, D. (1997). Electronic child abuse? In Barker, M. & Petley, J. (Eds.) *Ill effects* (pp. 32-47). London: Routledge.
- Buckingham, D. (2004). *The media literacy of young people (report)*. London: Office of Communications (OFCOM). (www.ofcom.org.uk)
- Buijzen, M. & Valkenburg, P. (2003). The unintended effects of television advertising: A parent-child survey. *Communication Research*, 30, 483-503.
- Burt, J. & Hertzler, A. (1978). Parental influence on the child's food preference. *Journal of Nutrition Education*, 10, 127-130.
- Caira, N.; Lachenmavr, S.; Sheinfeld, J. et al. (2003). The health educator's role in advocacy and policy: Principles, processes, programs and partnerships. *Health Promotion Practice*, 4, 303-313.
- Callahan, D. & Jennings, B. (2002). Ethics and public health: Forging a strong relationship. *American Journal of Public Health*, 92, 169-176.
- Caraher, M. (2003). *TV advertising and children: A policy analysis*. Department of Health Management and Food Policy. Institute of Health Sciences. London: City University.
- Carlson, L. & Grossbart, S. (1988). Parental style and consumer socialization of children. *Journal of Consumer Research*, 15 (June), 77-94.
- Carlson, L. & Grossbart, S. (1988). Parental style and consumer socialization of children. *Journal of Consumer Research*, 15 (June), 77-94, citados por Rose, G.; Bush, V. & Kahle, L. (1998). The influence of family communication patterns on parental reactions toward advertising: A cross-national examination. *Journal of Advertising*, 27 (4), 71-85.
- Carlson, L.; Grossbart, S. & Walsh, A. (1990). Mothers' communication orientation and consumer-socialization tendencies. *Journal of Advertising*, 19 (3), 27-38.
- Carlson, L.; Walsh, A.; Laczniak, R. & Grossbart, S. (1994). Family communication patterns and marketplace motivations, attitudes, and behaviors of children and mothers. *The Journal of Consumer Affairs*, 28 (1), 25-53.
- Carlsson-Paige (2002), citado por McLellan, F. (2002). Marketing and advertising: Harmful to children's health. *The Lancet*, 360 (9338), 1001.

- Carnell, S.; Edwards, C.; Croker, H.; Boniface, D. & Wardle, J. (2005). Parental perception of overweight in 3-5 y old. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 29, 351-355.
- Caroli, M.; Argentieri, L.; Cardone, M. & Masi, A. (2004). Role of television in childhood obesity prevention. *International Journal of Obesity*, 28, S104-S108.
- Carpio, C. (2003). *LEJ youth envision good neighbor project: Diagnosis findings*. San Francisco, California: Bay View Hunter's Point.
- Carvalho, M.; Padez, M.; Moreira, P. & Rosado, V. (2006). Overweight and obesity related to activities in Portuguese children, 7-9 years. *European Journal of Public Health*, 17 (1), 42-46.
- Catford, J. (2003). Promoting healthy weight – The new environmental frontier. *Health Promotion International*, 18 (1), 1-4.
- Certain, L. & Kahn, R. (2002). Prevalence, correlates and trajectory of television viewing among infants and toddlers. *Pediatrics*, 109, 634-642.
- Chan, K. & McNeal, J. (2003). Parent-child communications about consumption and advertising in China. *The Journal of Consumer Marketing*, 20 (4/5), 317-334.
- Chapman, K.; Nicholas, P.; Banovic, D. & Supramaniam, R. (2006). The extent and nature of food promotion directed to children in Australian supermarkets. *Health Promotion International*, 21 (4), 331-339.
- Chapman, K.; Nicholas, P. & Supramaniam, R. (2006). How much food advertising is there on Australian television? *Health Promotion International*, 21 (3), 172.
- Classrooms for sale (2001). *Wilson Quarterly*, 25(2), 7.
- Coalition for Food Advertising to Children (2002). *Childhood obesity and television food advertising to children*. Report on NSW Childhood Obesity Summit, September 2002. Adelaide: CFAC (<http://www.chdf.org.au>).
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Collier (2003), citada por Kent, H. (2003). Obesity epidemic hits New Zealand. *Canadian Medical Association Journal*, 169 (7), 702.
- Commission of the European Communities (2005). *Green paper: Promoting healthy diets and physical activity: A European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic disease, Aug 12, 2005*. (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_gp_en.pdf)
- Coon, K.; Goldberg, J.; Rogers, B. & Tucker, K. (2001). Relationships between use of television during meals and children's food consumption patterns. *Pediatrics*, 107, E7.

- Coon, K. & Tucker, K. (2002). Television and children's consumption patterns. A review of the literature. *Minerva Pediatrica*, 54, 423-436.
- Council of Better Business Bureaus (2007). *Better Business Bureau announces food and beverage advertising commitments from 11 industry leaders*. Arlington, VA: Council of Better Business Bureaus Inc. (http://www.cbbb.org/initiative/pr_070718.pdf)
- Crawford, D. (2002). Population strategies to prevent obesity. *British Medical Journal*, 325, 728-729.
- Crespo, C.; Smit, E.; Troiano, R.; Bartlett, S.; Macera, C. & Andersen, R. (2001). Television watching, energy intake and obesity in US children: Results from the 3rd National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155, 360-365.
- Crosby, L. & Grossbart, S. (1984). Parental style segments and concern about children's food advertising. In Leigh, J. & Martin, C. Jr. (eds.), *Current Issues in Research in Advertising* (pp.43-63). Arbor, A., MI: Division of Research, Graduate School of Business Administration: University of Michigan, citados por Rose, G.; Bush, V. & Kahle, L. (1998). The influence of family communication patterns on parental reactions toward advertising: A cross-national examination. *Journal of Advertising*, 27 (4), 71-85.
- Cross, G. (2002). Valves of desire: A historian's perspective on parents, children, and marketing. *Journal of Consumer Research*, 29 (3), 441-447.
- Dalmeny, K.; Hanna, E. & Lobstein, T. (2003). *Broadcasting bad health*. London: International Association of Consumer Food Organisations / The Food Commission.
- Davidson, K. & Birch, L. (2001). Weight status, parent reaction and self-concept in five-year-old girls. *Pediatrics*, 107, 46-53.
- Davis, H.; Buckingham, D. & Kelley, P. (2000). In the worst possible taste: Children, television and cultural value. *European Journal of Cultural Studies*, 3(1), 5-25.
- Davis, M. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.
- Davis, M. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.
- Deitel, M. (2003). The international obesity task force and "globality". *Obesity Surgery*, 12, 613-614.
- Denninson, B.; Erb, A. & Jenkins, P. (2002). Television viewing and television in bedroom associated with overweight risk among low-income preschool children. *Pediatrics*, 109, 1028-1035.
- Derenne, J. & Beresin, E. (2006). Body image, media, and eating disorders. *Academic Psychiatry*, 30 (3), 257-261.

- Devi, S. (2008). Progress on childhood obesity patchy in the USA. *The Lancet*, 371 (9607), 105-106.
- Dibb, S. (1993). *Children: advertisers dream, nutritionists nightmare*. London: National Food Alliance.
- Dibb, S. (1996). *A spoonful of sugar. Television food advertising aimed at children: An international comparative survey*. Consumers International NSW Department of Health (2002). NSW Health Sydney (<http://www.health.nsw.gov.au/obesitysummit/docs/communique.pdf>)
- Dickerson, S. & Brennan, P. (2002). The Internet as a catalyst for shifting power in provider-patient relationships. *Nursing Outlook*, 50(5), 195-203.
- Dietz (1987), citado por Gilman, S. (2008). The art of medicine: Some weighty thoughts on dieting and epidemics. *The Lancet*, 371 (9623), 1498-1499.
- Dietz, W. (1990). You are what you eat – What you eat is what you are. *Journal of Adolescent Health Care*, 11, 76-81.
- Dietz, W. (1993). Television, obesity and eating disorders. *Adolescent Medicine*, 4, 543-549.
- Dietz, W. (1998). Health consequences of obesity in youth: Childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*, 101, 518-525, citado por Chapman, K.; Nicholas, P. & Supramaniam, R. (2006). How much food advertising is there on Australian television? *Health Promotion International*, 21 (3), 172.
- Dietz, W. In Burniat, W.; Cole, T.; Lissau, I. & Poskitt, E. (eds.) (2002). *Child and adolescence obesity causes and consequences. Prevention and management* (pp. 15-17). Cambridge: University Press.
- Dietz, W. & Gortmaker, S. (1985). Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents. *Pediatrics*, 75, 807-812.
- Doak, C.; Visscher, T.; Renders, C. & Seidell, J. (2006). The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: A review of interventions and programmes. *Obesity Reviews*, 7, 111-136.
- Dotson, M. & Hyatt, E. (2005). Major influence factors in children's consumer socialization. *Journal of Consumer Marketing*, 22(1), 35-42.
- Eagle, L. (2007). Commercial media literacy: What does it do, to whom – and does it matter? *Journal of Advertising*, 36 (2), 101-110.
- Eagle, L.; Bulmer, S.; Kitchen, P. & Hawkins, J. (2004). Complex and controversial causes for the “obesity epidemic”: The role of marketing communication. *International Journal of Medical Marketing*, 4(3), 271-287.

- Earnshaw, M. (2001). *The creeping threat to consumer information and freedom to choose*. Incorporated Society of British Advertisers, October. (http://www.isba.org.uk/public_documents/the_creeping_threat_me.pdf)
- Ebbeling (2002), citado por McLellan, F. (2002). Marketing and advertising: Harmful to children's health. *The Lancet*, 360 (9338), 1001.
- Ebbeling, C.; Pawlak, D. & Ludwig, D. (2002). Childhood obesity: Public health crisis, common sense cure. *The Lancet*, 360, 473-482.
- Editorial (2002). Getting a handle on obesity. *The Lancet*, 359 (9322), 1955.
- Editorial (2002). Selling to – and selling out – children. *The Lancet*, 360 (9338), 959.
- Editorial (2003). Thought for food. *The Lancet*, 362 (9396), 1593.
- Editorial (2004). Food fights. *Canadian Medical Association Journal*, 170 (5), 757.
- Editorial (2005). Marketing food to children. *The Lancet*, 366 (9503), 2064.
- Edwards, E. (2003). Plug (the product) and play. *Washington Post* (January 26), A01, citado por Mallinckrodt, V. & Mizerski, D. (2007). The effects of playing an advergame on young children's perceptions, preferences, and requests. *Journal of Advertising*, 36 (2), 87-100.
- Eisenberg, M.; Neumark-Sztainer, D. & Story, M. (2003). Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157, 733-738.
- Evans, W.; Finkelstein, E.; Kamerow, D. et al. (2005). Public perceptions of childhood obesity. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(1), 26-32.
- Evans, W.; Renaud, J.; Finkelstein, E.; Kamerow, D. & Brown, D. (2006). Changing perceptions of the childhood obesity epidemic. *American Journal of Health Behaviour*, 30 (2), 167-176.
- Expanded Reporting (2012). Obesity; Parental and societal values may present barriers to outdoor activity for children in child care centers. *Education Letter*, 67.
- Fabes, R.; Eisenberg, N. & Eisenbud, L. (1993). Behavior and psychological correlates of children's reactions to others in distress. *Developmental Psychology*, 29, 655-663.
- Fallon, P. (1994). *Feminist perspectives on eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Farooqi, I. & O'Rahilly, S. (2000). Recent advances in the genetics of severe childhood obesity. *Archives of Disease in Childhood*, 83, 31-34.
- Field, A.; Austin, S.; Taylor, C. et al. (2003). Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics*, 112, 900-906.

- Fielding; Marks; Myers; Nolan; Rawson & Toomey (2002), citados por Editorial (2004). Food fights. *Canadian Medical Association Journal*, 170 (5), 757.
- Fisher, J.; Birch, L.; Smiciklas-Wright, H. & Picciano, M. (2000). Breast-feeding through the first year predicts maternal control in feeding and subsequent toddler energy intakes. *Journal of the American Dietetic Association*, 100, 641-646.
- Fisher, P.; Schwartz, M.; Richards, J.; Godstein, A. & Rojas, T. (1991). Brand logo recognition by children aged 3 to 6 years: Mickey Mouse and Old Joe the Camel. *Journal of American Medical Association*, 266, 3145-3148.
- Fitzpatrick, M. (2003). Children in chains. *The Lancet*, 362 (9387), 926.
- Fleming-Morn, M. & Thiagarajah, K. (2005). Behavioral interventions and the role of television in the growing epidemic of adolescent obesity-data from the 2001 youth risk behavioral survey. *Methods of Information in Medicine*, 44, 303-309.
- Food Standards Agency (2004). *Agency agrees plan for an overhaul of the way food is promoted to children*. London: Food Standards Agency. (<http://www.foodstandards.gov.uk/news/newsarchive/>)
- Fox, R. (2003). Overweight children. *Circulation*, 108, e9071 (Editorial).
- Francis, L.; Lee, Y. & Birch, L. (2003). Parental weight status and girls' television viewing, snacking and body mass indexes. *Obesity Research*, 11(1), 143-151.
- Freedman, D.; Kahn, L.; Dietz, W.; Srinivasan, S. & Berenson, G. (2001). Relationship of childhood obesity to coronary heart disease risk factors in adulthood: The Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*, 108, 712-718.
- French, S.; Story, M. & Jeffery, R. (2001). Environmental influences on eating and physical activity. *Annual Review of Public Health*, 22, 309-335.
- French, S.; Story, M.; Neumark-Sztainer, D.; Fulkerson, J. & Hannan, P. (2001). Fast-food restaurant use among adolescents: Association with nutrient intake, food choices and behavioral and psychological variables. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 25, 1823-1833.
- Freudenberg, N. (2010). Book: The biology and politics of obesity. *The Lancet*, 375, 365-366.
- Freund, P. & McGuire, M. (1999). *Health, illness & the social body: A critical sociology*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Friestad, M. & Wright, P. (1994). The persuasion knowledge model: How people cope with persuasion attempts. *Journal of Consumer Research*, 21(1), 1-30.
- Froguel, P. (2000). Genomic approach to obesity: Understanding a complex syndrome. *Annales D' Endocrinologie (Paris)*, 61 (Suppl. 6), 50-55.

Galts, J. & White, M. (1976). The unhealthy persuader: The reinforcing value of television and children's purchase-influencing attempts at the supermarket. *Child Development*, 47, 1089-1096.

Garner, D. & Garfinkel, P. (1980). Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647-656.

Gentil, D.; Oberg, C.; Sherwood, N. et al. (2004). Well child visits in the video age: Pediatricians and the American Academy of Pediatrics guidelines for children's media use. *Pediatrics*, 114, 1235-1241.

Gerbner, G.; Cross, L.; Morgan, M. & Signorielle, N. (1981). Special report: Health and medicine on television. *New England Journal of Medicine*, 305, 901-904.

Gerbner, G.; Morgan, M. & Signorielli, N. (1982). Programming health portrayals: What viewers see, say and do. In Pearl, D.; Boucherilet, L. & Lazar, J. (Eds.) *Television and behavior: Ten years of scientific progress and implications for the eighties, Volume II* (pp. 291-307). Washington, DC: National Institute of Mental Health.

Gibb, B. (2004). Jabs jibes: Food minus exercise = fat. *The Lancet*, 363 (9416), 1246.

Gilman, S. (2008). The art of medicine: Some weighty thoughts on dieting and epidemics. *The Lancet*, 371 (9623), 1498-1499.

Gold, M.; Siegel, J.; Russell, L. & Weinstein, M. (Eds.) (1996). *Cost-effectiveness in health and medicine*. New York: Oxford University Press.

Goldberg, M. (1995). Are we fiddling while Rome burns? *Journal of Consumer Psychology*, 4(4), 347-370.

Goldberg, M. & Gorn, G. (1978). Some unintended consequences of TV advertising to children. *Journal of Consumer Research*, 5(1), 22-29.

Goran, M. & Treuth, M. (2001). Energy expenditure, physical activity and obesity in children. *Pediatric Clinics of North America*, 48, 931-953.

Gortmaker, S.; Dietz, W.; Sobel, A. & Wehler, C. (1987). Increasing pediatric obesity in the United States. *American Journal of Diseases of Children*, 141, 535-540.

Gortmaker, S.; Must, A.; Perrin, J.; Sobol, A. & Dietz, W. (1993). Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *New England Journal of Medicine*, 329, 1008-1012.

Gortmaker, S.; Must, A.; Sobel, A.; Peterson, K.; Colditz, G. & Dietz, W. (1996). Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986-1990. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 150, 356-362.

Gottlieb, N. & McLeroy, K. (1994). Social health. In O'Donnell, M. & Harris, J. (Eds.) *Health promotion in the workplace. 2nd edition*. Albany, NY: Delmar Publishers.

- Graves, T.; Meyers, A. & Clark, L. (1988). An evaluation of parental problem-solving training in the behavioral treatment of childhood obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 246-250.
- Greenberg, B.; Eastin, M.; Hofshire, L.; Lachlan, K. & Brownell, K. (2003). Portrayals of overweight and obese individuals on commercial television. *American Journal of Public Health, 93*, 1342-1348.
- Grigorovici, D. & Constantin, C. (2004). Experiencing interactive advertising beyond rich media: Impacts of ad type and presence on brand effectiveness in 3d gaming immersive virtual environments. *Journal of Interactive Advertising, 5(1)*, 1-26.
- Grogan, S.; Williams, Z. & Conner, M. (1996). The effects of viewing same-gender photographic models on body-esteem. *Psychology of Women Quarterly, 20*, 569-575.
- Grunwald, G; Seagle, H.; Peters, J. & Hill, J. (2001). Quantifying and separating the effects of macronutrient composition and non-macronutrients on energy density. *British Journal of Nutrition, 86*, 265-276.
- Guillaume, M. & Lissau, I. (2002). Epidemiology. In Burniat, W.; Cole, T.; Lissau, I. & Poskitt, E. (Eds.) *Child and adolescence obesity causes and consequences. Prevention and management* (pp. 28-49). Cambridge: University Press.
- Haan, M.; Kaplan, G. & Camacho, T. (1987). Poverty and health: Prospective evidence from the Alameda County study. *American Journal of Epidemiology, 125*, 989-998.
- Haby, M.; Vos, T.; Carter, R.; Moodie, M.; Markwick, A.; Magnus, A.; Tay-Teo, K-S. & Swinburn, B. (2006). A new approach to assessing the health benefit from obesity interventions in children and adolescents: The assessing cost-effectiveness in obesity project. *International Journal of Obesity, 30*, 1463-1475.
- Haines, J. & Neumark-Sztainer, D. (2006). Prevention of obesity and eating disorders: A consideration of shared risk factors. *Health Education Research, 21 (6)*, 770-782.
- Halford, J. (2005). Serving up trouble? Advertising food to children. *The Psychologist, 18 (5)*, 284-286.
- Han, J.; Lawlor, D. & Kimm, S. (2010). Childhood obesity. *The Lancet, 375*, 1737-1748.
- Hancox, R.; Milne, B. & Poulton, R. (2004). Association between child and adolescent television viewing and adult health: A longitudinal birth cohort study. *The Lancet, 364 (9430)*, 257-262.
- Hancox, R. & Poulton, R. (2006). Watching television is association with childhood obesity: But is it clinically important? *International Journal of Obesity, 30*, 171-175.
- Handjiev (2004), citado por Spritzer, D. (2004). Obesity epidemic migrates east. *Canadian Medical Association Journal, 171 (10)*, 1159.

- Hardus, P.; Van Vuuren, C.; Crawford, D. & Worsley, A. (2003). Public perceptions of the causes and prevention of obesity among primary school children. *International Journal of Obesity*, 27, 1465-1471.
- Harrison, K. & Marske, A. (2005). Nutritional content of foods advertised during the television programs children watch most. *American Journal of Public Health*, 95 (9), 1568-1574.
- Harwood, J. (1999). Age identification, social identity, gratification and television viewing. *Journal of Broadcasting and Electronic Media*, 43(1), 123-136.
- Hasting, G.; McDermott, L.; Angus, K.; Stead, M. & Thomson, S. (2006). *The extent, nature and effects of food promotion to children: A review of the evidence*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. (http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/Hastings_paper_marketing.pdf)
- Hasting, G.; Stead, M.; McDermott, L.; Forsyth, A.; MacKintosh, A.; Rayner, M.; Godfrey, C.; Caraher, M. & Angus, K. (2003). *Review of the research on the effects of food promotion to children: Final report (executive summary)*. Glasgow: Centre for Social Marketing. (<http://www.foodstandards.gov.uk/multimedia/pdfs/promofoodchildrenexec.pdf>)
- Hawkes, C. (2004). *Marketing food to children: The global regulatory environment*. Geneva: World Health Organization.
- Hawkes, C. (2007). Regulating food marketing to young people worldwide: Trends and policy drivers. *American Journal of Public Health*, 97 (11), 1962-1973.
- Hedley, A.; Ogden, C. & Johnson, C. et al. (2004). Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents and adults, 1999-2002. *Journal of the American Medical Association*, 291, 2847-2850.
- Heinberg, L. (1996). Theories of body image disturbance: Perceptual development and sociocultural models. In Thompson, J. (Ed.) *Body image, eating disorders and obesity* (pp. 27-47). Washington, DC: American Psychological Association.
- Heinig, M.; Mommsen, L.; Peerson, J.; Lonnerdal, B. & Dewey, K. (1993). Energy and protein intakes of breast-fed and formula-fed infants during the first year of life and their association with growth velocity: The DARLING study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 58, 152-161.
- Henderson, K. & Brownell, K. (2004). The toxic environment and obesity: Contribution and cure. In Thompson, J. (Ed.) *Handbook of eating disorders and obesity* (pp. 339-348). Hoboken, NJ: Wiley.
- Hill, A.; Draper, E. & Stack, J. (1994). A weight on children's minds: Body shape dissatisfaction at 9 years old. *International Journal of Obesity*, 18, 383-389.

- Hill, J. & Melanson, E. (1999). Overview of the determinants of overweight and obesity: Current evidence and research issues. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 31, S515-S521.
- Hill, J. & Peters, J. (1998). Environmental contributors to the obesity epidemic. *Science*, 280, 1371-1374.
- Hill, J. & Trowbridge, E. (1998). Childhood obesity: Future directions and research priorities. *Pediatrics*, 101 (Suppl.), 570-574.
- Hill, J.; Wyatt, H.; Reed, G. & Peters, J. (2003). Obesity and the environment: Where do we go from here? *Science*, 299, 853-855.
- Hillier, T.; Pedula, K.; Schmidt, M; Mullen, J.; Charles, M. & Pettitt, D. (2007). Childhood obesity and metabolic imprinting: The ongoing effects of maternal hyperglycemia. *Diabetes Care*, 30, 2287-2292.
- Hobbs, R. (1998). The seven great debates in the media literacy movement. *Journal of Communication*, 48(1), 16-32.
- Hobbs, R. & Frost, R. (2003). Measuring the acquisition of media literacy skills. *Reading Research Quarterly*, 38(3), 330-355.
- Hood, M.; Moore, L.; Sundarajan-Ramamurti, A.; Singer, M.; Cupples, L. & Ellison, R. (2000). Parental eating attitudes and the development of obesity in children: The Framingham Children's Study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24, 1319-1325.
- House of Commons Health Committee (2004). *Obesity*. Stationery Office: London, citada por King, N.; Hester, J. & Gately, P. (2007). The effect of a medium-term activity – and diet-induced energy deficit on subjective appetite sensations in obese children. *International Journal of Obesity*, 31, 334-339.
- Hyde, R. (2008). Europe battles with obesity. *The Lancet*, 371 (9631), 2160-2161.
- Institute of Medicine (2004). *Preventing childhood obesity: Health in the balance*. Washington, DC: National Academy of Sciences.
- Institute of Medicine (2005). Committee on prevention of obesity in children and youth. In Koplan, J.; Liverman, C. & Kraak, V. (Eds.) *Preventing childhood obesity: Health in the balance*. Washington, DC: National Academies Press.
- Institute of Medicine (2005). *Food marketing to children and youth: Treat or opportunity, Dec 6, 2005*. National Academy of Sciences, Food and Nutrition Board. (<http://www.iom.edu/CMS/3788/21939/31330.aspx>)
- Jago, R.; Baranowski, T.; Baranowski, J.; Thompson, D. & Greaves, K. (2005). BMI from 3-6 y of age is predicted by TV viewing and physical activity, not diet. *International Journal of Obesity*, 29, 557-564.

- James, A.; Jenks, C. & Prout, A. (1998). *Theorising childhood*. Oxford: Polity Press.
- James, P. (2003), citado por Pincock, S. (2003). Peptide shows potencial as an appetite suppressant. *The Lancet*, 362 (9387), 883.
- James, P. (2004), citado por Spritzer, D. (2004). Obesity epidemic migrates east. *Canadian Medical Association Journal*, 171 (10), 1159.
- Jeffery, R. & French, S. (1998). Epidemic obesity in the United States: Are fast foods and television viewing contributing? *American Journal of Public Health*, 88, 277-280.
- John, D. (1999). Consumer socialization of children: A retrospective look at twenty-five years of research. *Journal of Consumer Research*, 26(3), 183-213.
- Kalra, S.; Dube, M.; Pu, S.; Xu, B.; Horvath, T. & Kalra, P. (1999). Interacting appetite-regulating pathways in the hypothalamic regulation of body weight. *Endocrine Reviews*, 20, 68-100.
- Kane, C. (2003). TV and movie character sell children snacks. *The New York Times of 8 December*, citado por Caroli, M.; Argentieri, L.; Cardone, M. & Masi, A. (2004). Role of television in childhood obesity prevention. *International Journal of Obesity*, 28, S104-S108.
- Kaufman, L. (1980). Prime-time nutrition. *Journal of Communication*, 30, 37-46.
- Kaur, H.; Choi, W.; Mayo, M. & Harris, K. (2003). Duration of television watching is associated with increased body mass index. *Journal of Pediatrics*, 143, 506-511.
- Kaye, L.; Tucker, C.; Bragg, M. & Estampador, A. (2011). Low-income children's reported motivators of and barriers to healthy eating behaviors: A focus group study. *Journal of the National Medical Association*, 103,941-951.
- Kelly, B.; Halford, J.; Boyland, E.; Chapman, K.; Bautista-Castaño, I.; Berg, C.; Caroli, M.; Cook, B.; Coutinho, J.; Effertz, T.; Grammatikaki, E.; Keller, K.; Leung, R.; Manios, Y.; Monteiro, R.; Pedley, C.; Prell, H.; Raine, K.; Recine, E.; Serra-Majem, L.; Singh, S. & Summerbell, C. (2010). Television food advertising to children: A global perspective. *American Journal of Public Health*, 100 (9), 1730-1736.
- Kennedy, D. (2004). Coming of age in consumerdom. *American Demographics*, 26(3), 14.
- Kent, H. (2003). Obesity epidemic hits New Zealand. *Canadian Medical Association Journal*, 169 (7), 702.
- Kilbourne, J. (1999). *Deadly persuasion: Why women must fight the addictive power of advertising*. New York: Free Press.
- King, N.; Hester, J. & Gately, P. (2007). The effect of a medium-term activity – and diet-induced energy deficit on subjective appetite sensations in obese children. *International Journal of Obesity*, 31, 334-339.

- Kleinman, M. (2003). Defence of kid's food ads begins. *Marketing (UK)*, (November 20), 16, citado por Eagle, L. (2007). Commercial media literacy: What does it do, to whom – and does it matter? *Journal of Advertising*, 36 (2), 101-110.
- Knowles, J. (1977). *Doing better and feeling worse: Health in the United States*. New York: W. W. Norton & Company.
- Kotz, K. & Story, M. (1994). Food advertising during children's Saturday morning television programming: Are they consistent with dietary recommendations? *Journal of the American Dietetic Association*, 94, 1296-1300.
- Krahulec (2004), citado por Spritzer, D. (2004). Obesity epidemic migrates east. *Canadian Medical Association Journal*, 171 (10), 1159.
- Krebs (2003), citado por Editorial (2003). Thought for food. *The Lancet*, 362 (9396), 1593.
- Kretchmer, S. (2004). Advertainment: The Evolution of Product Placement as a Mass Media Marketing Strategy. In Galician, M-L. (Ed). *Handbook of product placement in the mass media: New strategies in marketing theory, practice trends and ethics* (pp. 37-54). Binghamton, NY: Haworth Press.
- Kumanyika, S. (2003). Epidemiology of obesity. *Journal of the National Medical Association*, 95 (8), 685-686.
- Kunesova (2004), citada por Spritzer, D. (2004). Obesity epidemic migrates east. *Canadian Medical Association Journal*, 171 (10), 1159.
- Kunkel, D. (2001). Children and television advertising. In Singer, D. & Singer, J. (Eds.) *Handbook of children and the media* (pp. 375-393). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kunkel, D. (2005). Predicting a renaissance for children and advertising research. *International Journal of Advertising*, 24(3), 401-405.
- Kyprianous (2007), citado por Hyde, R. (2008). Europe battles with obesity. *The Lancet*, 371 (9631), 2160-2161.
- Langlois, A.; Adam, V.; & Powell, A. (2003). *Food manufacturing, obesity: The big issue*. London and Geneva: JP Morgan.
- Lasater, T.; Abrams, D.; Artz, L.; Beaudin, P.; Cabrera, L.; Elder, J.; Ferreira, A.; Knisley, P.; Peterson, G.; Rodrigues, A.; Rosenberg, P.; Snow, R. & Carleton, R. (1984). Lay volunteer delivery of a community-based cardiovascular risk factor change program: The Pawtucket Experiment. In Matarazzo, J.; Weiss, C.; Herd, J.; Miller, N. & Weiss, S. (Eds.) *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 1166-1170). New York: Wiley.

- Lavery, S.; Smith, M.; Esparza, A.; Hrushow, A.; Moore, M. & Reed, D. (2005). The community action model: A community-driven model designed to address disparities in health. *American Journal Of Public Health*, 95 (4), 611-616.
- Leiber, L. (1988). *Commercial and character slogan recall by children aged 9 to 11 years. Budweiser Frogs versus Bugs Bunny*. Berkley and San Francisco: Centre on Alcohol Advertising.
- Levin (2002), citado por McLellan, F. (2002). Marketing and advertising: Harmful to children's health. *The Lancet*, 360 (9338), 1001.
- Levine, M. & Smolak, L. (2006). *The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lindstrom, M. (2005). Get a jump-start on playing the new brand game. *Media Asia (June 28)*, 21, citado por Eagle, L. (2007). Commercial media literacy: What does it do, to whom – and does it matter? *Journal of Advertising*, 36 (2), 101-110.
- Lindstrom, M. & Seybold, P. (2003). *BRANDchild*. London: Kogan Page.
- Livingston, S. (2004). A commentary on the research evidence regarding the effects of food promotion on children. In Office of Communications (Ed.) *Childhood obesity – Food advertising in context*. London: London School of Economics and Political Science, Department of Media and Communications.
- Livingston, S. (2005). Assessing the research base for the policy debate over the effects of food advertising to children. *International Journal of Advertising*, 24(3), 273-296.
- Lobstein, T. & Frelut, M. (2003). Prevalence of overweight among children in Europe. *Obesity Reviews*, 4, 195-200.
- Long, S.; Hart, K. & Morgan, L. (2002). The ability of habitual exercisers to influence appetite and food intake in response to high- and low-energy preloads in man. *British Journal of Nutrition*, 87, 517-523.
- Longjohn, M. (2004). Chicago project uses ecological approach to obesity prevention. *Pediatric Annals*, 33(1), 55-63.
- Lowenberg, J. (1989). *Caring and responsibility*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Lowenberg, J. (1995). Health promotion and the “ideology of choice”. *Public Health Nursing*, 12(5), 319-323.
- Lucas, A.; Boyes, S.; Bloom, R. & Aynsley-Green, A. (1981). Metabolic and endocrine responses to a milk feed in six-day-old term infants: Differences between breast and cow's milk formula feeding. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 70, 195-200.
- Ludwig, D. & Gortmaker, S. (2004). Programming obesity in childhood. *The Lancet*, 364 (9430), 226-227.

Ludwig, D. (2007). Childhood obesity: The shape of things to come. *The New England Journal of Medicine*, 357 (23), 2325-2327.

Lumeng, J.; Appugliese, D.; Cabral, H.; Bradley, R. & Zuckerman, B. (2006). Neighbour safety and overweight status in children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160, 25-31.

Lung, S. & Vranica, S. (2003). Happy meals are no longer bringing smiles at McDonald's. *Wall Street Journal*. January 31 B1, citados por Caroli, M.; Argentieri, L.; Cardone, M. & Masi, A. (2004). Role of television in childhood obesity prevention. *International Journal of Obesity*, 28, S104-S108.

Lustig, R. (2001). The neuroendocrinology of childhood obesity. *Pediatric Clinics of North America*, 48, 909-930.

Maine (2002), citado por McLellan, F. (2002). Marketing and advertising: Harmful to children's health. *The Lancet*, 360 (9338), 1001.

Malecka-Tendera, E. & Mazur, A. (2006). Childhood obesity: A pandemic of the twenty-first century. *International Journal of Obesity*, 30, 51-53.

Mallinckrodt, V. & Mizerski, D. (2007). The effects of playing an advergame on young children's perceptions, preferences, and requests. *Journal of Advertising*, 36 (2), 87-100.

Martorelli, R.; Kettel Khan, L.; Hughes, M. & Grummer-Strawn, L. (2000). Overweight and obesity in preschool children from developing countries. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24, 959-967.

Marshall, S.; Biddle, S.; Gorely, T.; Cameron, N. & Murdey, I. (2004). Relationships between media use body fatness and physical activity in children and youth: A meta-analysis. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 28, 1238-1246.

Matos, A. (2004). *Televisão e violência: (Para) novas formas de olhar*. (Tese de Doutoramento em Ciências da Educação). Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra.

Mayer, J.; Roy, P. & Mitra, K. (1956). Relation between caloric intake, body weight and physical work: Studies in an industrial male population in West Bengal. *American Journal of Clinical Nutrition*, 4, 169-174.

McDonald's Corporation (2002). *McDonald's happy meal collectors*. <http://www.mcdonalds.com/countries/usa/collectibles/happymeal/happymeal.html>

McGinnis, J.; Gootman, J. & Kraak, V. (2006). *Food marketing to children and youth: Threat or opportunity?* Washington, DC: National Academies Press.

McKenna, F. (1972). *Starting and managing a small drive-in restaurant*. Washington, DC: Small Business Administration.

- McLellan, F. (2002). Marketing and advertising: Harmful to children's health. *The Lancet*, 360 (9338), 1001.
- McLeod, J. & Chafee, S. (1972). The construction of social reality. In Tedeschi, J. (Ed.) *The social influence process* (pp. 50-59). Chicago: Aldine-Atherton.
- McNeal, J. (1992). *Kids as customers*. Lexington: Lexington Books.
- Melaniphy, J. (1992). *Restaurant and fast food site selection*. New York: John Wiley & Sons.
- Meltzoff, A. (1998). Imitation of televised models by infants. *Child Development*, 59, 1221-1229.
- Micmacher-Grandcolas (2007), citado por Hyde, R. (2008). Europe battles with obesity. *The Lancet*, 371 (9631), 2160-2161.
- Miller, J.; Gold, M. & Silverstein, J. (2003). Pediatric overeating and obesity: An epidemic. *Psychiatric Annals*, 33 (2), 94-135.
- Millstone (2007), citado por Hyde, R. (2008). Europe battles with obesity. *The Lancet*, 371 (9631), 2160-2161.
- Monteiro, C.; Gomes, F. & Cannon, G. (2010). The snack attack. *American Journal of Public Health*, 100 (6), 975-981.
- Montgomery, K. (Ed.) (2001). *Digital kids: The new online children's consumer culture*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Moore, E. (2006). *It's child's play: Advergaming and the online marketing of food to children*. Kaiser Family Foundation Report (July).
- Moschis, G. (1985). The role of family communication in consumer socialization of children and adolescents. *Journal of Consumer Research*, 11 (March), 898-913.
- Moschis, G. (1987). *Consumer socialization: A life-cycle perspective*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Moschis, G. & Moore, R. (1982). A longitudinal study of television advertising effects. *Journal of Consumer Research*, 9, 279-286.
- Moschis, G.; Moore, R. & Smith, R. (1984). The impact of family communication on adolescent consumer socialization. In Thomas Kinnear (ed.). *Advances in Consumer Research*, vol. 11 (pp. 314-319). Provo, UT: Association for Consumer Research, citados por Rose, G.; Bush, V. & Kahle, L. (1998). The influence of family communication patterns on parental reactions toward advertising: A cross-national examination. *Journal of Advertising*, 27 (4), 71-85.

- Moses, L. & Baldwin, D. (2005). What can the study of cognitive development reveal about children's ability to appreciate and cope with advertising? *Journal of Public Policy and Marketing*, 24(2), 186-201.
- Must, A. & Strauss, R. (1999). Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 23 (Suppl. 2), S2-S11.
- Nabi, R. & Krcmer, M. (2004). Conceptualizing media enjoyment as attitude: Implications for mass media effects research. *Communication Theory*, 14(4), 288-310.
- Nadler, S. & Artie, A. (2001). Please pass the chips: Genomic insights into diabetes and obesity. *Journal of Nutrition*, 2078-2081.
- Neira, M. & Onis, M. (2005). Preventing obesity: A public health priority in Spain. *The Lancet*, 365 (9468), 1386.
- Nestle, M. (2000). Soft drink "pouring rights": Marketing empty calories. *Public Health Reports*, 115, 308-319.
- Nestle, M. (2002). *Food politics: How the food industry influences nutrition and health*. Berkeley, California: University of California Press.
- Nestle, M. (2006). Food marketing and childhood obesity – A matter of policy. *The New England Journal of Medicine*, 354 (24), 2527-2529.
- Neumark-Sztainer, D. (2003). Obesity and eating disorder prevention: An integrated approach? *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, 14, 159-173.
- Neumark-Sztainer, D. (2005). Addressing obesity and other weight-related problems in youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159, 290-291.
- Neumark-Sztainer, D.; Paxton, S.; Hannan, P. et al. (2006). Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *Journal of Adolescent Health*, 39, 244-251.
- Neville, L.; Thomas, M. & Bauman, A. (2005). Food advertising on Australian television: The extent of children's exposure. *Health Promotion International*, 20 (2), 105-112.
- News in brief (2005). Government guidelines weigh in over obesity. *Nature*, 433 (7023), 186.
- Nielson, S. & Popkin, B. (2003). Patterns and trends in food portion sizes, 1977-1998. *Journal of American Medical Association*, 289, 450-453.
- Nowicki, S. & Strickland, B. (1973). A locus of control scale for children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 148-154.

NSW Department of Health (2002). *NSW Childhood Obesity Summit: Communiqué*. Sydney: NSW Health. (<http://www.health.nsw.gov.au/Obesitysummit/docs/communique.pdf>)

Oanh Ha, K. (2004). Neopets site for children stirs controversy, *Knight Ridder Tribune Business News (September 14)*, citado por Mallinckrodt, V. & Mizerski, D. (2007). The effects of playing an advergame on young children's perceptions, preferences, and requests. *Journal of Advertising*, 36 (2), 87-100.

Odeleye, O.; De Courten, M.; Pettitt, D. & Ravussin, E. (1997). Fasting hyperinsulinemia is a predictor of increased body weight gain and obesity in Ojima Indian children. *Diabetes*, 46, 1341-1345.

Office of Communications (2006). *Television advertising of food and drink products to children: Statement and further consultation*. London: Office of Communications. (http://www.ofcom.org.uk/consult/condocs/foodads_new/foodads3.pdf)

Ogden, C.; Flegal, K.; Carroll, M. & Johnson, C. (2002). Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2000. *Journal of American Medical Association*, 288(14), 1728-1732.

Ogden, C.; Carroll, M.; Curtin, L.; McDowell, M.; Tabak, C. & Flegal, K. (2006). Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *Journal of American Medical Association*, 295, 1549-1555.

Ohzeki, T.; Nakagawa, Y.; Nakanishi, T. & Inaba, Y. (2001). Specific features of obesity in children and its management. *Nippon Rinsho*, 59, 597-602.

Olds, T.; Tomkinson, G.; Ferrar, K. & Maher, C. (2010). Trends in the prevalence of childhood obesity in Australia between 1985 and 2008. *International Journal of Obesity*, 34, 57-66.

Opalinski, A. (2006). Pouring rights contracts and childhood overweight: A critical theory perspective. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 11 (4), 234-243.

O'Sullivan, T. (2005). Advertising and children: What do the kids think? *Qualitative Market Research: An International Journal*, 8 (40), 371-384.

Pate, R.; Trost, S.; Felton, G et al. (1997). Correlates of physical activity behaviour in rural youth. *Research Quarterly for Exercise & Sport*, 68, 241-249.

Patrick, H. & Nicklas, T. (2005). A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *Journal of the American College of Nutrition*, 24, 83-92.

Patton, G.; Johnson-Sabine, E.; Wood, K. et al. (1990). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls – a prospective epidemiological study: Outcome at twelve-month follow-up. *Psychological Medicine*, 20, 383-394.

Paxton, S.; Schutz, H.; Wertheim, E. et al. (1999). Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss behaviors and binge eating in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 255-266.

PHAA (2003). *Public Health Association of Australia response to draft commercial television industry code of practice*. Canberra: PHAA (http://www.pha.org.au/Advocacy_Issues/TelevisionCodeofPractice.htm).

Piers, E. (1984). *Manual for the Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (The way I feel about myself) (2nd rev. ed.)*. Nashville, TN: Counselor Recording and Tests.

Piers, E. & Herzberg, D. (2002). *Piers-Harris 2: Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (2nd rev. ed.)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Pincock, S. (2003). Peptide shows potencial as an appetite suppressant. *The Lancet, 362* (9387), 883.

Pinelli, L.; Elerdini, N.; Faith, M.; Agnello, D.; Ambruzzi, A. ; Simone, M. et al. (1999). Childhood obesity: Results of a multicenter study of obesity treatment in Italy. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism, 12* (Suppl.3), 795-799.

Pipher, M. (1995). *Hunger pains: The modern woman's tragic quest for thinness*. New York: Ballantine Books.

Piran, N. (1999). Eating disorders: A trial of prevention in a high-risk school setting. *Journal of Primary Prevention, 20*, 75-90.

Polivy, J. & Herman, C. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist, 40*, 193-201.

Pope, H. Jr.; Phillips, K. & Olivarda, R. (2000). *The Adonis Complex*. New York: Free Press.

Poussaint (2002), citado por McLellan, F. (2002). Marketing and advertising: Harmful to children's health. *The Lancet, 360* (9338), 1001.

Proctor, M.; Moore, L.; Gao, D.; Cuppler, L.; Bradle, M.; Hood, M. & Ellison, R. (2003). Television viewing and change in body fat from preschool to early adolescence: The Framingham Children's Study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 27*, 827-833.

Puhl, R. & Brownell, K. (2001). Bias, discrimination and obesity. *Obesity Research, 9*(12), 788-805.

Puska (2007), citado por Hyde, R. (2008). Europe battles with obesity. *The Lancet, 371* (9631), 2160-2161.

Raney, A. (2004). Expanding disposition theory: Reconsidering character liking, moral evaluation and enjoyment. *Communication Theory, 14*(4), 348-368.

- Reilly, J.; Armstrong, J.; Dorosty, A.; Emmett, P.; Ness, A.; Rogers, I. et al. (2005). Early risk factors for obesity in childhood: Cohort study. *British Medical Journal*, 330, 1357-1359.
- Resnik, A. & Stern, B. (1977). Children's television advertising and brand choice: A laboratory experiment. *Journal of Advertising*, 6(3), 11-18.
- Rhodes, A. (2008). Ask the expert. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13 (3), 223-225.
- Rideout, V.; Roberts, D. & Foehr, U. (2005). *Generation M: Media in the lives of 8-12 year-olds*. Menio Park, CA: The Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Ritchie, L.; Welk, G.; Styne, D. et al. (2005). Family environment and pediatric overweight: What is a parent to do? *Journal of the American Dietetic Association*, 105 (Suppl.1), S70-S79.
- Ritson, M. & Elliott, R. (1999). The social uses of advertising: An ethnographic study of adolescent advertising audiences. *Journal of Consumer Research*, 26(3), 260-277.
- Roberts, D. (1973). Communication and children: A developmental approach. In I. de Sola Pool (Ed.) *Handbook of communication* (pp. 174-215). Chicago: Rand McNally.
- Roberts, D. & Foehr, U. (2004). *Kids and media in America*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Robertson, T. & Rossiter, J. (1974). Children and commercial persuasion: An attribution theory analysis. *Journal of Consumer Research*, 1(1), 13-20.
- Robertson, T.; Thomas, S.; Ward, S.; Gatignon, H. & Klees, D. (1989). Advertising and children: A cross-cultural study. *Communication Research*, 16 (August), 459-485.
- Robinson, T. (1998). Does television cause childhood obesity? *Journal of the American Medical Association*, 279, 959-960 (Editorial), citado por Epstein, L.; Paluch, R.; Consalvi, A. et al. (2002). Effects of manipulating sedentary behavior on physical activity and food intake. *Journal of Pediatrics*, 140, 334-339.
- Robinson, T. (1999). Reducing children's television to prevent obesity: A randomised controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1561-1567.
- Robinson, T. (2001). Television viewing and childhood obesity. *Pediatric Clinics of North America*, 48, 1017-1025.
- Robinson, T.; Hammer, L.; Killen, J.; Kraemer, H.; Wilson, D.; Hayward, C. & Barr Taylor, C. (1993). Does television viewing increase obesity and reduce physical activity: Cross-sectional and longitudinal analyses among adolescent girls. *Pediatrics*, 81, 273-280.
- Rogers, D. (2002). Media smart tells kids "be sceptical". *Marketing (UK)* (November 14), 4.

- Rolls, B.; Bell, E.; Castellanos, V.; Pelkman, C. & Thorwart, M. (1998). Energy density of foods has a greater influence on daily energy intake than fat content. *FASEB Journal*, 12, A347.
- Rolls, B.; Bell, E. & Thorwart, M. (1999). Water incorporated into a food but not served with a food decreases energy intake in lean women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 70, 448-455.
- Rose, G. (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14, 32-38.
- Rose, G.; Bush, V. & Kahle, L. (1998). The influence of family communication patterns on parental reactions toward advertising: A cross-national examination. *Journal of Advertising*, 27 (4), 71-85.
- Rossiter, J. (1977). Reliability of a short test measuring children's attitudes towards tv commercials. *Journal of Consumer Research*, 3 (March), 179-184, citado por Rose, G.; Bush, V. & Kahle, L. (1998). The influence of family communication patterns on parental reactions toward advertising: A cross-national examination. *Journal of Advertising*, 27 (4), 71-85.
- Rothenberg, R. (2002). Convergence likely to render restriction of liquor ads futile. *Advertising Age*, 73(7), 14.
- Rothschild, M. (1999). Carrots, sticks and promises: A conceptual framework for the management of public health and social issue behaviors. *Journal of Marketing*, 63, 24-37.
- Rowan, C. (2010). Unplug – Don't Drug: A critical look at the influence of technology on child behaviour with an alternative way of responding other than evaluation and drugging. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 12 (1), 60-68.
- Sallis, J.; McKensie, T.; Kolody, B. et al. (1999). Effects of health-related physical education on academic achievement: Project SPARK. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 70, 127-134.
- Sallis, J. & Owen, N. (2002). Ecological models of health behaviour. In Glanz, K.; Reimer, B. & Lewis, F. (Eds.) *Health behavior and health education: Theory, research and practice*, 3rd edition, (pp. 462-484). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Sallis, J.; Prochaska, J.; Taylor, W. et al. (1999). Correlates of physical activity in a national sample of girls and boys in grades 4 through 12. *Health Psychology*, 18(4), 410-415.
- Schaefer, E. & Bell, R. (1958). Development of a parental attitude research instrument. *Child Development*, 29(3), 339-361.

- Schlosser, E. (2001). *Fast food nation: The dark side of the all-american meal*. New York: Houghton Mifflin.
- Schopenhauer (sd), citado por Gilman, S. (2008). The art of medicine: Some weighty thoughts on dieting and epidemics. *The Lancet*, 371 (9623), 1498-1499.
- Schutz, Y. & Maffeis, C. (2002). Physical activity. In Burniat, W.; Cole, T.; Lissau, I. & Poskitt, E. (Eds.) *Child and adolescent obesity causes and consequences. Prevention and management* (pp. 93-108). Cambridge: University Press.
- Sherry, B. (2005). Food behaviors and other strategies to prevent and treat pediatric overweight. *International Journal of Obesity*, 29, S116-S126.
- Shrum, L. (Ed.) (2004). *The psychology of entertainment media: Blurring the lines between entertainment and persuasion*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Segal, L.; Mortimer, D. & Dalziel, K. (2005). *Risk factor study: How to reduce the burden of harm from poor nutrition, tobacco smoking, physical inactivity and alcohol misuse: Cost-utility analysis of 29 interventions, executive report*. Research Paper 2005(1). Melbourne: Centre for Health Economics, Monash University.
- Sibbald, B. (2006). News @ a glance. *Canadian Medical Association Journal*, 175 (10), 1195.
- Silverstone, R. (2004). Regulation, media literacy and media civics. *Media, Culture and Society*, 26(3), 440-449.
- Singal, A.; Farooqi, I.; O'Rahilly, S.; Cole, T.; Fewtrell, M. & Lucas, A. (2002). Early nutrition and leptin concentrations in later life. *American Journal of Clinical Nutrition*, 75, 993-999.
- Smith, G. (1981). Children as the targets for advertising. *Advertising*, 67, 40-42.
- Smith, M. & Freire, P. (2005). (<http://www.infed.org/thinkers/et-freir.htm>).
- Smith, P. (2003). Fat chance: Marketers chew the fat on obesity. *Marketing Magazine (March)*, 8-13.
- Sobal, J. & Stunkard, J. (1989). Socio-economic status and obesity: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 105, 260-275.
- Solomon, K. & Katz, N. (1981). *Profitable restaurant management*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Spritzer, D. (2004). Obesity epidemic migrates east. *Canadian Medical Association Journal*, 171 (10), 1159.
- Stamatakis, E.; Wardle, J. & Cole, T. (2010). Childhood obesity and overweight prevalence trends in England: Evidence for growing socioeconomic disparities. *International Journal of Obesity*, 34, 41-47.

Steffen, L. (2006). Eat your fruit and vegetables. *The Lancet*, 367 (9507), 278-279.

Steiger (2004), citado por Editorial (2004). Food fights. *Canadian Medical Association Journal*, 170 (5), 757.

Steiner-Adair, C.; Sjortrom, L.; Franio, D. et al. (2002). Primary prevention of risk factors for eating disorders in adolescent girls: Learning from practice. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 401-411.

Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical Psychology Review*, 14, 633-661.

Stice, E.; Cameron, R.; Killen, J. et al. (1999). Naturalistic weight-reduction efforts prospectively predict growth in relative weight and onset of obesity among female adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 967-974.

Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 124-135.

Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.

Stice, E.; Presnell, K. & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: A 2-year prospective investigation. *Health Psychology*, 21, 131-138.

Story, M. & Faulkner, P. (1990). The prime time diet: A content analysis of eating behaviour and food messages in television program content and commercials. *American Journal of Public Health*, 6, 738-774.

Story, M. & French, S. (2004). Food advertising and marketing directed at children and adolescents in the US. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 1, 3.

Story, M.; Neumark-Sztainer, D. & French, S. (2002). Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(Suppl.), S40-S51.

Strasburger, V. (1992). Children, adolescents and television. *Pediatrics in Review*, 13, 144-151.

Strauss, R. & Pollack, H. (2001). Epidemic increases in childhood overweight, 1986-1998. *Journal of the American Medical Association*, 286(22), 2845-2848.

Strauss, R.; Rodzilsky, D.; Burack, G. & Colin, M. (2001). Psychological correlates of physical activity in healthy children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155, 897-902.

Summerbell, C.; Waters, E.; Edmunds, L.; Kelly, S.; Brown, T. & Campbell, K. (2005). Interventions for preventing obesity in children (Cochrane review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Art N^o.: CD001871.

Surgeon General of the United States (2003). *Healthy People 2010*. (<http://www.healthypeople.gov/data/data2010.htm>)

Sustain (2002). *Protecting children from unhealthy food advertising: A briefing paper for the national clinical director for children*. London: Sustain, The Alliance for Better Food and Farming. (<http://www.sustainweb.org>)

Swain, G. (2002). Pester power. *The Sunday Times*, 29 December, pp. 16, citado por O'Sullivan, T. (2005). Advertising and children: What do the kids think? *Qualitative Market Research: An International Journal*, 8 (40), 371-384.

Swinburn, B.; Caterson, I.; Seidell, J. et al. (2004). Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity. *Public Health Nutrition*, 7, 123-146.

Swinburn, B.; Egger, G. & Raza, F. (1999). Dissecting obesogenic environments: The development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine*, 29(Pt1), 563-570.

Swinburn, B.; Gill, T. & Kumanyika, S. (2005). Obesity prevention: A proposed framework for translating evidence into action. *Obesity Reviews*, 6, 23-33.

Swinburn, B.; Sacks, G.; Hall, K.; McPherson, K.; Finegood, D. et al. (2011). Obesity 1: The global obesity pandemic: Shaped by global drivers and local environments. *The Lancet*, 378 (9793), 804-814.

Taras, H.; Sallis, J.; Patterson, T.; Nader, P. & Nelson, J. (1989). Television's influence on children's diet and physical activity. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 10, 176-180.

Teinowitz, I. (2001). World ad federation seeking consistency. *Advertising Age*, 72(15), 35.

The Henry J Kaiser Family Foundation (2004). *The role of media in childhood obesity*. Washington, DC: The Henry J Kaiser Family Foundation.

Thesander, M. (1997). *The feminine ideal*. London: Reaktion Books.

Thompson, J.; Heinberg, L.; Altabe, M. et al. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.

Tirodkar, M. & Jain, A. (2003). Food messages on African American television shows. *American Journal of Public Health*, 93 (3), 439-441.

Toomath (2003), citado por Kent, H. (2003). Obesity epidemic hits New Zealand. *Canadian Medical Association Journal*, 169 (7), 702.

Tukiotonga (2003), citado por Kent, H. (2003). Obesity epidemic hits New Zealand. *Canadian Medical Association Journal*, 169 (7), 702.

Turnbull, J.; Heaslip, S. & McLeod, H. (2000). Preschool children's attitudes to fat and normal male and female stimulus figures. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24, 1705-1706.

US Department of Health and Human Services (2000). *Healthy People 2010*.

US Department of Health and Human Services (2001). *The surgeon general's call to action to prevent and decrease overweight and obesity*. 1-39.

US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics (2003). *Health*. United States: Washington, DC.

Utter, J.; Neumark-Sztainer, D.; Jeffrey, R. & Story, M. (2003). Couch potatoes or French fries: Are sedentary behaviors associated with body mass index, physical activity and dietary behaviors among adolescents? *Journal of the American Dietetic Association*, 103, 1298-1305.

Valerio, M.; Amodio, P.; Dal Zio, M.; Vianello, A. & Porqueddu Zacchello, G. (1997). The use of television in 2- to 8-year-old children and the attitude of parents about such use. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 151, 22-26.

Van der Horst, K.; Oenema, A.; Ferreira, I.; Wendel-Vos, W.; Giskes, K.; Van Lenthe, F. & Brug, J. (2007). A systematic review of environmental correlates of obesity-related dietary behaviors in youth. *Health Education Research*, 22 (2), 203-226.

Veiga, F. (1989). Escala de auto-conceito: Adaptação portuguesa da "Piers-Harris Self-Concept Scale". *Psicologia VII* (3), 275-284.

Veiga, F. (2006). *Uma nova versão da escala de auto-conceito: Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHCSCS-2)*. Poster apresentado na XI Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. Braga: Universidade do Minho.

Vos, T.; Haby, M.; Magnus, A.; Mihalopoulos, C.; Andrews, G. & Carter, R. (2005). Assessing cost-effectiveness in mental health: Helping policy-makers prioritize and plan health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 701-712.

Wade, W. (2004). Care and feeding of cyberpets rivets tagalong marketers. *New York Times (February 26)*, citado por Mallinckrodt, V. & Mizerski, D. (2007). The effects of playing an advergame on young children's perceptions, preferences, and requests. *Journal of Advertising*, 36 (2), 87-100.

Wall Street Journal staff reporter (2002). McDonald's becomes first outside sponsor on the Disney Channel. *Wall Street Journal*, 26, B8, citado por Caroli, M.; Argentieri, L.; Cardone, M. & Masi, A. (2004). Role of television in childhood obesity prevention. *International Journal of Obesity*, 28, S104-S108.

- Walker, L.; Gately, P.; Bewick, B. & Hill, A. (2003). Children's weight loss camps: Psychological benefit or jeopardy? *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 27, 748-754.
- Wang, L.; Yang, Q.; Lowry, R. & Wechsler, H. (2003). Economic analysis of a school-based obesity prevention program. *Obesity Research*, 11, 1313-1324.
- Ward, S. (1974). Consumer socialization. *Journal of Consumer Research*, 1, September, 1-14.
- Ward, S.; Wackman, D. & Wartella, E. (1977). *How children learn to buy*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Warin, M. (2011). Foulcault's progeny: Jamie Oliver and the art of governing obesity. *Social Theory & Health*, 9 (1), 24-40.
- Whitaker, R.; Wright, J., Pepe, M. & Seidel, K. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *New England Journal of Medicine*, 337, 869-873.
- Whitt, M. (2003). Obesity interventions: Black women's wellness study project. *Journal of the National Medical Association*, 95 (8), 686.
- Wolf, A.; Gortmaker, S & Cheung, L. (1993). Activity, inactivity and obesity: Race, ethnic and age differences among schoolchildren. *American Journal of Public Health*, 83, 1625-1627.
- World Health Organization (2000). Obesity: Preventing and managing the global epidemic, Report of a WHO consultation. *World Health Organization Technical Report Series*, 894, p. I-XII, 1-153.
- World Health Organization (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*, Report of the WHO consultation on obesity. WHO: Geneva, citada por Hardus, P.; Van Vuuren, C.; Crawford, D. & Worsley, A. (2003). Public perceptions of the causes and prevention of obesity among primary school children. *International Journal of Obesity*, 27, 1465-1471.
- World Health Organization (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: WHO Technical Report Series 916, citado por Editorial (2004). Food fights. *Canadian Medical Association Journal*, 170 (5), 757.
- World Health Organization (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health. Resolution WHA57.17*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2006). *Marketing of food and non-alcoholic beverages to children*, Report of a WHO forum and technical meeting, Oslo, Norway, 2-5 May 2006. Geneva, Switzerland: World Health Organization. (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/Oslo%20meeting%20layout%2027%20NOVEMBER.pdf>)

- Worth, P (2004). *Evaluating the effectiveness of school-based media literacy curricula*, Stanford University report. ([http://ldt.stanford.edu/~pworth/papers/effectiveness_media lit.doc](http://ldt.stanford.edu/~pworth/papers/effectiveness_media_lit.doc)).
- Widhalm, K. & Fussenegger, D. (2005). Actions and programs of European countries to combat obesity in children and adolescents: A survey. *International Journal of Obesity*, 29, 130-135.
- Wilcox, B.; Kunkel, D.; Cantor, J.; Dowrick, P.; Linn, S. & Palmer, E. (2004). *Report of the APA task force on advertising and children*. Washington, DC: American Psychological Association. (<http://www.apa.org/pi/cyf/advertisingandchildren.pdf>)
- Young, B. (1990). *Television advertising and children*. Oxford: Clarendon Press.
- Young, L. & Nestle, M. (2002). The contribution of expanding portion sizes to the US obesity epidemic. *American Journal of Public Health*, 92, 246-249.
- Young, L. & Nestle, M. (2003). Expanding portion sizes in the US marketplace: Implication for nutrition counseling. *Journal of the American Dietetic Association*, 103(2), 231-234.
- Zametkin, A.; Koon, C.; Klein, H. et al. (2004). Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: A review of the past ten years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 134-150.
- Zimmet, sd, citado por Sibbald, B. (2006). News @ a glance. *Canadian Medical Association Journal*, 175 (10), 1195.
- Zola, I. (1983). *Socio-medical inquiries: Recollections, reflections and reconsiderations*. Philadelphia: Temple University Press, citada por Opalinski, A. (2006). Pouring rights contracts and childhood overweight: A critical theory perspective. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 11 (4), 234-243.

ANEXOS

ANEXO A

Questionário das Crianças do 4º e 6º Ano de Escolaridade

QUESTIONÁRIO – 4º E 6º ANOS DE ESCOLARIDADE

Idade: Sexo: M F Ano de escolaridade: Peso: Altura:

Encontra-se no questionário que se segue um conjunto de afirmações que descreve aquilo que algumas pessoas sentem em relação a si mesmas.

Lê cada uma dessas afirmações e vê se ela descreve ou não o que tu achas de ti próprio(a). Se for verdadeiro ou verdadeiro em grande parte põe um círculo em volta palavra “Sim”, que está a seguir à frase. Se for falso ou falso em grande parte põe um círculo em volta da palavra “Não”.

Responde a todas as perguntas, mesmo que em relação a algumas, seja difícil de decidir. Não assinales “Sim” e “Não” na mesma frase.

Lembra-te de que não há respostas certas ou erradas. Só tu nos podes dizer o que é que achas de ti mesmo(a), por isso esperamos que respondas de acordo com o que realmente sentes.

1. Os meus colegas de turma troçam de mim.....	Sim	Não
2. Sou uma pessoa feliz.....	Sim	Não
3. Tenho dificuldades em fazer amizades.....	Sim	Não
4. Estou triste muitas vezes.....	Sim	Não
5. Sou uma pessoa esperta.....	Sim	Não
6. Sou uma pessoa tímida.....	Sim	Não
7. Fico nervoso(a) quando o Professor me faz perguntas.....	Sim	Não
8. A minha aparência física desagrada-me.....	Sim	Não
9. Sou um chefe nas brincadeiras e no desporto.....	Sim	Não
10. Fico preocupado(a) quando temos testes na escola.....	Sim	Não
11. Sou impopular.....	Sim	Não
12. Porto-me bem na escola.....	Sim	Não
13. Quando qualquer coisa corre mal, a culpa é geralmente minha.....	Sim	Não
14. Crio problemas à minha família.....	Sim	Não
15. Sou forte.....	Sim	Não

16. Sou um membro importante da minha família.....	Sim	Não
17. Desisto facilmente.....	Sim	Não
18. Faço bem os meus trabalhos escolares.....	Sim	Não
19. Faço muitas coisas más.....	Sim	Não
20. Porto-me mal em casa.....	Sim	Não
21. Sou lento(a) a terminar, trabalhos escolares.....	Sim	Não
22. Sou um membro importante da minha turma.....	Sim	Não
23. Sou nervoso(a).....	Sim	Não
24. Sou capaz de dar uma boa impressão perante a turma.....	Sim	Não
25. Na escola estou distraído(a) a pensar noutras coisas.....	Sim	Não
26. Os meus amigos gostam das minhas ideias.....	Sim	Não
27. Meto-me frequentemente em sarilhos.....	Sim	Não
28. Tenho sorte.....	Sim	Não
29. Preocupo-me muito.....	Sim	Não
30. Os meus pais esperam demasiado de mim.....	Sim	Não
31. Gosto de ser como eu.....	Sim	Não
32. Sinto-me posto de parte.....	Sim	Não
33. Tenho o cabelo bonito.....	Sim	Não
34. Na escola, ofereço-me muitas vezes como voluntário(a).....	Sim	Não
35. Gostava de ser diferente daquilo que sou.....	Sim	Não
36. Odeio a escola.....	Sim	Não
37. Sou dos últimos a ser escolhido(a) para jogos e desportos.....	Sim	Não
38. Muitas vezes sou antipático(a) com as outras pessoas.....	Sim	Não
39. Os meus colegas de escola acham que tenho boas ideias.....	Sim	Não
40. Sou infeliz.....	Sim	Não
41. Tenho muitos amigos.....	Sim	Não
42. Sou alegre.....	Sim	Não
43. Sou estúpido(a) em relação a muitas coisas.....	Sim	Não
44. Sou bonito(a). (Tenho bom aspecto).....	Sim	Não
45. Meto-me em muitas brigas.....	Sim	Não
46. Sou popular entre os rapazes.....	Sim	Não
47. As pessoas pegam comigo.....	Sim	Não
48. A minha família está desapontada comigo.....	Sim	Não

49. Tenho uma cara agradável.....	Sim	Não
50. Quando for maior, vou ser uma pessoa importante.....	Sim	Não
51. Nas brincadeiras e nos desportos, observo em vez de, participar.....	Sim	Não
52. Esqueço o que aprendo.....	Sim	Não
53. Dou-me bem com os outros.....	Sim	Não
54. Sou popular entre as raparigas.....	Sim	Não
55. (Gosto de ler) Sou bom leitor.....	Sim	Não
56. Tenho medo muitas vezes.....	Sim	Não
57. Sou diferente das outras pessoas.....	Sim	Não
58. Penso em coisas más.....	Sim	Não
59. Choro facilmente.....	Sim	Não
60. Sou uma boa pessoa.....	Sim	Não

As afirmações seguintes referem-se aos teus pensamentos e sentimentos numa variedade de situações. Lê com atenção a escala abaixo descrita. Indica para cada item a resposta que melhor te descreve, escolhendo o número apropriado da escala. Quando decidires qual a tua resposta, faz um círculo no número correspondente. Lê cuidadosamente cada item antes de responder. Responde de forma honesta e rigorosa.

Para cada item indica:

1. Nada parecido comigo
2. Um pouco parecido comigo
3. Mais ou menos parecido comigo
4. Bastante parecido comigo
5. Exactamente como eu

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Muitas vezes tenho pena das pessoas que não têm as coisas que eu tenho..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Fico assustado quando vejo um acidente..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Esforço-me para compreender porque as outras pessoas fazem as coisas que fazem..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Às vezes não sinto muita pena das pessoas quando elas estão com problemas..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Às vezes sinto que não sei o que fazer quando alguém fica muito zangado..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Quando vejo alguém a ser perseguido, sinto uma espécie de pena por essa pessoa..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Às vezes tento compreender melhor os meus amigos imaginando como eles pensam sobre as coisas
..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Quando vejo alguém a magoar-se, geralmente permaneço calmo..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Quando vejo alguém que está muito triste ou zangado, sinto como se quisesse ir para outro sítio
..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Quando estou furioso com alguém, não perco muito tempo a tentar compreender como essa pessoa se sente..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Muitas vezes sinto pena por outras crianças que estão tristes ou com problemas..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Tento compreender como as outras crianças se sentem antes de decidir o que lhes dizer... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Lê com atenção as questões que se seguem e responde de acordo com o que sentes em relação a ti próprio(a). Se a tua resposta for positiva ou positiva em grande parte faz um círculo em volta da palavra “Sim”, que está em frente da pergunta. Se a tua resposta for negativa ou negativa em grande parte faz um círculo em volta da palavra “Não”.

Responde a todas as perguntas, mesmo aquelas que aches difíceis. Não assinales “Sim” e “Não” na mesma pergunta.

Aqui não existem perguntas certas ou erradas. Interessa-nos saber a tua opinião, por isso esperamos que respondas com sinceridade.

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. Será que algumas crianças simplesmente nascem com sorte?..... | Sim | Não |
| 2. Sentes que na maior parte das vezes não vale a pena o esforço porque de qualquer maneira as coisas nunca correm bem?..... | Sim | Não |
| 3. Sentes que na maior parte das vezes os pais ouvem o que os seus filhos têm a dizer?..... | Sim | Não |
| 4. Acreditas que desejar pode fazer com que as coisas boas aconteçam?..... | Sim | Não |
| 5. Sentes que é quase impossível mudar a mente dos teus pais acerca de qualquer coisa?..... | Sim | Não |
| 6. Sentes que quando fazes alguma coisa errada há pouco que possas fazer para a corrigir?.. | Sim | Não |
| 7. Acreditas que a maior parte das crianças simplesmente nascem com jeito para o desporto?..... | Sim | Não |
| 8. A maioria das outras crianças da tua idade é mais fortes do que tu?..... | Sim | Não |
| 9. Sentes que uma das melhores formas de lidar com a maior parte dos problemas é simplesmente não pensar neles?..... | Sim | Não |
| 10. Se encontrares um trevo de quatro folhas acreditas que ele te pode trazer boa sorte?..... | Sim | Não |
| 11. Sentes que quando uma criança da tua idade decide bater-te há pouco que possas fazer para impedi-lo?..... | Sim | Não |
| 12. Já sentiste que quando as pessoas foram más para ti, foram-no habitualmente sem razão alguma?..... | Sim | Não |
| 13. Acreditas que quando as coisas más estão para acontecer, elas simplesmente estão para acontecer, e não interessa o que tentas fazer para impedi-lo?..... | Sim | Não |
| 14. A maior parte das vezes achas inútil tentar levar a tua avante?..... | Sim | Não |

15. Sentes que quando alguém da tua idade quer ser teu inimigo há pouco que possas fazer para mudar as coisas?.....	Sim	Não
16. Sentes habitualmente que tens pouco a dizer acerca do que comes em casa?.....	Sim	Não
17. Sentes que quando alguém não gosta de ti, há pouco que possas a fazer acerca disso?....	Sim	Não
18. Sentes habitualmente que é quase inútil esforçares-te na escola porque a maioria das outras crianças são simplesmente mais inteligentes do que tu?.....	Sim	Não
19. És o tipo de pessoa que acredita que planificar primeiro faz com que as coisas resultem melhor?.....	Sim	Não
20. Na maioria das vezes, sentes que tens pouco a dizer acerca do que a tua família decide fazer?.....	Sim	Não

Para cada item indica:

- A. Muito raramente
- B. Raramente
- C. Indeciso(a)
- D. Frequentemente
- E. Muito frequentemente

Vejo televisão com os meus pais aos:

1. Fins-de-semana..... A B C D E
2. Sábados..... A B C D E
3. Domingos..... A B C D E
4. Converso com os meus pais acerca do que aparece na publicidade da televisão
..... A B C D E

Para cada item indica:

- A. Concordo totalmente
- B. Concordo
- C. Indeciso(a)
- D. Discordo
- E. Discordo totalmente

Os meus pais limitam:

5. Os programas que posso ver na televisão..... A B C D E
6. Os momentos em que posso ver televisão..... A B C D E
7. À quantidade de horas por dia em que posso ver televisão..... A B C D E

As questões que encontras a seguir referem-se ao modo como usas a televisão e às tuas preferências televisivas. Desta forma, não há respostas certas ou erradas. Responde por favor, com sinceridade e não te esqueças de responder a todas as questões, assinalando as tuas respostas com uma (X) no quadradinho apropriado.

1. Gostas de ver televisão?

Nada Pouco Assim, assim Muito Muitíssimo

2. Tens televisão em tua casa? Sim Não

2.1. Se sim, quantas televisões existem em tua casa? _____

3. Em tua casa tens: Tv Cabo Sim Não

Parabólica Sim Não

Vídeo Sim Não

DVD Sim Não

4. Tens televisão no teu quarto? Sim Não

5. Tens vídeo/DVD no teu quarto? Sim Não

6. Geralmente, quantas horas costumas ver televisão por dia?

Menos de uma hora

Entre uma a duas horas

Entre duas a três horas

Entre três a quatro horas

Mais de quatro horas

7. Quantas horas costumas ver televisão nos dias de aulas?

Menos de uma hora

Entre uma a duas horas

Entre duas a três horas

Entre três a quatro horas

Mais de quatro horas

8. Quantas horas costumás ver televisão nos dias em que não há escola?

- Menos de uma hora
- Entre uma a duas horas
- Entre duas a três horas
- Entre três a quatro horas
- Mais de quatro horas

9. Com quem costumás ver televisão?

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com os pais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com os irmãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com os amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Quando vês os teus programas preferidos, os teus pais fazem-te companhia?

Nunca Algumas vezes Muitas vezes Sempre

11. Os teus pais ajudam-te a compreender aquilo que vês na televisão?

Nunca Algumas vezes Muitas vezes Sempre

12. As pessoas por vezes conversam sobre o que vêem na televisão. Costumas conversar sobre aquilo que vês na televisão:

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Com os pais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com os irmãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com os amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com os professores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Os teus pais deixam-te ver televisão durante o tempo que queres?

Nunca Algumas vezes Muitas vezes Sempre

14. Os teus pais proibem-te de ver certos programas televisivos?

Nunca Algumas vezes Muitas vezes Sempre

Se sim, quais? _____

15. Gostas dos anúncios publicitários a alimentos e bebidas?

Não Gosto Nada Gosto Pouco Nem Gosto nem Desgosto Gosto Gosto Muito

16. Já provaste os alimentos ou bebidas que aparecem nesses anúncios? Sim Não

Se sim, qual ou quais? _____

Se não, apetece-te experimentar algum deles? Sim Não

Qual ou quais? _____

17. Quantas vezes consumes os alimentos ou bebidas apresentadas nesses anúncios?

Nunca Raras vezes Às vezes Muitas vezes Todos os dias

18. O que os anúncios publicitários a alimentos e bebidas mostram é verdade.

Muito verdadeiro Verdadeiro Indeciso(a) Falso Muito falso

19. Se pudesses ser algum dos personagens que aparecem nesses anúncios, quem escolherias ser?

19.1. Diz porque é que gostavas de ser essa personagem.

19.2. Já alguma vez tentaste imitá-lo(a)?

Sim Não

Obrigada pela tua colaboração!

ANEXO B

Questionário dos Adolescentes do 8º Ano de Escolaridade

QUESTIONÁRIO – 8º ANO DE ESCOLARIDADE

Idade: Sexo: M F Peso: Altura:

Encontra-se no questionário que se segue um conjunto de afirmações que descreve aquilo que algumas pessoas sentem em relação a si mesmas.

Lê cada uma dessas afirmações e vê se ela descreve ou não o que tu achas de ti próprio(a). Se for verdadeiro ou verdadeiro em grande parte põe um círculo em volta palavra “Sim”, que está a seguir à frase. Se for falso ou falso em grande parte põe um círculo em volta da palavra “Não”.

Responde a todas as perguntas, mesmo que em relação a algumas, seja difícil de decidir. Não assinales “Sim” e “Não” na mesma frase.

Lembra-te de que não há respostas certas ou erradas. Só tu nos podes dizer o que é que achas de ti mesmo(a), por isso esperamos que respondas de acordo com o que realmente sentes.

1. Os meus colegas de turma troçam de mim.....	Sim	Não
2. Sou uma pessoa feliz.....	Sim	Não
3. Tenho dificuldades em fazer amizades.....	Sim	Não
4. Estou triste muitas vezes.....	Sim	Não
5. Sou uma pessoa esperta.....	Sim	Não
6. Sou uma pessoa tímida.....	Sim	Não
7. Fico nervoso(a) quando o Professor me faz perguntas.....	Sim	Não
8. A minha aparência física desagrada-me.....	Sim	Não
9. Sou um chefe nas brincadeiras e no desporto.....	Sim	Não
10. Fico preocupado(a) quando temos testes na escola.....	Sim	Não
11. Sou impopular.....	Sim	Não
12. Porto-me bem na escola.....	Sim	Não
13. Quando qualquer coisa corre mal, a culpa é geralmente minha.....	Sim	Não
14. Crio problemas à minha família.....	Sim	Não
15. Sou forte.....	Sim	Não
16. Sou um membro importante da minha família.....	Sim	Não
17. Desisto facilmente.....	Sim	Não

18. Faço bem os meus trabalhos escolares.....	Sim	Não
19. Faço muitas coisas más.....	Sim	Não
20. Porto-me mal em casa.....	Sim	Não
21. Sou lento(a) a terminar, trabalhos escolares.....	Sim	Não
22. Sou um membro importante da minha turma.....	Sim	Não
23. Sou nervoso(a).....	Sim	Não
24. Sou capaz de dar uma boa impressão perante a turma.....	Sim	Não
25. Na escola estou distraído(a) a pensar noutras coisas.....	Sim	Não
26. Os meus amigos gostam das minhas ideias.....	Sim	Não
27. Meto-me frequentemente em sarilhos.....	Sim	Não
28. Tenho sorte.....	Sim	Não
29. Preocupo-me muito.....	Sim	Não
30. Os meus pais esperam demasiado de mim.....	Sim	Não
31. Gosto de ser como eu.....	Sim	Não
32. Sinto-me posto de parte.....	Sim	Não
33. Tenho o cabelo bonito.....	Sim	Não
34. Na escola, ofereço-me muitas vezes como voluntário(a).....	Sim	Não
35. Gostava de ser diferente daquilo que sou.....	Sim	Não
36. Odeio a escola.....	Sim	Não
37. Sou dos últimos a ser escolhido(a) para jogos e desportos.....	Sim	Não
38. Muitas vezes sou antipático(a) com as outras pessoas.....	Sim	Não
39. Os meus colegas de escola acham que tenho boas ideias.....	Sim	Não
40. Sou infeliz.....	Sim	Não
41. Tenho muitos amigos.....	Sim	Não
42. Sou alegre.....	Sim	Não
43. Sou estúpido(a) em relação a muitas coisas.....	Sim	Não
44. Sou bonito(a). (Tenho bom aspecto).....	Sim	Não
45. Meto-me em muitas brigas.....	Sim	Não
46. Sou popular entre os rapazes.....	Sim	Não
47. As pessoas pegam comigo.....	Sim	Não
48. A minha família está desapontada comigo.....	Sim	Não
49. Tenho uma cara agradável.....	Sim	Não
50. Quando for maior, vou ser uma pessoa importante.....	Sim	Não

51. Nas brincadeiras e nos desportos, observo em vez de, participar.....	Sim	Não
52. Esqueço o que aprendo.....	Sim	Não
53. Dou-me bem com os outros.....	Sim	Não
54. Sou popular entre as raparigas.....	Sim	Não
55. (Gosto de ler) Sou bom leitor.....	Sim	Não
56. Tenho medo muitas vezes.....	Sim	Não
57. Sou diferente das outras pessoas.....	Sim	Não
58. Penso em coisas más.....	Sim	Não
59. Choro facilmente.....	Sim	Não
60. Sou uma boa pessoa.....	Sim	Não

As afirmações seguintes referem-se aos teus pensamentos e sentimentos numa variedade de situações. Lê com atenção a escala abaixo descrita. Indica para cada item a resposta que melhor te descreve, escolhendo o número apropriado da escala. Quando decidires qual a tua resposta, faz um círculo no número correspondente. Lê cuidadosamente cada item antes de responder. Responde de forma honesta e rigorosa.

Para cada item indica:

1. Nada parecido comigo
2. Um pouco parecido comigo
3. Mais ou menos parecido comigo
4. Bastante parecido comigo
5. Exactamente como eu

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Muitas vezes tenho pena das pessoas que não têm as coisas que eu tenho..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Fico assustado quando vejo um acidente..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Esforço-me para compreender porque as outras pessoas fazem as coisas que fazem..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Às vezes não sinto muita pena das pessoas quando elas estão com problemas..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Às vezes sinto que não sei o que fazer quando alguém fica muito zangado..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Quando vejo alguém a ser perseguido, sinto uma espécie de pena por essa pessoa..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Às vezes tento compreender melhor os meus amigos imaginando como eles pensam sobre as coisas
..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Quando vejo alguém a magoar-se, geralmente permaneço calmo..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Quando vejo alguém que está muito triste ou zangado, sinto como se quisesse ir para outro sítio
..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Quando estou furioso com alguém, não perco muito tempo a tentar compreender como essa pessoa se sente
..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Muitas vezes sinto pena por outras crianças que estão tristes ou com problemas..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Tento compreender como as outras crianças se sentem antes de decidir o que lhes dizer.. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Lê com atenção as questões que se seguem e responde de acordo com o que sentes em relação a ti próprio(a). Se a tua resposta for positiva ou positiva em grande parte faz um círculo em volta da palavra “Sim”, que está em frente da pergunta. Se a tua resposta for negativa ou negativa em grande parte faz um círculo em volta da palavra “Não”.

Responde a todas as perguntas, mesmo aquelas que aches difíceis. Não assinales “Sim” e “Não” na mesma pergunta.

Aqui não existem perguntas certas ou erradas. Interessa-nos saber a tua opinião, por isso esperamos que respondas com sinceridade.

1. Será que algumas crianças simplesmente nascem com sorte?.....	Sim	Não
2. És frequentemente acusado por coisas pelas quais simplesmente não tens culpa?.....	Sim	Não
3. Sentes que a maior parte do tempo não vale a pena esforçares-te porque de qualquer forma as coisas nunca correm bem?.....	Sim	Não
4. Sentes que na maior parte do tempo os pais ouvem o que os filhos têm a dizer?.....	Sim	Não
5. Quando és castigado(a), geralmente parece que não há uma boa razão para isso?.....	Sim	Não
6. A maior parte das vezes achas difícil mudar a opinião de um(a) amigo(a)?.....	Sim	Não
7. Sentes que é praticamente impossível mudar a mente dos teus pais acerca de qualquer coisa?.....	Sim	Não
8. Sentes que quando fazes alguma coisa de errado, há muito pouco a fazer para a corrigir?	Sim	Não
9. Acreditas que a maioria das crianças simplesmente nascem com jeito para o desporto?..	Sim	Não
10. Sentes que uma das melhores formas de lidar com a maioria dos problemas é simplesmente não pensar neles?.....	Sim	Não
11. Sentes que quando uma criança da tua idade decide bater-te há pouco que possas fazer para impedi-lo?.....	Sim	Não
12. Já sentiste que quando as pessoas são más para ti, geralmente foram-no sem razão?.....	Sim	Não
13. Na maior parte do tempo, sentes que podes mudar o que pode acontecer amanhã pelo que fazes hoje?.....	Sim	Não
14. Acreditas que quando as coisas más estão para acontecer, elas simplesmente estão para acontecer e não interessa o que tu tentas fazer para impedi-las?.....	Sim	Não
15. A maior parte do tempo achas inútil tentar levar a tua avante?.....	Sim	Não

16. Sentes que quando alguém da tua idade quer ser teu inimigo, há pouco que possas fazer para mudar as coisas?.....	Sim	Não
17. Sentes habitualmente que tens pouco a dizer acerca do que comes em casa?.....	Sim	Não
18. Sentes que quando alguém não gosta de ti, há pouco que possas fazer acerca disso?.....	Sim	Não
19. Sentes habitualmente que é quase inútil esforçares-te na escola porque a maioria das outras crianças são simplesmente mais inteligentes do que tu?.....	Sim	Não
20. És o tipo de pessoa que acredita que planificar primeiro faz com que as coisas corram melhor?.....	Sim	Não
21. Na maioria das vezes, sentes que tens pouco a dizer acerca do que a tua família decide fazer?.....	Sim	Não

Para cada item indica:

- A. Muito raramente
- B. Raramente
- C. Indeciso(a)
- D. Frequentemente
- E. Muito frequentemente

Vejo televisão com os meus pais aos:

1. Fins-de-semana A B C D E
2. Sábados..... A B C D E
3. Domingos..... A B C D E
4. Converso com os meus pais acerca do que aparece na publicidade da televisão
..... A B C D E

Para cada item indica:

- A. Concordo totalmente
- B. Concordo
- C. Indeciso(a)
- D. Discordo
- E. Discordo totalmente

Os meus pais limitam:

5. Os programas que posso ver na televisão..... A B C D E
6. Os momentos em que posso ver televisão..... A B C D E
7. À quantidade de horas por dia em que posso ver televisão..... A B C D E

As questões que encontras a seguir referem-se ao modo como usas a televisão e às tuas preferências televisivas. Desta forma, não há respostas certas ou erradas. Responde por favor, com sinceridade e não te esqueças de responder a todas as questões, assinalando as tuas respostas com uma (X) no quadradinho apropriado.

1. Gostas de ver televisão?

Nada Pouco Assim, assim Muito MUITÍSSIMO

2. Tens televisão em tua casa? Sim Não

2.1. Se sim, quantas televisões existem em tua casa? _____

3. Em tua casa tens: Tv Cabo Sim Não

Parabólica Sim Não

Vídeo Sim Não

DVD Sim Não

4. Tens televisão no teu quarto? Sim Não

5. Tens vídeo/DVD no teu quarto? Sim Não

6. Geralmente, quantas horas costumas ver televisão por dia?

Menos de uma hora

Entre uma a duas horas

Entre duas a três horas

Entre três a quatro horas

Mais de quatro horas

7. Quantas horas costumavas ver televisão nos dias de aulas?

Menos de uma hora

Entre uma a duas horas

Entre duas a três horas

Entre três a quatro horas

Mais de quatro horas

8. Quantas horas costumavas ver televisão nos dias em que não há escola?

Menos de uma hora

Entre uma a duas horas

Entre duas a três horas

Entre três a quatro horas

Mais de quatro horas

9. Com quem costumavas ver televisão?

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com os pais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com os irmãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com os amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Quando vês os teus programas preferidos, os teus pais fazem-te companhia?

Nunca Algumas vezes Muitas vezes Sempre

11. Os teus pais ajudam-te a compreender aquilo que vês na televisão?

Nunca Algumas vezes Muitas vezes Sempre

12. As pessoas por vezes conversam sobre o que vêm na televisão. Costumas conversar sobre aquilo que vêes na televisão:

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Com os pais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com os irmãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com os amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com os professores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Os teus pais deixam-te ver televisão durante o tempo que queres?

Nunca Algumas vezes Muitas vezes Sempre

14. Os teus pais proíbem-te de ver certos programas televisivos?

Nunca Algumas vezes Muitas vezes Sempre

Se sim, quais? _____

15. Gostas dos anúncios publicitários a alimentos e bebidas?

Não Gosto Nada Gosto Pouco Nem Gosto nem Desgosto Gosto Gosto Muito

16. Já provaste os alimentos ou bebidas que aparecem nesses anúncios? Sim Não

Se sim, qual ou quais? _____

Se não, apetece-te experimentar algum deles? Sim Não

Qual ou quais? _____

17. Quantas vezes consumes os alimentos ou bebidas apresentadas nesses anúncios?

Nunca Raras vezes Às vezes Muitas vezes Todos os dias

18. O que os anúncios publicitários a alimentos e bebidas mostram é verdade.

Muito verdadeiro Verdadeiro Indeciso(a) Falso Muito falso

19. Se pudesses ser algum dos personagens que aparecem nesses anúncios, quem escolherias ser?

19.1. Diz porque é que gostavas de ser essa personagem.

19.2. Já alguma vez tentaste imitá-lo(a)?

Sim Não

Obrigada pela tua colaboração!

ANEXO C

Questionário dos Pais

Idade: Sexo: M F Habilitações Académicas:

Grau de parentesco: Profissão:

Relativamente ao/à seu/sua filho(a)...

Idade: Sexo: M F Peso: Altura:

Isto não é um teste mas um inquérito sobre as suas opiniões; não existem respostas certas ou erradas, só conta a sua opinião sincera.

Por favor faça um círculo (O) em torno da sua resposta.

Para cada item indique:

- A. Muito raramente
- B. Raramente
- C. Indeciso(a)
- D. Frequentemente
- E. Muito frequentemente

1. Peço ajuda ao meu filho/à minha filha na compra de produtos para a família..... A B C D E
2. Peço conselhos ao meu filho/à minha filha sobre a compra de produtos..... A B C D E
3. Peço a opinião do meu filho/da minha filha acerca de produtos que compro para mim.... A B C D E
4. Deixo o meu filho/a minha filha decidir acerca dos produtos que ele(a) deve ou não comprar
..... A B C D E
5. Pergunto ao meu filho/à minha filha o que pensa acerca dos produtos que ele(a) compra para si próprio(a)
..... A B C D E
6. O(s) meu(s) filho(s)/A(s) minha(s) filha(s) e eu conversamos sobre a compra de produtos
..... A B C D E
7. Pergunto ao meu filho/à minha filha qual a sua preferência quando compro alguma coisa para ele(a)
..... A B C D E
8. Converso com ele(a) sobre os locais em que os diferentes produtos podem ser comprados
..... A B C D E
9. Digo ao meu filho/à minha filha que produtos ele(a) deve comprar..... A B C D E
10. Quero saber o que o meu filho/a minha filha fez com o seu dinheiro..... A B C D E
11. Queixo-me quando não gosto de alguma coisa que o meu filho/a minha filha comprou para si próprio(a)
..... A B C D E
12. Digo ao meu filho/à minha filha que ele(a) não está autorizado(a) a comprar certas coisas
..... A B C D E
13. Digo ao meu filho/à minha filha para não comprar certas coisas..... A B C D E

Para cada item indique:

- A. Concordo totalmente
- B. Concordo
- C. Indeciso(a)
- D. Discordo
- E. Discordo totalmente

14. Os anúncios publicitários televisivos dizem a verdade..... A B C D E
15. A maioria dos anúncios publicitários televisivos é de mau gosto e muito aborrecida.... A B C D E
16. Os anúncios publicitários televisivos falam apenas nas coisas boas de um produto, eles não lhe falam acerca das más..... A B C D E
17. Gosto da maioria dos anúncios publicitários televisivos..... A B C D E
18. Os anúncios publicitários televisivos tentam levar as pessoas a comprar coisas de que elas realmente não precisam..... A B C D E
19. Pode-se sempre acreditar no que as pessoas nos anúncios publicitários televisivos dizem ou fazem A B C D E
20. Os produtos mais publicitados na televisão são sempre os melhores a comprar..... A B C D E
21. Há demasiada publicidade de alimentos dirigida às crianças..... A B C D E
22. Os publicitários utilizam truques e artimanhas para levar as crianças a comprar os seus produtos A B C D E
23. Há demasiado açúcar nos alimentos publicitados para as crianças..... A B C D E
24. A publicidade ensina às crianças maus hábitos alimentares..... A B C D E
25. A publicidade dirigida às crianças conduz ao conflito familiar..... A B C D E
26. Toda a publicidade deve ser banida dos programas que são vistos por crianças com 5 ou menos anos de idade..... A B C D E
27. É da responsabilidade dos pais explicar a publicidade aos filhos..... A B C D E

Para cada item indique:

- A. Muito raramente
- B. Raramente
- C. Indeciso(a)
- D. Frequentemente
- E. Muito frequentemente

Vejo televisão com os meus filhos/a(s) minha(s) filha(s) aos:

28. Fins-de-semana..... A B C D E
29. Sábados..... A B C D E
30. Domingos..... A B C D E

31. Converso com o meu filho/ a minha filha acerca do conteúdo da publicidade televisiva

..... A B C D E

Para cada item indique:

- A. Concordo totalmente
- B. Concordo
- C. Indeciso(a)
- D. Discordo
- E. Discordo totalmente

Faço restrição em relação:

32. Aos programas que o meu filho/ a minha filha pode ver na televisão..... A B C D E
33. Aos momentos em que o meu filho/ a minha filha pode ver televisão..... A B C D E
34. À quantidade de horas por dia em que o meu filho/ a minha filha pode ver televisão... A B C D E

As questões que encontra a seguir referem-se ao modo como o seu filho / a sua filha utiliza a televisão e as suas preferências televisivas. Desta forma, não há respostas certas ou erradas. Responda por favor, com sinceridade e não se esqueça de responder a todas as questões, assinalando as suas respostas com uma (X) no quadrado apropriado.

1. O seu filho / a sua filha gosta de ver televisão?

Nada Pouco Assim, assim Muito MUITÍSSIMO

2. Tem televisão em sua casa? Sim Não

2.1. Se sim, quantas televisões existem em sua casa? _____

3. Em sua casa tem: Tv Cabo Sim Não

Parabólica Sim Não

Vídeo Sim Não

DVD Sim Não

4. O seu filho / a sua filha tem televisão no quarto? Sim Não

5. O seu filho / a sua filha tem vídeo/DVD no quarto? Sim Não

6. Geralmente, quantas horas costuma o seu filho / a sua filha ver televisão por dia?

Menos de uma hora

Entre uma a duas horas

Entre duas a três horas

Entre três a quatro horas

Mais de quatro horas

7. Quantas horas o seu filho / a sua filha costuma ver televisão nos dias de aulas?

Menos de uma hora

Entre uma a duas horas

Entre duas a três horas

Entre três a quatro horas

Mais de quatro horas

8. Quantas horas o seu filho / a sua filha costuma ver televisão nos dias em que não há escola?

- Menos de uma hora
- Entre uma a duas horas
- Entre duas a três horas
- Entre três a quatro horas
- Mais de quatro horas

9. Com quem é que o seu filho / a sua filha costuma ver televisão?

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com os pais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com os irmãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com os amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Quando o seu filho / a sua filha vê os seus programas preferidos, os pais fazem-lhe companhia?

- Nunca Algumas vezes Muitas vezes Sempre

11. No caso do seu filho / da sua filha, os pais ajudam-no a compreender aquilo que ele / ela vê na televisão?

- Nunca Algumas vezes Muitas vezes Sempre

12. As pessoas por vezes conversam sobre o que vêem na televisão. O seu filho / a sua filha costuma conversar sobre aquilo que vê na televisão:

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Com os pais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com os irmãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com os amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com os professores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Deixa o seu filho / a sua filha ver televisão durante o tempo que ele / ela quer?

Nunca Algumas vezes Muitas vezes Sempre

14. Proíbe o seu filho / a sua filha de ver certos programas televisivos?

Nunca Algumas vezes Muitas vezes Sempre

Se sim, quais? _____

Obrigada pela sua colaboração!