

2.º CICLO
EDUCAÇÃO ALIMENTAR

Práticas alimentares na infância e comportamento alimentar na vida adulta

Catarina Ferreira Batista

M

2025



Práticas alimentares na infância e comportamento alimentar na vida adulta
Parental feeding practices in childhood and adult eating behavior

Catarina Ferreira Batista

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto e
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Orientador: Rui Poínhos

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

Coorientadora: Isabela Ottoni

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Educação Alimentar apresentada
à Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto e à
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

2025

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha família, em especial aos meus pais.

Agradecimentos

Ao Professor Rui Póinhos, o meu sincero e profundo agradecimento pela orientação exímia, pela disponibilidade incansável e pela dedicação, rigor e empenho constantes.

À Professora Isabela Ottoni, agradeço profundamente a orientação, o apoio e a inspiração. As aprendizagens transmitidas ao longo deste percurso foram verdadeiramente enriquecedoras. Agradeço a ambos por acreditarem na relevância deste estudo e pelo acompanhamento empático, atento e motivador.

À Professora Bela Franchini, pela ajuda atenciosa e dedicada e ao Professor Pedro Graça, pela visão e empenho na construção de um espaço académico de excelência.

A todo o corpo docente do Mestrado em Educação Alimentar, pelos conhecimentos transmitidos e pela forma cativante como partilharam o seu saber.

A toda a comunidade da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, em particular à Dra. Joana Campos, pelo auxílio e atenção prestadas desde o início.

Aos meus colegas de mestrado, pela hospitalidade, companheirismo e amizade e aos meus amigos, pelo apoio incondicional. Um agradecimento especial à Beatriz, à Mariana e à Rita.

Ao meu namorado e à sua família, por todo o acolhimento, suporte e amparo determinantes.

E à minha família, aos meus pais, irmão e avós, por todo o incentivo, apoio, paciência, motivação, carinho e suporte prestados.

A todos os que de alguma forma contribuíram para a concretização deste trabalho, o meu profundo e sincero agradecimento!

Resumo

Introdução: Práticas educativas responsivas promovem comportamentos alimentares saudáveis na infância. A Alimentação Intuitiva e Consciente são facetas do comportamento alimentar adaptativas amplamente estudadas. Os comportamentos alimentares adquiridos na infância tendem a persistir na vida adulta. No entanto, poucos estudos averiguaram a relação entre estas práticas na infância e o comportamento alimentar na vida adulta.

Objetivos: Traduzir e adaptar para português o questionário *Memórias de Adultos da Alimentação na Infância* (AMoFiC). Estudar as relações entre as práticas parentais exercidas na infância e o comportamento alimentar na vida adulta, incluindo a Alimentação Intuitiva e Consciente.

Metodologia: Realizou-se a tradução e adaptação do questionário AMoFiC (Fase 1) e realizou-se um estudo observacional transversal com uma amostra de 235 adultos residentes em Portugal para averiguar o objetivo do estudo (Fase 2). As informações foram recolhidas através de um questionário sobre características sociodemográficas, de infância e medidas antropométricas relatadas. Foram também aplicados o AMoFiC, o *Questionário do Comportamento Alimentar do Adulto* (AEBQ), a *Escala de Alimentação Consciente* (MES) e a *Escala de Alimentação Intuitiva 2* (IES-2).

Resultados: A Análise Fatorial Exploratória confirmou a manutenção dos cinco fatores originais do questionário AMoFiC, no entanto, sete itens mudaram de fator. Todas as subescalas apresentaram boa fiabilidade (valores de alfa de Cronbach entre 0,760 e 0,898), à exceção da subescala *Controlo da Criança* (0,622) que foi apenas composta por 3 itens. As práticas parentais *Monitorização* e *Orientação Alimentar Saudável* relacionaram-se significativamente com ser do sexo feminino,

ter tido a mãe como cuidador principal, uma relação mais próxima com o cuidador principal, ter residido numa zona rural, menor idade e pontuações mais elevadas na subescala *Consciência* da MES e em *Congruência Corpo-Mente* da IES-2. Contrariamente, as práticas parentais de *Restrição, Controlo e Pressão e Recompensa Alimentar*, relacionaram-se com ser do sexo masculino, ter um Índice de Massa Corporal (IMC) mais elevado, consumir alimentos açucarados e processados semanalmente, ter tido outro cuidador principal (que não a mãe), ter residido numa zona urbana e menor idade. Estas práticas correlacionaram-se ainda negativamente com todas as subescalas da MES, à exceção da subescala *Rotina* e com as subescalas *Capacidade de comer por razões físicas e não emocionais*, *Permissão incondicional para comer* e *Congruência corpo-mente* da IES-2 e positivamente com *Prazer em comer*, *Sobre ingestão emocional* e *Seletividade alimentar* do questionário AEBQ.

Conclusão: As práticas parentais *Monitorização e Orientação Alimentar Saudável* relacionaram-se com comportamentos alimentares adaptáveis, enquanto as práticas de *Restrição, Controlo e Pressão e Recompensa Alimentar* relacionaram-se com comportamentos alimentares desadaptativos na vida adulta.

Palavras-Chave: Práticas parentais, Comportamento Alimentar, Alimentação Intuitiva, Alimentação Consciente, Infância e vida adulta.

Abstract

Introduction: Responsive feeding practices promote healthy eating behaviors in childhood. Intuitive Eating and Mindful Eating are widely studied facets of adaptive eating behavior. Eating behaviors acquired in childhood tend to persist into adulthood. However, few studies have investigated the relationship between these practices in childhood and eating behavior in adulthood.

Objective: To translate and adapt the *Adult Memories of Feeding in Childhood* (AMoFiC) questionnaire into Portuguese. To study the relationships between parental feeding practices experienced in childhood and eating behavior in adulthood, including Intuitive Eating and Mindful Eating.

Methodology: The translation and adaptation of the AMoFiC questionnaire were performed (Phase 1), and a cross-sectional observational study was conducted with a sample of 235 adults residing in Portugal to ascertain the study's objective (Phase 2). Information was collected using a questionnaire on sociodemographic characteristics, childhood, and self-reported anthropometric measures. The AMoFiC questionnaire, the *Adult Eating Behaviour Questionnaire* (AEBQ), the *Mindful Eating Scale* (MES), and the *Intuitive Eating Scale 2* (IES-2) were also applied.

Results: The Exploratory Factor Analysis confirmed the maintenance of the five original factors of the AMoFiC questionnaire; however, seven items shifted factors. All subscales demonstrated good reliability (Cronbach's alpha values between 0.760 and 0.898), except for the *Child Control* subscale (0.622), which was only composed of 3 items. The parental practices of *Monitoring* and *Healthy Eating Guidance* were significantly associated with being female, having the mother as the primary caregiver, a closer relationship with the primary caregiver, having

lived in a rural area, younger age, and higher scores on the MES *Awareness* subscale and the IES-2 *Mind-Body Congruence* subscale. Conversely, the parental practices of *Restriction*, *Control* and *Pressure and Food Reward* were associated with being male, having a higher Body Mass Index (BMI), weekly consumption of sugary and processed foods, having had a primary caregiver other than the mother, having lived in an urban area, and younger age. Furthermore, these practices were negatively correlated with all MES subscales, except for the *Routine* subscale, and with the IES-2 subscales of *Eating for Physical Rather Than Emotional Reasons*, *Unconditional Permission to Eat*, and *Mind-Body Congruence*. They were also positively correlated with *Enjoyment of Food*, *Emotional Overeating*, and *Food Fussiness* from the AEBQ questionnaire.

Conclusion: Parental practices of *Monitoring* and *Healthy Eating Guidance* were related to adaptive eating behaviors, whereas *Restriction*, *Control*, and *Pressure and Food Reward* practices were related to maladaptive eating behaviors in adulthood.

Keywords: Parental Practices, Eating Behavior, Intuitive Eating, Mindful Eating and Childhood and adulthood.

Índice

Dedicatória	ii
Agradecimentos	iii
Abstract	vi
Lista de Figuras.....	xii
Lista de Tabelas	xiii
Introdução.....	1
Comportamentos alimentares adaptativos: Alimentação Intuitiva e Consciente	2
Fatores que influenciam o Comportamento Alimentar: Práticas parentais	4
Restrição.....	6
Pressão	7
Recompensa alimentar	7
Controlo.....	8
Relação entre as Práticas Parentais e o Comportamento Alimentar na vida adulta	10
Objetivos	12
Objetivo geral	12
Objetivos específicos	12
Metodologia	13
FASE 1 - Tradução e adaptação do questionário AMoFiC	13

FASE 2 - Estudo das relações entre as práticas parentais exercidas na infância e o comportamento alimentar na vida adulta.....	14
Desenho e população do estudo	14
Recolha de dados, instrumentos e medidas	14
Memórias de Adultos da Alimentação na Infância (AMoFiC).....	14
Questionário do Comportamento Alimentar do Adulto (AEBQ)	16
Escala de Alimentação Intuitiva-2 (IES-2).....	17
Escala de Alimentação Consciente (MES)	18
Análise estatística.....	19
Considerações éticas	20
Resultados	21
Tradução e adaptação do questionário AMoFiC.....	21
Análise Fatorial Exploratória	21
Análise da Consistência Interna	23
Caracterização da amostra	26
Relação entre os resultados do questionário AMoFiC com características sociodemográficas e da infância dos participantes	28
Associações entre as práticas parentais na infância (AMoFiC) e o comportamento alimentar na vida adulta (AEBQ, MES e IES-2)	29
Efeito das características sociodemográficas, da infância e do questionário AMoFiC no Comportamento Alimentar do Adulto (AEBQ)	35

Efeito das características sociodemográficas, da infância e do questionário AMoFiC na Alimentação Consciente (MES)	35
Efeito das características sociodemográficas, da infância e do questionário AMoFiC na Alimentação Intuitiva (IES-2).....	37
Efeito das características sociodemográficas, da infância e do questionário AMoFiC no IMC	37
Discussão	42
Tradução e adaptação do questionário AMoFiC.....	42
Práticas parentais na infância e características sociodemográficas e da infância	43
Orientação Alimentar Saudável	43
Restrições.....	45
Monitorização	46
Pressão e Recompensa Alimentar	48
Controlo da Criança	49
Práticas parentais na infância e Comportamento Alimentar na vida adulta ...	51
Limitações.....	57
Pontos fortes.....	58
Conclusões e Considerações Finais	59
Referências	62
Anexos ou Apêndices.....	70
Índice de Anexos ou Apêndices	70

Lista de Siglas e Acrónimos

AC: Alimentação Consciente

ACI: Análise da Consistência Interna

AEBQ: Questionário do Comportamento Alimentar do Adulto

AFE: Análise Fatorial Exploratória

AI: Alimentação Intuitiva

AMoFiC: Memórias de Adultos da Alimentação na Infância

CA: Comportamento Alimentar

DGS: Direção Geral da Saúde

IES-2: Escala de Alimentação Intuitiva 2

IMC: Índice de Massa Corporal

MES: Escala de Alimentação Consciente

OMS: Organização Mundial da Saúde

PNPAS: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

CFPQ: Comprehensive Feeding Practice Questionnaire

CFQ: Child Feeding Questionnaire

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico de escarpa da Análise Fatorial Exploratória do questionário AMoFiC.....	21
-----------------	---	----

Lista de Tabelas

<i>Tabela 1 Matriz de Cargas Fatoriais do questionário AMoFiC</i>	<i>22</i>
<i>Tabela 2 Estatística Descritiva e Consistência Interna do questionário AMoFiC</i>	<i>24</i>
<i>Tabela 3 Características sociodemográficas dos participantes.....</i>	<i>26</i>
<i>Tabela 4 Características da infância dos participantes</i>	<i>27</i>
<i>Tabela 5 Relações entre os resultados do questionário AMoFiC e as características sociodemográficas</i>	<i>31</i>
<i>Tabela 6 Relações entre os resultados do questionário AMoFiC e as características da infância.....</i>	<i>33</i>
<i>Tabela 7 Relações entre os resultados do questionário AMoFiC e o comportamento alimentar em adulto (AEBQ, MES e IES-2)</i>	<i>34</i>
<i>Tabela 8 Efeito das características sociodemográficas, da infância e dos fatores do AMoFiC no Comportamento Alimentar do Adulto (AEBQ)</i>	<i>38</i>
<i>Tabela 9 Efeito das características sociodemográficas, da infância e dos fatores do AMoFiC na Alimentação Consciente (MES)</i>	<i>39</i>
<i>Tabela 10 Efeito das características sociodemográficas, da infância e dos fatores do AMoFiC na Alimentação Intuitiva (IES-2).....</i>	<i>40</i>
<i>Tabela 11 Efeito das características sociodemográficas, da infância e dos fatores do AMoFiC no IMC</i>	<i>41</i>

Introdução

A alimentação é um processo complexo, influenciado não só por necessidades físicas e biológicas, mas também por fatores psicológicos, sociais e culturais⁽¹⁻⁶⁾. O comportamento alimentar (CA) inclui as crenças, atitudes e motivações em relação à seleção e consumo de alimentos e apresenta um impacto direto na saúde e bem-estar físico, mental e social⁽⁷⁻¹⁰⁾. O CA compreende diversas dimensões e integra componentes relacionados com sinais internos de fome e saciedade, regulação do apetite e sistemas de recompensa alimentar⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Certas dimensões do CA têm sido associadas a resultados distintos em saúde⁽¹³⁻¹⁵⁾. A Alimentação Emocional, Alimentação Externa e Restrição Alimentar, têm sido relacionadas com excesso de peso, obesidade e transtornos alimentares⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Em contrapartida, a Alimentação Intuitiva (AI) e a Alimentação Consciente (AC) são facetas do comportamento alimentar que se associam a CA mais saudáveis e a emoções positivas em relação à alimentação⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

A Alimentação Emocional caracteriza-se pela tendência de comer em excesso em resposta a emoções negativas e a Alimentação Externa pela tendência de comer em excesso devido a estímulos ambientais^(14, 15, 20, 21). Ambas têm sido associadas à ingestão excessiva, ao desrespeito pelos sinais internos de fome e saciedade, ao desenvolvimento de transtornos alimentares e ao aumento de peso⁽²²⁻²⁴⁾. A Restrição Alimentar compreende um controlo cognitivo e comportamental rígido sobre a alimentação, com o objetivo de controlar o peso corporal através da redução do consumo de alimentos^(20, 25). As Restrições Alimentares relacionam-se com a Alimentação Emocional e Externa. Pessoas com um CA restrito podem alternar entre ciclos de restrição para desinibição quando o controlo cognitivo é interrompido pelas emoções ou estímulos externos⁽¹²⁾.

Algumas dimensões do CA relacionam-se com uma maior aproximação ou distanciamento em relação aos alimentos, permitindo identificar características relacionadas com o apetite e o CA mais amplas. As dimensões que demonstram uma maior aproximação à alimentação incluem o Prazer em Comer, a Responsividade à comida e saciedade e a Sobre ingestão Emocional, isto é, a Alimentação Excessiva Emocional. Outros, por sua vez, demonstram um distanciamento da alimentação, tais como a Ingestão Lenta, a Seletividade Alimentar e a Sub ingestão Emocional, ou seja, a diminuição da ingestão de alimentos face a emoções negativas. O instrumento mais completo para avaliar estes traços do CA é o *Questionário do Comportamento Alimentar do Adulto* (AEBQ)⁽²⁶⁾.

Comportamentos alimentares adaptativos: Alimentação Intuitiva e Consciente

A Alimentação Intuitiva baseia-se nos sinais biológicos de fome e saciedade, em vez de estímulos emocionais e externos, estando associada ao bem-estar psicológico^(27, 28). As principais características da AI são, não só a *confiança nos sinais internos de fome e saciedade*, que determinam quando e quanto comer, bem como *comer por razões físicas em vez de emocionais* e ainda *permissão incondicional para comer*, que reflete a disposição de comer o alimento desejado quando se está com fome, não existindo uma tentativa de evitar o consumo de alimentos que podem ser frequentemente considerados “inaceitáveis”⁽²⁹⁾. A alimentação intuitiva opõe-se à mentalidade de “dieta” e desencoraja a rotulagem dos alimentos como “bons” ou “maus”, fazendo com que os indivíduos possam identificar a sua fome fisiológica e realizar escolhas alimentares sem julgamentos e culpa⁽³⁰⁾. O conceito surgiu em 1995 e as primeiras escalas nos anos

2000⁽³⁰⁾. Desde então as propriedades psicométricas das primeiras escalas têm sido aprofundadas, dando origem à mais recente *Escala da Alimentação Intuitiva 2* (IES-2)⁽²⁹⁾.

Vários estudos demonstraram que a AI se relaciona negativamente com a Alimentação Emocional e Externa, compulsão alimentar, consumo de alimentos ricos em gordura e energia, excesso de peso e obesidade e positivamente com a imagem corporal positiva e um índice de massa corporal mais baixo⁽³¹⁻³³⁾.

A Alimentação Consciente caracteriza-se pela consciência e atenção plena no ato de comer, isto é, estar plenamente presente e atento, observando as sensações físicas e emocionais em resposta à alimentação, sem julgamentos⁽³⁴⁾. A AC baseia-se no *Mindfulness*, ou Atenção Plena, e na utilização de todos os sentidos: visão, olfato, paladar, audição e tato, durante a alimentação⁽³⁴⁾. A utilização plena dos sentidos conduz a um ritmo mais lento no ato de comer, que reduz o consumo total de energia e aumenta a sensação de saciedade com menores quantidades de comida. A atenção plena permite que os indivíduos tenham maior consciência e menor capacidade de resposta a estímulos emocionais internos, capacitando-os a reconhecer e aceitar pensamentos, emoções e sensações negativas, impedindo um aumento da ingestão de alimentos em resposta a esses estímulos⁽³⁵⁾. Além disso, diminui a capacidade de resposta a sinais externos. O aumento da conscientização, reduz a percepção de influências externas automáticas e não conscientes, permitindo um maior controlo sobre a alimentação. O conceito de AC começou a ser investigado na década de 90 em estudos que aplicavam a Conscientização Alimentar baseada em *Mindfulness* no tratamento da obesidade e transtorno de compulsão alimentar periódica⁽³⁶⁾. Desde então tem sido amplamente estudado. A *Escala de Alimentação Consciente* (MES)

é considerado o método mais completo para a sua avaliação, por medir os principais componentes da atenção plena, como a aceitação e a não reatividade⁽³⁷⁾.

Vários estudos, incluindo revisões sistemáticas, analisaram a eficácia da AC e de intervenções baseadas na atenção plena na compulsão alimentar, transtornos alimentares, obesidade e comportamentos relacionados com a obesidade⁽³⁸⁻⁴²⁾. Alguns estudos demonstraram ainda um efeito positivo na redução da desinibição alimentar^(43, 44).

Tanto a AI como a AC são consideradas promotoras de um comportamento alimentar saudável e adaptativo, que se desenvolvem desde a infância^(45, 46).

Fatores que influenciam o Comportamento Alimentar: Práticas parentais

O comportamento alimentar estabelecido na infância desenvolve-se ao longo da vida, sob a influência de fatores biológicos, sociais e ambientais^(47, 48). Um desses fatores são as experiências alimentares proporcionadas pelos pais e cuidadores na infância⁽⁴⁹⁾.

Os pais e cuidadores desempenham um papel crucial enquanto modelos, educadores e agentes de socialização na vida dos seus filhos^(50, 51). A socialização é o “*processo pelo qual indivíduos ingênuos aprendem as habilidades, padrões de comportamento, valores e motivações necessárias para um funcionamento competente* (p. 13)”, no contexto alimentar, envolve os pais como responsáveis pela transmissão de informações, normas, regras, atitudes e aprendizagens às crianças em relação à alimentação, através dos seus próprios comportamentos^(51, 52).

Têm sido investigados vários conceitos para perceber a influência dos pais e cuidadores sobre o desenvolvimento alimentar dos seus educandos, entre eles

destacam-se as práticas e os estilos parentais⁽⁵³⁾. As práticas parentais dizem respeito às estratégias utilizadas pelos pais/cuidadores para educar os seus filhos/educandos⁽⁵³⁾. Os estilos parentais correspondem à postura e ao clima emocional no qual os pais/cuidadores expressam as práticas parentais⁽⁵³⁾.

O primeiro modelo de estilos parentais foi proposto por Baumrind (1966), e era composto por três estilos parentais: o permissivo, o autoritário e o democrático ⁽⁵⁴⁾. Posteriormente, Maccoby e Martin (1983), dividiram o estilo permissivo em indulgente e negligente e definiram os estilos parentais a partir de duas dimensões: a exigência e a responsividade⁽⁵⁵⁾. O estilo autoritário caracteriza-se por uma alta exigência e baixa responsividade^(56, 57). Os cuidadores com este estilo parental exercem um elevado controlo sobre os seus educandos, num ambiente com pouca afetividade^(56, 57). O estilo democrático apesar de apresentar uma alta exigência, apresenta alta responsividade, isto é, exerce um controlo responsável de forma afetiva, valorizando a autonomia e monitorizando o comportamento da criança, sem recorrer a abordagens intrusivas^(53, 56, 58). O estilo indulgente associa-se a uma baixa exigência e alta responsividade⁽⁵⁹⁾. Este estilo parental não estabelece controlo, nem regras, atendendo sempre aos desejos da criança com afeto, sem exercício de autoridade⁽⁵⁹⁾. O estilo negligente, apresenta não só uma baixa exigência, bem como baixa responsividade, não exercendo nem controlo, nem afeto, caracterizando-se por um estilo parental ausente, que responde apenas às necessidades básicas das crianças⁽⁶⁰⁾.

Crianças expostas à parentalidade democrática demonstram maiores níveis de autoeficácia, autodisciplina, maturidade emocional e comportamentos alimentares adequados^(58, 61). Vários estudos comprovam que práticas parentais promotoras de autonomia e independência, características do estilo parental

democrático, estão relacionadas com um melhor desempenho escolar; competências psicológicas mais elevadas; hábitos alimentares mais saudáveis e, consequentemente, menor prevalência de excesso de peso e obesidade^(53, 56-58, 61-63).

De facto, as práticas parentais apresentam um enorme impacto nas atitudes, preferências e comportamentos alimentares das crianças^(53, 56, 61, 62). A evidência científica identificou que, práticas educativas não responsivas, como a restrição, pressão, recompensa alimentar e controlo excessivo apresentam uma influência desadaptativa no comportamento alimentar. Por outro lado, práticas responsivas promotoras de autonomia e independência, como a monitorização e orientação alimentar saudável apresentam o efeito oposto^(61, 64, 65).

Restrição

A utilização de práticas parentais restritivas pode apresentar um efeito controverso ao aumentar a preferência das crianças pelos alimentos restritos⁽⁶⁶⁾. Este efeito foi descrito pela primeira vez por Birch e Fisher que investigaram os efeitos da restrição do acesso físico a alimentos palatáveis em crianças com idades compreendidas entre os três e os cinco anos⁽⁶⁷⁾. Os resultados demonstraram que as crianças apresentavam maior interesse nos alimentos restritos, consumindo maiores quantidades dos mesmos em comparação com os alimentos disponíveis⁽⁶⁷⁾. Restringir alimentos palatáveis pode paradoxalmente promover a sua ingestão. Estes resultados foram demonstrados em diversos estudos, que revelaram que restringir o acesso a alimentos que se encontram fora do alcance, mas à vista das crianças, diminui a sua capacidade de autocontrolo⁽⁶⁶⁻⁷⁰⁾. Como consequência, quando o alimento está à vista e ao seu alcance, a criança tem frequentemente dificuldade em controlar a quantidade ingerida, desrespeitando os seus sinais de

fome e saciedade⁽⁶⁹⁾. Rollins et al. confirmaram que a restrição pode conduzir a uma Alimentação Excessiva e ao aumento de peso, principalmente em crianças em risco de excesso de peso e obesidade e com menor capacidade de autorregulação⁽⁶⁸⁾. Outros estudos verificaram ainda que a restrição alimentar pode conduzir a uma elevada ingestão alimentar em resposta a emoções negativas, ou seja, à Alimentação Emocional^(71, 72).

Pressão

Em consonância com a restrição, a pressão alimentar pode apresentar um efeito oposto ⁽⁷³⁻⁷⁵⁾. Os pais recorrem à pressão para persuadir os seus filhos a consumir uma maior quantidade de alimentos, principalmente para encorajar a ingestão de alimentos saudáveis⁽⁷³⁻⁷⁵⁾. No entanto, inúmeros estudos têm relacionado a pressão para comer a um menor consumo de alimentos saudáveis e a um aumento do consumo de alimentos palatáveis, principalmente quando a criança não tem fome⁽⁷⁶⁾. Pressionar as crianças a ingerir mais hortaliças e legumes para sair da mesa ou como condição para o consumo de uma sobremesa, pode levar à aversão desses alimentos⁽⁷⁵⁾. Incentivar e pressionar as crianças a comer um determinado alimento pode apresentar o resultado contrário⁽⁷⁷⁾.

Recompensa alimentar

Oferecer alimentos como recompensa é uma prática parental recorrente, contudo pode levar a comportamentos alimentares desadaptativos⁽⁷⁸⁾. Usar alimentos palatáveis como recompensa por bom comportamento pode promover a preferência por esses alimentos^(71, 78). Ademais, recompensá-las pelo consumo de alimentos saudáveis, não promove o consumo destes alimentos, pelo contrário, pode, na verdade, conduzir à aversão dos mesmos⁽⁷⁹⁾. De facto, vários estudos têm

demonstrado que oferecer um alimento como recompensa pode resultar num aumento da preferência pelo alimento de recompensa e na diminuição da preferência pelo alimento que foi inicialmente oferecido^(74, 78, 80-82). A recompensa alimentar está associada a comportamentos relacionados com o excesso de peso, como a desinibição alimentar e ao aumento do índice de massa corporal^(71, 82).

Controlo

No ambiente obesogénico atual é necessário algum controlo parental para moderar a ingestão das crianças, no entanto, para a promoção de comportamentos alimentares adequados o controlo exercido deve ser encoberto e moderado⁽⁶⁶⁾. O controlo encoberto inclui estratégias não detetáveis pelas crianças, como a compra e disponibilização apenas de alimentos saudáveis em casa⁽⁸³⁾. O controlo moderado pode facilitar a autorregulação e autonomia da criança e moderar o consumo de alimentos não saudáveis⁽⁸⁴⁾. Por outro lado, o controlo aberto, que pode ser detetado pela criança e excessivo, que inclui práticas de restrição e pressão alimentar, relacionam-se com a Alimentação Excessiva e Emocional⁽⁷¹⁾. Verificou-se também que o controlo parental excessivo se encontra associado a uma menor ingestão de hortofrutícolas e uma maior ingestão de lípidos^(77, 85).

Estas práticas parentais podem contribuir para o desenvolvimento de comportamentos alimentares inadequados, caracterizados por uma baixa responsividade aos sinais de fome e saciedade e alta responsividade aos estímulos externos e emocionais, que comprometem a adequação da ingestão de energia às necessidades fisiológicas^(61, 64). Contrariamente, práticas educativas responsivas auxiliam as crianças a reconhecer e respeitar os seus sinais internos de fome e saciedade, apoiando a sua capacidade de autorregulação e autonomia, associam-se a comportamentos alimentares mais saudáveis⁽⁸⁶⁻⁸⁸⁾.

A orientação alimentar saudável diz respeito à forma como os pais e educadores ensinam e moldam os conhecimentos e atitudes dos seus filhos e educandos em relação à alimentação⁽⁸⁶⁾. Os pais devem promover a Educação Alimentar, através da criação de um ambiente alimentar positivo, que envolva e incentive as crianças a explorar e experimentar alimentos, não só pela exposição, mas também por modelação⁽⁸⁶⁾. A monitorização refere-se ao acompanhamento e supervisão em relação às escolhas alimentares e à gestão do ambiente alimentar, nomeadamente ao acesso e disponibilidade de alimentos saudáveis⁽⁸⁹⁾.

Uma das principais recomendações e diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o desenvolvimento saudável na primeira infância é precisamente a utilização de práticas responsivas^(87, 88). Recentemente, a Direção Geral da Saúde (DGS) e o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) publicaram, em colaboração com o Programa Nacional de Saúde Escolar, um guia de boas práticas para pais e educadores sobre como educar para uma alimentação saudável, que identifica as principais estratégias promotoras de hábitos alimentares saudáveis e adaptativos, com foco nas práticas educativas responsivas⁽⁸⁶⁾.

Segundo a literatura recente, as principais estratégias para o desenvolvimento de uma alimentação saudável na infância são: limitar a utilização de práticas de restrição, pressão e recompensa alimentar excessivas; limitar a utilização da alimentação para gerir emoções, principalmente emoções negativas; exercer um controlo encoberto e moderado; exercer uma orientação alimentar saudável, através da educação alimentar, do envolvimento, incentivo, elogio, autorregulação, autonomia e independência da criança, da modelação e da criação de um ambiente alimentar e familiar positivo, com a realização de

refeições em família; monitorização da disponibilidade e acesso a alimentos saudáveis e adoção de um estilo parental democrático^(64, 86-88).

Relação entre as Práticas Parentais e o Comportamento Alimentar na vida adulta

A investigação sobre a relação entre as práticas parentais e o comportamento alimentar tem-se focado maioritariamente na primeira infância (até aos 6 anos) e infância média (dos 6 aos 12 anos)^(53, 57, 59, 63, 90-92). No entanto, os comportamentos alimentares estabelecidos durante a infância tendem a persistir ao longo do curso de vida, servindo de base para as preferências e hábitos alimentares na adolescência e na vida adulta⁽⁶⁴⁾.

De facto, alguns estudos confirmaram uma relação entre as práticas parentais exercidas durante a infância e o comportamento alimentar na vida adulta⁽⁹³⁻¹⁰⁰⁾. Contudo, o estudo desta relação tem sido dificultado por questões metodológicas. Embora os estudos longitudinais sejam ideais para estabelecer uma relação causal, a sua aplicabilidade é limitada devido ao período prolongado de observação e ao elevado risco de abandono dos participantes⁽¹⁰¹⁾. Como alternativa, são frequentemente utilizados estudos retrospectivos^(94, 97, 99, 100).

Até 2021, não existia nenhuma ferramenta validada especificamente para medir as recordações de adultos sobre as práticas alimentares exercidas pelos pais durante a infância, que permitisse relacioná-las com o seu comportamento alimentar. Alguns estudos utilizaram versões retrospectivas do *Comprehensive Feeding Practice Questionnaire* (RCFPQ) e do *Child Feeding Questionnaire* (RCFQ), que não foram desenvolvidos nem validados para esse propósito^(93, 94, 96, 97, 99). Ademais, as versões validadas para a população portuguesa foram as originais, que

se destinam aos pais (o CFPQ para pais de crianças entre 5 e 10 anos e o CFQ para pais de crianças com 4 anos) e não aos filhos já adultos^(89, 102, 103).

Małachowska & Jezewska-Zychowicz (2021), colmataram esta problemática ao adaptar o questionário CFPQ para ser respondido por adultos, dando origem ao questionário *Adults' Memories of Feeding in Childhood* (AMoFiC)⁽⁹⁵⁾.

A literatura científica já confirmou associações entre práticas parentais de controlo na infância, incluindo pressão e recompensa alimentar, e alimentação restritiva, compulsão alimentar e menores níveis de Alimentação Intuitiva na vida adulta e práticas parentais de restrição alimentar com maiores níveis de Alimentação Emocional e preocupação com a comida na vida adulta^(98, 100, 104-106).

Um estudo recente de 2025 verificou que os participantes sujeitos a um maior controlo durante a infância relataram maiores níveis de Alimentação Emocional e Restritiva, menor Alimentação Intuitiva e maior frequência de ingestão de alimentos mais energéticos e palatáveis⁽¹⁰⁷⁾.

No entanto, até à data, nenhum estudo averiguou a relação entre as práticas alimentares parentais exercidas durante a infância e a Alimentação Consciente e outros traços do CA na vida adulta. Além disso, tanto quanto se sabe, em Portugal, não foi realizado nenhum estudo que investigasse a relação entre estas práticas e o comportamento alimentar na vida adulta, só durante a infância⁽¹⁰⁸⁻¹¹³⁾.

Objetivos

Objetivo geral

Estudar as relações entre as práticas parentais exercidas na infância e o comportamento alimentar na vida adulta.

Objetivos específicos

- Traduzir e adaptar transculturalmente o questionário AMoFiC para a língua portuguesa em adultos portugueses;
- Avaliar as práticas parentais exercidas na infância;
- Avaliar as características sociodemográficas e da infância dos participantes;
- Avaliar o comportamento alimentar e os níveis de alimentação intuitiva e de alimentação consciente dos participantes;
- Analisar as relações entre as práticas parentais exercidas na infância e as características sociodemográficas e de infância;
- Analisar as relações entre as práticas parentais exercidas na infância e o comportamento alimentar, a alimentação intuitiva e consciente atual.

Metodologia

FASE 1 - Tradução e adaptação do questionário AMoFiC

Para a tradução e adaptação do questionário AMoFiC (Anexo A) para a língua portuguesa, foi obtida a autorização das autoras originais do questionário e, após aprovação, o processo baseou-se em recomendações internacionais⁽¹¹⁴⁾.

O questionário foi traduzido por três indivíduos fluentes em inglês, com língua materna portuguesa. As três traduções foram comparadas dando origem a uma versão harmonizada (Apêndices A e B). Esta versão foi traduzida de volta à língua original (inglês) por um tradutor bilíngue, nativo em inglês, sem conhecimento prévio do questionário, dando origem à retroversão (Apêndice C). Seguidamente, a versão original e a retroversão foram comparadas. As principais diferenças observadas, que já eram expectáveis foram a adoção do pretérito imperfeito e a alteração da estrutura em duas questões (Apêndice B). Estas diferenças não foram consideradas relevantes, pelo que a versão retro-traduzida foi considerada equivalente à versão original.

Realizou-se um pré-teste, aplicando a versão harmonizada a um grupo de 10 indivíduos, tendo cada participante respondido a questões relacionadas com a sua compreensão do questionário. Como a maioria dos participantes confirmou compreender todas as questões, respondendo de forma coerente às mesmas, os itens foram mantidos, dando assim origem à versão final do questionário.

FASE 2 - Estudo das relações entre as práticas parentais exercidas na infância e o comportamento alimentar na vida adulta

Desenho e população do estudo

O presente estudo observacional transversal contou com a participação de 235 indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, residentes em Portugal (critérios de inclusão), que foram recrutados via *online*.

Recolha de dados, instrumentos e medidas

A recolha de dados foi efetuada através de um questionário *online* realizado na plataforma *LimeSurvey*® alojada à plataforma InqueritosUP (inqueritos.up.pt), que foi divulgado nas redes sociais *Instagram*® e *Whatsapp*® entre os dias 22 de março e 2 de maio de 2025. No início do questionário os participantes foram informados relativamente aos objetivos e métodos do estudo, sendo obtido o seu consentimento informado. Só tinham acesso ao inquérito os participantes que aceitassem participar no estudo. O inquérito incluía o apuramento de características sociodemográficas (Apêndice D) e de infância (Apêndice E), a versão portuguesa do questionário AMoFiC (Apêndice A), o questionário do Comportamento Alimentar do Adulto (AEBQ) e as escalas Alimentação Intuitiva-2 (IES-2) e Alimentação Consciente (MES).

Memórias de Adultos da Alimentação na Infância (AMoFiC)

Para avaliar as memórias dos participantes sobre a sua alimentação na infância foi utilizada a versão portuguesa do questionário AMoFiC (Apêndice A). O AMoFiC consiste em 39 itens divididos em cinco subescalas: *Restrições, Orientação Alimentar Saudável, Pressão e Recompensa Alimentar, Monitorização e Controlo da Criança*⁽⁹⁵⁾. A subescala *Restrições* refere-se a uma prática que os pais e

cuidadores utilizam para tornar um alimento ou um grupo de alimentos menos acessível, controlando o tipo e/ou a quantidade de alimentos a ingerir e inclui treze itens, exemplo: *“Se eu comesse mais numa refeição, os meus pais tentavam diminuir as minhas porções de comida na refeição seguinte”*. A subescala *Orientação Alimentar Saudável* apresenta nove itens e refere-se à forma como os pais e cuidadores ensinam e moldam os conhecimentos e atitudes dos filhos em relação à alimentação, exemplo: *“A maioria dos alimentos que os meus pais tinham em casa eram “saudáveis”*”. A subescala *Pressão e Recompensa Alimentar* refere-se às regras estabelecidas relativamente à qualidade e quantidade de alimentos a ingerir no sentido de incrementar a ingestão alimentar da criança e apresenta seis itens, como *“Os meus pais ofereciam-me os meus alimentos preferidos em troca de bom comportamento”*. A subescala *Monitorização* diz respeito ao acompanhamento e supervisão dos pais e cuidadores em relação às escolhas alimentares e à gestão do ambiente alimentar dos seus filhos e apresenta cinco itens, por exemplo *“Os seus pais prestavam atenção aos doces que comia quando era criança?”* e a subescala *Controlo da Criança*, que se refere às estratégias comportamentais concretas utilizadas pelos pais e cuidadores, que influenciam diretamente a alimentação das crianças, no sentido de aumentar ou diminuir a sua ingestão alimentar, apresenta seis itens, exemplo: *“Os seus pais deixavam-na/o comer todos os alimentos que queria?”*.

Cada item é respondido numa escala de Likert de 5 pontos: 1 (discordo/nunca), 2 (discordo ligeiramente/raramente), 3 (não concordo nem discordo/às vezes), 4 (concordo ligeiramente/maioritariamente) e 5 (concordo/sempre). Havia ainda a possibilidade de resposta “não me lembro”, para minimizar erros de memória. A pontuação é obtida através da média das

pontuações dos itens que compreendem cada uma das subescalas, variando de 1 a 5. Pontuações mais elevadas indicam maiores níveis dessa prática alimentar na infância.

Questionário do Comportamento Alimentar do Adulto (AEBQ)

Para avaliar traços do Comportamento Alimentar foi utilizado o questionário AEBQ validado para a população portuguesa⁽²⁶⁾. Este instrumento apresenta 30 itens divididos em cinco subescalas: *Prazer em comer*, *Sobre ingestão emocional*, *Ingestão lenta*, *Seletividade alimentar* e *Sub ingestão emocional*. A subescala *Prazer em comer* refere-se ao conjunto de sensações, por exemplo, de satisfação, alívio e felicidade no momento da refeição e à capacidade de reduzir a ingestão de alimentos após a realização da mesma e inclui dez itens, exemplo: “*Eu amo comida*”. A subescala *Sobre ingestão emocional* apresenta cinco itens e refere-se ao aumento da ingestão devido a fatores psicológicos e emocionais, relativos a emoções negativas, como ansiedade e raiva, exemplo: “*Eu como mais quando estou chateado(a)*”. A subescala *Ingestão lenta* apresenta cinco itens e diz respeito à diminuição da ingestão de alimentos fruto do desinteresse pela comida ou pela falta de satisfação no ato de comer, exemplo: “*Eu como devagar*”. A subescala *Seletividade alimentar* apresenta cinco itens e define-se como recusa de alimentos, quer sejam novos ou familiares, pouco apetite e desinteresse em comer, existindo uma variedade reduzida de alimentos elegíveis a ser consumidos, exemplo: “*Eu recuso comidas ou alimentos novos, em um primeiro contato*” e a subescala *Sub ingestão emocional* que se refere à diminuição da ingestão por fatores psicológicos e emocionais negativos, como ansiedade e raiva, apresenta cinco itens, exemplo: “*Eu como menos quando estou*

ansioso”. As duas primeiras subescalas estão relacionadas a uma maior “aproximação” à comida e as três últimas a um maior “distanciamento”.

Cada item é respondido através de uma escala Likert entre 1 (Discordo fortemente) e 5 (Concordo fortemente). A pontuação é obtida através da média de cada uma das subescalas, variando de 1 a 5. Pontuações mais elevadas indicam maiores níveis de cada uma das características relacionadas com o apetite e o comportamento alimentar.

Escala de Alimentação Intuitiva-2 (IES-2)

Para avaliar a Alimentação Intuitiva foi utilizada a escala IES-2 desenvolvida por Tylka e Kroon Van Diest (2013), que foi validada para a população portuguesa^(29, 115). A escala apresenta 23 itens distribuídos em 4 subescalas: *Comer por razões físicas e não por razões emocionais*, *Permissão incondicional para comer*, *Confiança em pistas internas de fome e saciedade* e *Congruência corpo e mente*. A subescala *Comer por razões físicas e não por razões emocionais* avalia a capacidade de os indivíduos satisfazerem a fome fisiológica (física) e não a emocional e inclui oito itens, exemplo: “*Como quando estou stressado/a, mesmo não tendo fome*”. A subescala *Permissão incondicional para comer* diz respeito à capacidade de comer qualquer alimento sem sentimentos de culpa, julgamento ou preocupação excessiva e apresenta seis itens, exemplo: “*Tenho ‘comidas proibidas’ às quais não me permito comer*”. A subescala *Confiança em pistas internas de fome e saciedade* refere-se à capacidade de o indivíduo identificar e confiar nos sinais internos, que determinam quando, quanto e o que comer e apresenta seis itens, como “*Confio no meu corpo para me dizer quando comer*” e a subescala *Congruência corpo e mente* que avalia a forma como o indivíduo faz escolhas alimentares que promovem o seu bem-estar físico e energético não de

forma rígida ou baseada em regras e apresenta três itens, exemplo: *“Maioritariamente, tenho vontade de comer refeições/alimentos nutritivos”*.

Cada item é respondido numa escala Likert, que varia entre 1 (Discordo fortemente) e 5 (Concordo fortemente). Sete dos 23 itens são pontuados inversamente. A pontuação é obtida através da média das pontuações de todos os itens ou dos itens de cada uma das subescalas, variando de 1 a 5. Pontuações mais elevadas indicam maiores níveis de Alimentação Intuitiva.

Escala de Alimentação Consciente (MES)

Para avaliar a Alimentação Consciente foi aplicada a escala MES, utilizando uma versão para investigação disponibilizada pelo grupo de investigadores que se encontra a realizar o estudo das suas propriedades psicométricas para a população portuguesa, a partir da escala desenvolvida por Hulbert-Williamns et al.⁽¹¹⁶⁾. É uma ferramenta de 28 itens, que inclui 6 subescalas: *Aceitação, Consciência, Não reatividade, Rotina, Agir com consciência, e Alimentação não estruturada*. A subescala *Aceitação* inclui seis itens relacionados a julgamentos alimentares, como por exemplo *“Eu critico-me pela minha maneira de comer”*. A subescala *Consciência* apresenta cinco itens relacionados com a observação e atenção durante o ato de comer, exemplo: *“Reparo nos sabores e texturas quando estou a comer”*. A subescala *Não reatividade* avalia atitudes não reativas face a estímulos externos e ao apetite através de cinco itens, exemplo: *“Fico muito irritada/o quando preciso de comer”*. A subescala *Rotina* apresenta quatro itens que medem a rotina para quando e o que se come, exemplo: *“Tenho uma rotina para aquilo que como”*. A subescala *Agir com consciência* inclui quatro itens sobre automaticidade, distração e ações em modo piloto automático, exemplo: *“Não presto atenção ao que estou a comer, porque estou a sonhar acordada/o,*

distraída/o ou preocupada/o”. A subescala *Alimentação não estruturada* avalia a estrutura das refeições, como o ato de petiscar ou realizar várias ações em simultâneo durante as refeições, através de quatro itens, exemplo: “*Faço várias coisas enquanto estou a comer*”.

Cada item é respondido numa escala Likert de 4 pontos (1- Nunca a 4- Habitualmente). A pontuação é obtida através da média de cada uma das subescalas e do total de todos os itens, podendo variar de 1 a 4. Os itens da subescala *Consciência* e um dos itens da subescala *Não reatividade*, “*Consigo aguentar estar com fome durante algum tempo*”, têm pontuação mais elevada para Habitualmente. Todos os restantes são pontuados inversamente. Pontuações mais altas indicam maior consciência alimentar.

Análise estatística

A análise estatística dos resultados foi realizada através da utilização do software *IBM® SPSS® Statistics* versão 30.0 para *Windows®*. Para analisar a estrutura fatorial do AMoFiC, foi realizada uma análise fatorial exploratória. O número de fatores a extrair foi definido por análise do scree plot. Foram excluídos itens com comunalidades abaixo de 0,3. A consistência interna dos itens dentro de cada fator foi avaliada através do alfa de Cronbach (α), sendo considerados valores excelentes se $\alpha \geq 0,9$, bons se $\alpha \in [0,8; 0,9[$, aceitáveis se $\alpha \in [0,7; 0,8[$, questionáveis se $\alpha \in [0,6; 0,7[$, maus se $\alpha \in [0,5; 0,6[$ e inaceitáveis se $\alpha < 0,5$ (117).

As variáveis categóricas foram descritas em frequências absolutas e relativas (n, %) e as quantitativas em médias e desvios padrão (M, DP). Para estudar as relações entre as subescalas do AMoFiC e as variáveis sociodemográficas e da infância e a associação com as subescalas do AEBQ, IES-2 e MES, foram

realizadas correlações de Pearson (r) e Spearman (r_s). As correlações foram interpretadas como muito fracas quando $|r|$ ou $|r_s| < 0.25$, fracas quando $|r|$ ou $|r_s| \in [0.25; 0.5[$, moderadas quando $|r|$ ou $|r_s| \in [0.5; 0.75[$, fortes quando $|r|$ ou $|r_s| \in [0.75; 0.9[$ e muito fortes quando $|r|$ ou $|r_s| \in [0.9; 1]$ ⁽¹¹⁸⁾.

O teste *t de Student* foi utilizado para amostras independentes, onde o tamanho do efeito foi quantificado usando o d de Cohen. Considerou-se um efeito pequeno quando $d < 0,35$, efeito médio quando $0,35 < d < 0,65$ e efeito grande quando $d \geq 0,65$ ⁽¹¹⁹⁾.

Para avaliar o efeito das características sociodemográficas, da infância e das subescalas do AMoFiC (variáveis independentes) sobre as subescalas AEBQ, IES-2 e MES (variáveis dependentes), foi realizada uma MANCOVA. O tamanho do efeito foi quantificado usando o eta quadrado parcial (η_p^2), sendo pequeno quando $\eta_p^2 < 0,03$, médio quando $0,03 < \eta_p^2 < 0,1$ e grande quando $\eta_p^2 \geq 0,1$ ⁽¹¹⁹⁾. Rejeitou-se a hipótese nula quando $p < 0,05$.

Considerações éticas

A investigação obteve o parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (PARECER 2024-11-02c) no dia 7 de fevereiro de 2025. O presente estudo respeitou os princípios éticos definidos na Declaração de Helsínquia. Os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos e métodos da investigação e a sua participação foi voluntária e só ocorreu após a obtenção do seu consentimento informado. Em todas as fases do estudo a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes foi assegurada. Ressalta-se ainda a autorização prévia de tradução e adaptação do questionário AMoFiC pelas autoras originais.

Resultados

Tradução e adaptação do questionário AMoFiC

A partir dos resultados da entrevista, verificou-se que os itens 11 “*Os meus pais diziam-me o que eu podia ou não comer sem qualquer explicação*” e 38 “*Tinha acesso a alimentos entre refeições ao longo do dia?*” foram os que suscitaram mais dúvidas. No entanto, como a maioria dos participantes confirmou compreender as questões e conseguiu responder de forma coerente às mesmas, os itens foram mantidos sem alterações de formulação.

Análise Fatorial Exploratória

A adequação da AFE realizada foi confirmada pelo valor de KMO (0.828) e teste de Bartlett ($p < 0.001$). A análise do gráfico de escarpa (Figura 1) levou à escolha de uma solução com 5 fatores, que explicam 56,0% da variância total. A matriz de cargas fatoriais após rotação ortogonal é apresentada na Tabela 1.

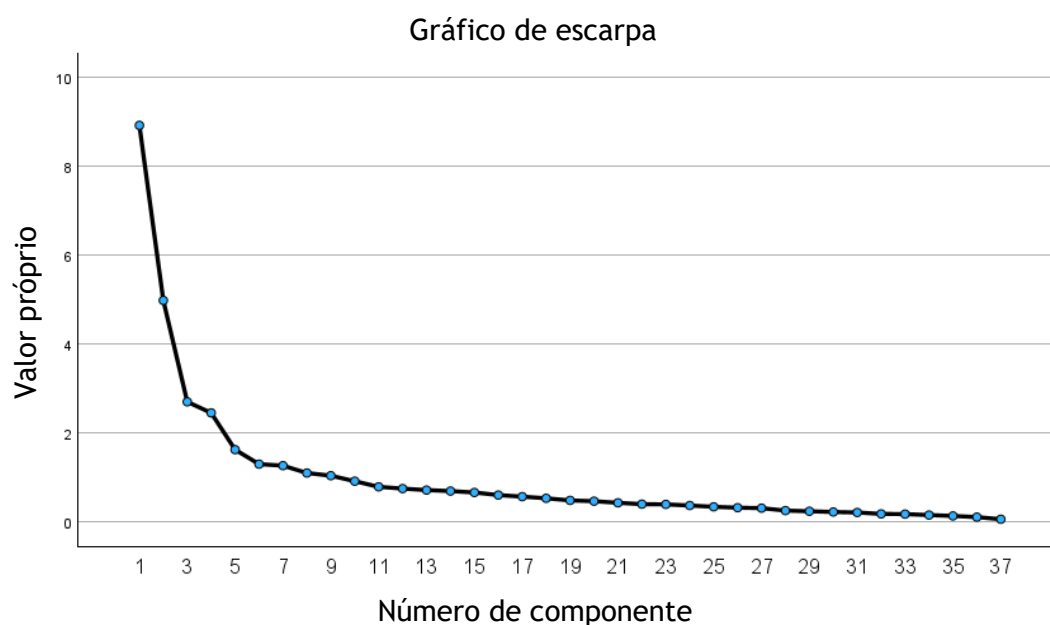


Figura 1

Gráfico de escarpa da Análise Fatorial Exploratória do questionário AMoFiC

Tabela 1*Matriz de Cargas Fatoriais do questionário AMoFiC*

	Fator 1 Orientação Alimentar Saudável	Fator 2 Restrições	Fator 3 Monitorização	Fator 4 Pressão e Recompensa Alimentar	Fator 5 Controlo da Criança
Item 22	0,786	-0,036	-0,002	-0,125	-0,139
Item 21	0,720	-0,115	0,173	0,062	-0,020
Item 19	0,710	-0,091	0,162	0,203	0,020
Item 17	0,703	-0,107	0,157	-0,155	-0,054
Item 33	0,701	0,143	0,345	0,050	-0,018
Item 13	0,698	0,308	0,179	-0,099	-0,042
Item 15	0,654	0,241	-0,170	-0,192	0,057
Item 31	0,649	0,212	0,544	-0,038	0,208
Item 18	0,639	-0,201	0,136	0,127	-0,011
Item 20	0,636	-0,020	-0,181	-0,095	0,279
Item 14	0,605	0,075	0,102	-0,284	-0,092
Item 16	0,601	-0,104	-0,115	-0,092	0,100
Item 01	0,577	0,321	0,413	-0,132	-0,097
Item 04	0,547	0,273	0,041	-0,027	0,075
Item 02	-0,061	0,696	0,171	-0,052	0,065
Item 03	-0,036	0,685	0,019	-0,155	0,034
Item 05	0,036	0,666	-0,106	0,043	0,157
Item 07	0,144	0,665	0,273	-0,116	0,004
Item 06	0,235	0,655	0,235	0,025	-0,096
Item 09	0,110	0,624	0,281	0,220	-0,198
Item 10	-0,074	0,611	0,165	0,192	0,145
Item 12	0,039	0,572	-0,261	0,032	0,323
Item 36	0,047	0,540	-0,250	0,246	0,304
Item 08	0,014	0,477	0,138	0,268	-0,300
Item 29	0,532	0,228	0,673	-0,008	0,144
Item 34	0,003	-0,075	-0,669	0,075	0,277
Item 30	0,531	0,237	0,642	0,025	0,214
Item 32	0,580	0,189	0,601	-0,049	0,108
Item 26	-0,022	-0,037	-0,023	0,810	-0,075
Item 27	-0,011	0,001	0,091	0,791	-0,011
Item 28	-0,157	0,120	0,024	0,690	0,084
Item 24	-0,077	0,477	-0,274	0,504	0,077
Item 23	-0,154	-0,028	-0,169	0,504	-0,347
Item 25	-0,053	0,425	-0,376	0,502	0,040
Item 37	-0,033	0,051	0,071	0,089	0,747
Item 35	0,215	0,060	-0,090	-0,064	0,654
Item 39	-0,104	0,121	-0,008	-0,079	0,626

De forma geral, a estrutura fatorial foi semelhante à original, pelo que se optou por utilizar as mesmas designações. No entanto, apenas o fator 5 se manteve como *Controlo da Criança*. O fator 1, *Restrições* na versão original, passou a ser o fator *Orientação Alimentar Saudável* na versão portuguesa e o fator 2 (*Orientação Alimentar Saudável* na versão original) passou a ser o fator

Restrições. O fator 3 *Pressão e Recompensa Alimentar* na versão original, corresponde ao fator *Monitorização* na versão portuguesa (fator 4 na versão original).

Todos os itens do fator 4, *Pressão e Recompensa Alimentar*, foram mantidos no mesmo fator (fator 3 na versão original). O fator 5, *Controlo da Criança*, perdeu três itens (34, 36 e 38). O fator 3, *Monitorização*, perdeu dois itens (31 e 33) e ganhou o item 34 “*Os seus pais deixavam-na/o comer todos os alimentos que queria?*” para ser pontuado de forma reversa, conforme resultados da AFE (-0,669). O fator 2, *Restrições*, perdeu três itens (1, 4 e 13) e ganhou o item 36 “*Quando ficava irrequieta/o, a primeira coisa que os seus pais faziam era dar-lhe algo para comer ou beber?*”. O fator 1, *Orientação Alimentar Saudável*, manteve os 9 itens originais e ganhou cinco itens, os três do fator *Restrições*: item 1 “*Os meus pais asseguravam que eu não comia demasiados alimentos ricos em gordura*”; item 4 “*Os meus pais conversavam comigo sobre o valor nutricional dos alimentos*” e item 13 “*Os meus pais mostravam-me o quanto apreciavam uma “alimentação saudável”*” e os dois itens do fator *Monitorização*: item 31 “*Os seus pais prestavam atenção aos alimentos ricos em gordura que comia quando era criança?*” e item 33 “*Os seus pais incentivavam-na/o a comer alimentos saudáveis antes dos não saudáveis?*” (Apêndice F).

Análise da Consistência Interna

Através da análise da Tabela 2, é possível verificar que as subescalas *Orientação Alimentar Saudável*, *Monitorização*, *Restrições* e *Pressão e Recompensa Alimentar* apresentaram valores alfa de Cronbach bons e aceitáveis de 0,898; 0,835; 0,827 e 0,760, respetivamente. Apenas a subescala *Controlo da Criança* apresentou um valor de alfa de Cronbach questionável, de 0,622.

Tabela 2
Estatística Descritiva e Consistência Interna do questionário AMoFiC

Subescalas e itens	Média (DP)	Alpha de Cronbach Média (DP)
Orientação alimentar saudável		
Item 01 Os meus pais asseguravam que eu não comia demasiados alimentos ricos em gordura	3,55 (1,44)	0,898 3,58 (0,83)
Item 04 Os meus pais conversavam comigo sobre o valor nutricional dos alimentos	2,31 (1,48)	
Item 13 Os meus pais mostravam-me o quanto apreciavam uma "alimentação saudável"	3,15 (1,49)	
Item 14 A maioria dos alimentos que os meus pais tinham em casa eram "saudáveis"	3,98 (1,19)	
Item 15 Os meus pais envolviam-me no planeamento das refeições familiares	2,72 (1,53)	
Item 16 Os meus pais deixavam-me ajudar na preparação das refeições familiares	3,48 (1,44)	
Item 17 Quando era criança, tinha acesso a muitos "alimentos saudáveis" em cada refeição	4,19 (0,99)	
Item 18 Os meus pais incentivavam-me a experimentar alimentos novos	4,16 (1,13)	
Item 19 Os meus pais diziam-me que a "comida saudável" era saborosa	3,93 (1,22)	
Item 20 Os meus pais incentivavam-me a participar nas compras de mercearia	3,32 (1,52)	
Item 21 Os meus pais incentivavam-me a comer alimentos variados	4,38 (0,90)	
Item 22 Os meus pais davam-me o exemplo de uma alimentação saudável, comendo eles próprios alimentos saudáveis	3,93 (1,22)	
Item 31 Os seus pais prestavam atenção aos alimentos ricos em gordura que comia quando era criança?	3,26 (1,21)	
Item 33 Os seus pais incentivavam-na/o a comer alimentos saudáveis antes dos não saudáveis?	3,75 (1,16)	
Restrições		
Item 02 Os meus pais encorajavam-me a comer menos para que eu não engordasse	2,17 (1,32)	0,827 1,93 (0,75)
Item 03 Os meus pais davam-me porções pequenas de comida para controlar o meu peso corporal	1,73 (1,11)	
Item 05 Se eu comesse mais numa refeição, os meus pais tentavam diminuir as minhas porções de comida na refeição seguinte	1,45 (0,79)	
Item 06 Os meus pais restringiam os alimentos que me poderiam fazer ganhar peso	2,20 (1,42)	
Item 07 Os meus pais acreditavam que havia certos alimentos que eu não deveria consumir para prevenir o ganho de peso	2,67 (1,54)	
Item 08 Os meus pais limitavam os doces e sobremesas quando me portava mal	2,32 (1,44)	

Item 09 Os meus pais queriam ter a certeza de que eu não comia em demasia os meus alimentos preferidos	2,21 (1,30)	
Item 10 Os meus pais não me deixavam comer entre refeições porque não queriam que eu ganhasse peso	1,79 (1,08)	
Item 12 Os meus pais colocavam-me frequentemente em dieta para controlar o meu peso	1,24 (0,66)	
Item 36 Quando ficava irrequieta/o, a primeira coisa que os seus pais faziam era dar-lhe algo para comer ou beber?	1,45 (0,74)	

Monitorização

Item 29 Os seus pais prestavam atenção aos doces que comia quando era criança?	3,44 (1,13)	
Item 30 Os seus pais prestavam atenção aos petiscos salgados que comia quando era criança?	3,28 (1,20)	0,835
Item 32 Os seus pais prestavam atenção às bebidas açucaradas que bebia quando era criança?	3,42 (1,28)	3,27
Item 34 Os seus pais deixavam-na/o comer todos os alimentos que queria?	3,01 (0,94)	(0,93)

Pressão e recompensa alimentar

Item 23 Os meus pais insistiam sempre para que eu terminasse de comer tudo o que tinha no prato	4,34 (1,08)	
Item 24 Os meus pais ofereciam-me os meus alimentos preferidos em troca de bom comportamento	2,07 (1,26)	
Item 25 Os meus pais ofereciam-me doces como recompensa por bom comportamento	1,91 (1,23)	0,760
Item 26 Os meus pais insistiam para que eu comesse mesmo quando eu lhes dizia que não estava com fome	3,44 (1,38)	2,87
Item 27 Se eu comesse uma porção pequena, os meus pais tentavam fazer com que eu comesse mais	3,30 (1,38)	(0,89)
Item 28 Após terminar uma refeição, os meus pais tentavam fazer com que eu comesse mais, mesmo que fosse apenas uma pequena quantidade	2,16 (1,37)	

Controlo da criança

Item 35 Os seus pais deixavam-na/o escolher os alimentos que queria de entre aqueles que estavam a ser servidos ao jantar?	2,59 (1,10)	0,622
Item 37 Quando não gostava do que estava a ser servido, os seus pais faziam-lhe outra coisa para comer?	1,91 (1,10)	2,21
Item 39 Os seus pais deixavam-na/o sair da mesa quando estava satisfeita/o, mesmo quando o resto da família ainda não tinha acabado de comer?	2,11 (1,12)	(0,85)

Caracterização da amostra

O estudo principal incluiu uma amostra de 235 participantes (Tabela 3) com uma idade média de 44 anos (entre os 18 e os 78 anos), sendo a maioria do sexo feminino (65,5%). O valor médio de Índice de Massa Corporal (IMC) corresponde a 24,6 kg/m² (DP = 4,0), sendo que 44,7% da amostra apresentava excesso de peso. A maioria dos participantes residem na região de Lisboa e Vale do Tejo (79,6%), são casados ou encontram-se em união de facto (58,7%), têm filhos (64,3%) e vivem com familiares (93,2%), sendo o agregado familiar composto, em média, por 3 pessoas (DP = 1,0).

Tabela 3
Características sociodemográficas dos participantes

	Média (DP) / n (%)
Sexo n(%)	
Feminino	154 (65,5)
Masculino	81 (34,5)
Idade M(DP)	44 (14,34)
Região n(%)	
Norte	29 (12,3)
Centro	17 (7,2)
Lisboa e Vale do Tejo	187 (79,6)
Alentejo	1 (0,4)
Região Autónoma da Madeira	1 (0,4)
Estado Civil n(%)	
Solteiro(a)	74 (31,5)
Casado(a) / União de facto	138 (58,7)
Divorciado(a)	22 (9,4)
Viúvo(a)	1 (0,4)
Com quem vive? n(%)	
Sozinho(a)	16 (6,8)
Com familiares	219 (93,2)
Tamanho do agregado familiar M(DP)	3 (1,0)
Tem filhos? n(%)	
Sim	151 (64,3)
Não	84 (35,7)

As características da infância dos participantes encontram-se presentes na Tabela 4. É possível constatar que 84,3% apresentavam um agregado familiar nuclear, cujo cuidador principal era a mãe (86,0%), sendo a sua relação muito próxima (77,9%). 67,2% residia numa região urbana (49,8%) ou semiurbana (17,5%), em Portugal (94,0%).

Tabela 4
Características da infância dos participantes

	n (%)
Agregado familiar	
Nuclear (cuidadores e filho(s))	198 (84,3)
Monoparental (um dos cuidadores e filho(s))	11 (4,7)
Família extensa (cuidadores, outros e filho(s))	23 (9,8)
Outro	3(1,2)
Cuidador principal	
Mãe	202 (86,0)
Pai	12 (5,1)
Avó	15 (6,4)
Avô	2 (0,9)
Tia	1 (0,4)
Irmão	1 (0,4)
Não familiar	2 (0,8)
Relação com cuidador principal	
Muito próxima	183 (77,9)
Próxima	39 (16,6)
Neutra	9 (3,8)
Distante	4 (1,7)
Região	
Urbana	117 (49,8)
Semiurbana	41 (17,5)
Suburbana	27 (11,5)
Rural	50 (21,2)
País	
Portugal	221 (94,0)
Outro	14 (6,0)

Relação entre os resultados do questionário AMoFiC com características sociodemográficas e da infância dos participantes

As Tabelas 5 e 6 apresentam as relações dos resultados do questionário AMoFiC com as características sociodemográficas e da infância dos participantes. É possível constatar relações entre *Orientação Alimentar Saudável* e ser do *sexo feminino* ($d = 0,40$; $p = 0,004$) e *não ter filhos* ($d = 0,30$; $p = 0,027$), com um tamanho de efeito médio e pequeno, respetivamente. Verificou-se ainda uma correlação muito fraca negativa entre este fator e a *idade* ($r = -0,175$; $p = 0,007$) e uma correlação fraca positiva com a variável *relação com o cuidador principal* ($r_s = 0,299$; $p < 0,001$).

Relativamente às *Restrições*, podem observar-se relações com um tamanho de efeito médio entre este fator e ser do *sexo masculino* ($d = 0,36$; $p = 0,010$) e ter residido numa *região urbana ou semiurbana* na infância ($d = 0,44$; $p = 0,002$). Adicionalmente, é possível constatar uma correlação fraca positiva com o *IMC* ($r = 0,304$; $p < 0,001$).

No que diz respeito à *Monitorização*, verificam-se relações com um tamanho de efeito médio com (1) o *sexo feminino* ($d = 0,35$; $p = 0,007$), (2) *estado civil solteiro(a), divorciado(a) ou viúvo(a)* ($d = 0,38$; $p = 0,005$) e (3) *mãe como cuidador principal na infância* ($d = 0,38$; $p = 0,043$). Adicionalmente, constata-se uma relação com um tamanho de efeito pequeno e ter residido numa *região suburbana ou rural* na infância ($d = 0,28$; $p = 0,048$). Observam-se ainda uma correlação negativa entre *Monitorização* e *idade* ($r = -0,175$; $p = 0,007$) e uma correlação positiva com *relação com o cuidador principal* ($r_s = 0,145$; $p = 0,026$), ambas muito fracas.

A subescala *Pressão e Recompensa Alimentar* relacionou-se com o *sexo masculino* ($d = 0,29$, $p = 0,036$), *consumo de alimentos açucarados* ($d = 0,33$; $p = 0,013$) e *processados* ($d = 0,38$; $p = 0,007$) semanalmente e *outro cuidador principal* durante a infância ($d = 0,56$; $p = 0,004$), sendo o tamanho do efeito pequeno nas duas primeiras associações e médio nas duas últimas.

Em relação ao *Controlo da Criança*, constata-se uma relação com um tamanho de efeito pequeno com o *consumo de alimentos processados* semanalmente ($d = 0,33$; $p = 0,016$) e uma correlação negativa muito fraca com a *idade* ($r = -0,159$; $p = 0,015$).

Associações entre as práticas parentais na infância (AMoFiC) e o comportamento alimentar na vida adulta (AEBQ, MES e IES-2)

As correlações entre o questionário AEBQ e as escalas MES e IES-2 com o questionário AMoFiC apresentam-se na Tabela 7. É possível constatar correlações positivas muito fracas entre *Orientação Alimentar Saudável* e *Consciência* da escala MES ($r = 0,199$; $p = 0,002$) e *Congruência Corpo e Mente* da escala IES-2 ($r = 0,223$; $p = 0,001$).

A subescala *Restrições* apresenta uma correlação fraca positiva com *Prazer em Comer* ($r = 0,246$; $p < 0,001$) e uma muito fraca positiva com *Sobre ingestão emocional* ($r = 0,234$; $p < 0,001$), ambas do questionário AEBQ. Apresenta ainda correlações negativas muito fracas com *Aceitação* ($r = -0,242$; $p < 0,001$); *Consciência* ($r = -0,137$; $p = 0,036$); *Não Reatividade* ($r = -0,146$; $p = 0,025$) e *Agir com Consciência* ($r = -0,205$; $p = 0,002$) da escala MES, e *Permissão Incondicional para Comer* ($r = -0,210$; $p = 0,001$) da escala IES-2. Por fim, apresentou correlações

negativas fracas com *Alimentação Intuitiva* (IES-2 total) ($r = -0,273$; $p < 0,001$) e *Comer por razões físicas* ($r = -0,251$; $p < 0,001$) também da escala IES-2.

No que diz respeito à *Monitorização*, observou-se uma correlação positiva muito fraca com *Consciência* ($r = 0,170$; $p = 0,009$) da escala MES e uma correlação negativa muito fraca com *Permissão Incondicional para Comer* ($r = -0,130$; $p = 0,046$) da escala IES-2.

Em relação à *Pressão e Recompensa Alimentar*, verifica-se uma correlação fraca positiva com *Prazer em Comer* ($r = 0,278$; $p < 0,001$) e uma correlação muito fraca positiva com *Seletividade Alimentar* ($r = 0,150$; $p = 0,021$), ambas do questionário AEBQ. É ainda possível observar correlações negativas, muito fracas, com *Aceitação* ($r = -0,171$; $p = 0,009$); *Agir com Consciência* ($r = -0,140$; $p = 0,032$) e *Alimentação não estruturada* ($r = -0,197$; $p = 0,002$) da escala MES e *Alimentação Intuitiva* (IES total) ($r = -0,140$; $p = 0,032$); *Comer por razões físicas* ($r = -0,191$; $p = 0,003$) e *Congruência corpo e mente* ($r = -0,177$; $p = 0,007$) da escala IES-2.

Por fim, *Controlo da Criança*, correlacionou-se de forma negativa e muito fraca com *Consciência* ($r = -0,158$; $p = 0,015$) e *Agir com Consciência* ($r = -0,151$; $p = 0,021$), ambas da escala MES.

Açucarados menor que uma vez por semana	3,66 (0,92)	0,20	0,127	1,94 (0,74)	0,02	0,862	3,35 (0,94)	0,16	0,218	2,73 (0,84)	0,33	0,013	2,18 (0,77)	0,07	0,613
Açucarados semanalmente	3,50 (0,73)			1,92 (0,76)			3,20 (0,91)			3,01 (0,92)			2,24 (0,93)		
Processados menor que uma vez por semana	3,54 (0,86)	0,13	0,337	1,88 (0,75)	0,20	0,154	3,27 (0,95)	0,03	0,850	2,76 (0,86)	0,38	0,007	2,11 (0,78)	0,33	0,016
Processados semanalmente	3,65 (0,77)			2,02 (0,75)			3,30 (0,89)			3,09 (0,91)			2,40 (0,95)		

DP - Desvio padrão.

d = d de Cohen.

r = coeficiente de correlação de Pearson

Tabela 6

Relações entre os resultados do questionário AMoFiC e as características da infância

	Orientação Alimentar Saudável			Restrições			Monitorização			Pressão e Recompensa Alimentar			Controlo da Criança		
	Média (DP)	d / rs	p	Média (DP)	d / rs	p	Média (DP)	d / rs	p	Média (DP)	d / rs	p	Média (DP)	d / rs	p
Agregado familiar															
Nuclear	3,56 (0,86)			1,91 (0,74)			3,27 (0,95)			2,84 (0,88)			2,18 (0,84)		
Outro	3,72 (0,67)	0,20	0,277	2,03 (0,79)	0,16	0,381	3,31(0,81)	0,16	0,813	3,03 (0,95)	0,22	0,228	2,38 (0,92)	0,24	0,191
Cuidador principal															
Mãe	3,60 (0,84)			1,94 (0,74)			3,33 (0,92)			2,80 (0,86)			2,22 (0,85)		
Outro	3,46 (0,81)	0,17	0,369	1,83 (0,80)	0,15	0,428	2,98 (0,93)	0,38	0,043	3,28 (0,94)	0,55	0,004	2,17 (0,90)	0,05	0,782
Relação com cuidador principal	-	0,299	< 0,001	-	-0,103	0,115	-	0,145	0,026	-	-0,106	0,103	-	-0,112	0,087
Região															
Urbana ou semiurbana	3,64 (0,80)			2,03 (0,74)			3,36 (0,93)			2,90 (0,89)			2,22 (0,87)		
Suburbana ou rural	3,46 (0,90)	0,21	0,126	1,71 (0,72)	0,44	0,002	3,11 (0,90)	0,28	0,048	2,82 (0,90)	0,09	0,509	2,19 (0,83)	0,03	0,850
País															
Portugal	3,57 (0,83)			1,91 (0,75)			3,28 (0,93)			2,88 (0,87)			2,21 (0,85)		
Outro	3,70 (0,86)	0,15	0,583	2,24 (0,68)	0,44	0,109	3,21(0,89)	0,08	0,786	2,77 (1,13)	0,16	0,676	2,19 (0,85)	0,02	0,930

DP = Desvio padrão.

d = d de Cohen.

rs = coeficiente de correlação de Spearman.

Tabela 7*Relações entre os resultados do questionário AMoFiC e o comportamento alimentar em adulto (AEBQ, MES e IES-2)*

	Média (DP)	Orientação Alimentar Saudável		Restrições		Monitorização		Pressão e Recompensa Alimentar		Controlo da Criança	
		r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
AEBQ											
Prazer em comer	2,92 (0,62)	0,001	0,992	0,246	<0,001	0,002	0,981	0,278	<0,001	0,156	0,017
Sobreingestão emocional	2,61 (1,06)	-0,066	0,314	0,234	<0,001	0,016	0,811	0,113	0,085	0,067	0,310
Ingestão lenta	2,63 (0,67)	-0,030	0,646	-0,084	0,199	-0,014	0,835	-0,052	0,430	-0,114	0,081
Seletividade Alimentar	2,16 (0,81)	-0,081	0,214	0,091	0,165	-0,065	0,324	0,150	0,021	0,102	0,119
Subingestão emocional	2,83 (0,97)	0,045	0,489	-0,029	0,660	-0,031	0,632	0,075	0,250	-0,039	0,548
MES											
Aceitação	14,18 (3,79)	-0,071	0,281	-0,242	<0,001	-0,118	0,071	-0,171	0,009	-0,063	0,334
Consciência	18,38 (1,78)	0,199	0,002	-0,137	0,036	0,170	0,009	-0,099	0,129	-0,158	0,015
Não reatividade	13,76 (2,98)	0,067	0,309	-0,146	0,025	0,013	0,838	-0,100	0,125	-0,090	0,171
Rotina	10,58 (2,51)	-0,023	0,730	-0,081	0,216	0,004	0,951	0,026	0,697	-0,121	0,064
Agir com consciência	12,67 (2,66)	0,048	0,460	-0,205	0,002	0,070	0,286	-0,140	0,032	-0,151*	0,021
Alimentação não estruturada	10,11 (2,24)	-0,035	0,597	-0,082	0,214	-0,070	0,285	-0,197	0,002	-0,104	0,110
IES-2											
Total	3,48 (0,47)	0,077	0,237	-0,273	<0,001	-0,003	0,962	-0,140	0,031	-0,059	0,364
Comer por razões físicas	3,50 (0,73)	0,050	0,448	-0,251	<0,001	0,024	0,710	-0,191	0,003	-0,107	0,101
Permissão incondicional para comer	3,33 (0,64)	-0,029	0,661	-0,210	0,001	-0,130	0,046	-0,019	0,772	0,016	0,806
Pistas internas de fome e saciedade	3,42 (0,77)	0,048	0,459	-0,120	0,068	0,026	0,696	0,002	0,979	0,008	0,900
Congruência corpo e mente	3,81 (0,65)	0,223	0,001	-0,069	0,291	0,105	0,109	-0,177	0,007	-0,061	0,353

DP = Desvio padrão

r = coeficiente de correlação de Pearson

AEBQ = Questionário do Comportamento Alimentar do Adulto

MES = Escala de Alimentação Consciente

IES-2 = Escala de Alimentação Intuitiva-2

Efeito das características sociodemográficas, da infância e do questionário AMoFiC no Comportamento Alimentar do Adulto (AEBQ)

Na Tabela 8 encontram-se os resultados do modelo MANCOVA que analisou os efeitos das variáveis sociodemográficas, da infância e dos cinco fatores do questionário AMoFiC nas subescalas do AEBQ.

As subescalas *Prazer em comer* ($p < 0,001$) e *Sobre ingestão emocional* ($p = 0,044$) foram significativamente explicadas pelo conjunto das variáveis independentes. A subescala *Prazer em comer* apresentou a maior proporção de variância explicada pelo modelo ($R^2_{\text{ajustado}} = 13,8\%$), seguida da *Sobre ingestão emocional* ($R^2_{\text{ajustado}} = 4,4\%$), *Sub ingestão emocional* ($R^2_{\text{ajustado}} = 2,8\%$), *Seletividade Alimentar* ($R^2_{\text{ajustado}} = 2,3\%$) e *Ingestão lenta* ($R^2_{\text{ajustado}} = 0,8\%$).

Pontuações mais elevadas no fator *Restrições* associaram-se a maior *Sobre ingestão emocional* ($\beta = 0,414$, $p < 0,001$, $\eta_p^2 = 0,067$) e a maior *Prazer em Comer* ($\beta = 0,190$, $p = 0,001$, $\eta_p^2 = 0,049$) (ambas com efeito médio). Pontuações mais elevadas no fator *Pressão e Recompensa Alimentar* associaram-se a uma maior *Prazer em Comer* (efeito médio) ($\beta = 0,157$, $p = 0,001$, $\eta_p^2 = 0,053$) e a uma maior *Seletividade Alimentar* (efeito pequeno) ($\beta = 0,103$, $p = 0,112$, $\eta_p^2 = 0,011$).

Efeito das características sociodemográficas, da infância e do questionário AMoFiC na Alimentação Consciente (MES)

Os resultados do modelo MANCOVA que analisou os efeitos das variáveis sociodemográficas, da infância e dos cinco fatores do questionário AMoFiC nas subescalas da MES estão presentes na Tabela 9.

Apenas a subescala *Rotina* não foi significativamente explicada pelas variáveis independentes ($p = 0,842$; $R^2_{\text{ajustado}} = - 0,023$). A subescala *Alimentação*

não estruturada apresentou a maior proporção de variância explicada ($p < 0,001$; $R^2_{\text{ajustado}} = 0,189$), seguida da *Aceitação* ($p < 0,001$; $R^2_{\text{ajustado}} = 0,115$). As subescalas *Consciência* ($p = 0,001$; $R^2_{\text{ajustado}} = 0,095$), *Não reatividade* ($p = 0,018$; $R^2_{\text{ajustado}} = 0,057$) e *Agir com consciência* ($p = 0,001$; $R^2_{\text{ajustado}} = 0,092$) e *Alimentação não estruturada* ($p < 0,001$; $R^2_{\text{ajustado}} = 0,189$) também foram significativamente explicadas pelo conjunto das variáveis independentes.

Pontuações mais elevadas no fator *Orientação Alimentar Saudável* associaram-se a maior *Consciência* (efeito pequeno) ($B = 0,364$, $p < 0,031$, $\eta_p^2 = 0,021$). Pontuações mais elevadas no fator *Restrições* associaram-se a menor *Aceitação* ($B = -1,276$, $p < 0,001$, $\eta_p^2 = 0,054$); *Consciência* ($B = -0,484$, $p = 0,005$, $\eta_p^2 = 0,035$) e *Não reatividade* ($B = -0,790$, $p = 0,007$, $\eta_p^2 = 0,032$) (efeitos médios) e *Agir com consciência* (efeito médio) ($B = -1,004$, $p < 0,001$, $\eta_p^2 = 0,066$). A *Monitorização* na infância, não teve um efeito estatisticamente significativo nas subescalas da MES ($p = 0,065$). Pontuações mais elevadas no fator *Pressão e Recompensa Alimentar* associaram-se a menor *Aceitação* (efeito pequeno) ($B = -0,643$, $p = 0,025$, $\eta_p^2 = 0,023$) *Alimentação não estruturada* (efeito médio) ($B = -0,499$, $p = 0,002$, $\eta_p^2 = 0,041$). No entanto, não se observou um efeito estatisticamente significativo desta variável em *Agir com Consciência*. Pontuações mais elevadas no fator *Controlo da Criança* associaram-se a menor *Consciência* ($B = -0,306$, $p = 0,023$, $\eta_p^2 = 0,023$) e *Agir com Consciência* ($B = -0,406$, $p = 0,043$, $\eta_p^2 = 0,019$) (efeitos pequenos).

Efeito das características sociodemográficas, da infância e do questionário AMoFiC na Alimentação Intuitiva (IES-2)

Na Tabela 10 encontram-se os resultados do modelo MANCOVA que analisou os efeitos das variáveis sociodemográficas, da infância e dos cinco fatores do questionário AMoFiC nas subescalas da IES-2.

Verifica-se que as subescalas *Comer por razões físicas* ($p < 0,001$; $R^2_{\text{ajustado}} = 0,116$), *Permissão incondicional para comer* ($p = 0,003$; $R^2_{\text{ajustado}} = 0,081$) e *Congruência corpo e mente* ($p = 0,007$; $R^2_{\text{ajustado}} = 0,070$) foram significativamente explicadas pelo conjunto das variáveis independentes.

A análise dos efeitos individuais revelou que pontuações mais elevadas no fator *Orientação Alimentar Saudável* associaram-se a maior *Congruência corpo e mente* (efeito médio) ($B = 0,187$, $p = 0,003$, $\eta_p^2 = 0,040$). Pontuações mais elevadas no fator *Restrições* associaram-se a menor *Comer por razões físicas* ($B = -0,319$, $p < 0,001$, $\eta_p^2 = 0,087$) e *Permissão incondicional para comer* ($B = -0,168$, $p = 0,007$, $\eta_p^2 = 0,033$) (efeitos médios). Apesar da correlação inicial, *Monitorização na infância* não teve um efeito estatisticamente significativo em *Permissão Incondicional para Comer*. Pontuações mais elevadas no fator *Pressão e Recompensa Alimentar* associaram-se a menor *Comer por razões físicas* ($B = -0,119$, $p = 0,032$, $\eta_p^2 = 0,021$) e *Congruência corpo e mente* ($B = -0,106$, $p = 0,036$, $\eta_p^2 = 0,020$) (efeitos fracos).

Efeito das características sociodemográficas, da infância e do questionário AMoFiC no IMC

Não foram observados efeitos estatisticamente significativos entre o IMC e o conjunto das variáveis independentes, com exceção da idade (Tabela 11).

Tabela 8

Efeito das características sociodemográficas, da infância e dos fatores do AMoFiC no Comportamento Alimentar do Adulto (AEBQ)

	Prazer em comer			Sobreingestão emocional			Ingestão lenta			Seletividade Alimentar			Subingestão emocional		
R ² _{ajustado}	0,138			0,044			0,008			0,023			0,028		
	beta	p	eta2p	beta	p	eta2p	beta	p	eta2p	beta	p	eta2p	beta	p	eta2p
Modelo corrigido		<0,001	0,232		0,044	0,102		0,324	0,068		0,155	0,082		0,119	0,087
Características sociodemográficas															
Sexo masculino	0,012	0,891	0,000	-0,371	0,020	0,024	-0,044	0,666	0,001	0,031	0,805	0,000	-0,286	0,052	0,017
Idade	-0,013	0,002	0,045	0,006	0,439	0,003	0,002	0,621	0,001	0,001	0,915	0,000	-0,007	0,359	0,004
Solteira/o	-0,119	0,284	0,005	0,062	0,763	0,000	-0,138	0,294	0,005	-0,209	0,192	0,008	0,073	0,697	0,001
Viver sozinho	-0,154	0,371	0,004	0,003	0,994	0,000	0,359	0,078	0,014	0,026	0,915	0,000	0,382	0,191	0,008
Agregado familiar (n)	-0,025	0,561	0,002	0,012	0,878	0,000	0,078	0,132	0,010	-0,002	0,971	0,000	-0,036	0,631	0,001
Ter filhos	-0,040	0,759	0,000	0,072	0,766	0,000	-0,373	0,017	0,026	-0,190	0,316	0,005	-0,045	0,840	0,000
Características da infância															
Agregado nuclear	0,006	0,958	0,000	0,022	0,908	0,000	0,101	0,423	0,003	0,172	0,261	0,006	-0,106	0,556	0,002
Cuidador principal - mãe	0,083	0,458	0,003	0,003	0,988	0,000	-0,067	0,612	0,001	-0,210	0,191	0,008	0,057	0,765	0,000
Região urbana	-0,070	0,391	0,003	-0,126	0,403	0,003	-0,032	0,743	0,000	0,242	0,040	0,019	0,072	0,602	0,001
AMoFiC															
Orientação Alimentar Saudável	0,003	0,955	0,000	-0,130	0,203	0,007	-0,037	0,579	0,001	-0,060	0,452	0,003	0,091	0,337	0,004
Restrições	0,190	0,001	0,049	0,414	<0,001	0,067	-0,064	0,341	0,004	0,073	0,372	0,004	-0,013	0,894	0,000
Monitorização	-0,053	0,330	0,004	-0,032	0,751	0,000	0,003	0,965	0,000	-0,023	0,764	0,000	-0,133	0,149	0,009
Pressão e Recompensa Alimentar	0,157	0,001	0,053	0,076	0,359	0,004	-0,036	0,499	0,002	0,103	0,112	0,011	0,101	0,187	0,008
Controlo da Criança	0,069	0,119	0,011	0,092	0,261	0,006	-0,096	0,069	0,015	0,098	0,124	0,011	-0,084	0,264	0,006

AMoFiC = Memórias de adultos da alimentação na infância

Tabela 9

Efeito das características sociodemográficas, da infância e dos fatores do AMoFiC na Alimentação Consciente (MES)

	Aceitação			Consciência			Não reatividade			Rotina			Agir com consciência			Alimentação não estruturada		
R ² _{ajustado}	0,115			0,095			0,057			-0,023			0,092			0,189		
	beta	p	eta2p	beta	p	eta2p	beta	p	eta2p	beta	p	eta2p	beta	p	eta2p	beta	p	eta2p
Modelo corrigido	< 0,001	0,168		0,001	0,150		0,018	0,114		0,842	0,038		0,001	0,147		< 0,001	0,238	
Características sociodemográficas																		
Sexo masculino	1,470	0,008	0,032	0,076	0,771	0,000	1,010	0,024	0,023	0,083	0,832	0,000	0,988	0,012	0,029	1,271	< 0,001	0,071
Idade	0,023	0,378	0,004	0,003	0,824	0,000	0,023	0,284	0,005	-0,015	0,430	0,003	0,007	0,701	0,001	0,051	0,001	0,050
Solteira/o	0,730	0,302	0,005	0,190	0,570	0,001	0,259	0,651	0,001	0,592	0,239	0,006	-0,003	0,995	0,000	0,015	0,970	0,000
Viver sozinho	2,139	0,051	0,017	-0,583	0,261	0,006	0,590	0,503	0,002	0,511	0,510	0,002	0,072	0,925	0,000	-0,234	0,705	0,001
Agregado familiar (n)	0,302	0,276	0,005	0,134	0,310	0,005	-0,044	0,845	0,000	0,013	0,949	0,000	0,283	0,152	0,009	0,178	0,259	0,006
Ter filhos	-0,718	0,391	0,003	0,456	0,251	0,006	0,341	0,614	0,001	0,680	0,254	0,006	0,019	0,974	0,000	-0,779	0,102	0,012
Características da infância																		
Agregado nuclear	0,773	0,252	0,006	-0,279	0,384	0,003	0,149	0,785	0,000	0,138	0,774	0,000	0,307	0,522	0,002	-0,585	0,128	0,011
Cuidador principal - mãe	1,248	0,079	0,014	0,132	0,694	0,001	-0,737	0,200	0,008	-0,086	0,864	0,000	0,603	0,231	0,007	0,671	0,096	0,013
Região urbana	0,533	0,305	0,005	-0,229	0,352	0,004	0,429	0,308	0,005	-0,078	0,833	0,000	-0,061	0,869	0,000	0,512	0,084	0,014
AMoFiC																		
Orientação Alimentar Saudável	-0,006	0,986	0,000	0,364	0,031	0,021	0,379	0,186	0,008	-0,063	0,802	0,000	0,126	0,616	0,001	0,074	0,711	0,001
Restrições	-1,276	< 0,001	0,054	-0,484	0,005	0,035	-0,790	0,007	0,032	-0,316	0,219	0,007	-1,004	< 0,001	0,066	-0,331	0,107	0,012
Monitorização	-0,299	0,385	0,003	0,303	0,065	0,016	0,183	0,512	0,002	0,087	0,721	0,001	0,442	0,071	0,015	-0,066	0,733	0,001
Pressão e Recompensa Alimentar	-0,643	0,025	0,023	-0,042	0,758	0,000	-0,273	0,238	0,006	0,072	0,724	0,001	-0,213	0,295	0,005	-0,499	0,002	0,041
Controlo da Criança	-0,226	0,421	0,003	-0,306	0,023	0,023	-0,206	0,366	0,004	-0,352	0,079	0,014	-0,406	0,043	0,019	-0,195	0,223	0,007

AMoFiC = Memórias de adultos da alimentação na infância

Tabela 10*Efeito das características sociodemográficas, da infância e dos fatores do AMoFiC na Alimentação Intuitiva (IES-2)*

	Comer por razões físicas			Permissão incondicional para comer			Pistas internas de fome e saciedade			Congruência corpo e mente		
R ² _{ajustado}	0,116			0,081			0,033			0,070		
	beta	p	eta2p	beta	p	eta2p	beta	p	eta2p	beta	p	eta2p
Modelo corrigido		< 0,001	0,169		0,003	0,136		0,090	0,091		0,007	0,125
Características sociodemográficas												
Sexo masculino	0,299	0,005	0,035	0,118	0,213	0,007	0,232	0,049	0,018	0,151	0,118	0,011
Idade	0,005	0,333	0,004	-0,016	< 0,001	0,056	-0,007	0,200	0,007	-0,002	0,704	0,001
Solteira/o	0,082	0,547	0,002	0,011	0,927	0,000	0,086	0,569	0,001	0,146	0,238	0,006
Viver sozinho	0,196	0,352	0,004	0,183	0,329	0,004	0,225	0,335	0,004	-0,164	0,391	0,003
Agregado familiar (n)	0,063	0,240	0,006	-0,011	0,810	0,000	0,036	0,548	0,002	0,029	0,545	0,002
Ter filhos	-0,071	0,658	0,001	0,155	0,283	0,005	-0,119	0,507	0,002	-0,033	0,821	0,000
Características da infância												
Agregado nuclear	-0,181	0,166	0,009	0,209	0,072	0,015	0,229	0,113	0,011	0,199	0,094	0,013
Cuidador principal - mãe	0,125	0,362	0,004	-0,125	0,303	0,005	-0,034	0,821	0,000	0,070	0,575	0,001
Região urbana	0,083	0,409	0,003	0,061	0,497	0,002	0,133	0,232	0,007	0,076	0,404	0,003
AMoFiC												
Orientação Alimentar Saudável	0,043	0,529	0,002	0,035	0,563	0,002	0,043	0,568	0,001	0,187	0,003	0,040
Restrições	-0,319	< 0,001	0,087	-0,168	0,007	0,033	-0,207	0,008	0,032	-0,091	0,150	0,009
Monitorização	0,075	0,258	0,006	-0,088	0,136	0,010	0,030	0,682	0,001	-0,026	0,672	0,001
Pressão e Recompensa Alimentar	-0,119	0,032	0,021	-0,031	0,532	0,002	0,012	0,840	0,000	-0,106	0,036	0,020
Controlo da Criança	-0,081	0,135	0,010	-0,013	0,792	0,000	-0,009	0,882	0,000	-0,054	0,273	0,005

AMoFiC = Memórias de adultos da alimentação na infância

Tabela 11*Efeito das características sociodemográficas, da infância e dos fatores do AMoFiC no IMC*

R^2_{ajustado}	IMC		
	0,310		
	beta	p	eta2p
Modelo corrigido		< 0,001	0,351
Características sociodemográficas			
Sexo masculino	0,666	0,510	0,193
Idade	0,100	0,025	0,000
Solteira/o	-1,026	0,656	0,119
Viver sozinho	0,989	1,013	0,330
Agregado familiar (n)	-0,126	0,258	0,624
Ter filhos	0,010	0,778	0,990
Características da infância			
Agregado nuclear	-0,192	0,627	0,760
Cuidador principal - mãe	-0,349	0,658	0,596
Região urbana	0,520	0,483	0,282
AMoFiC			
Orientação Alimentar Saudável	-0,617	0,328	0,062
Restrições	1,595	0,335	0,000
Monitorização	0,557	0,319	0,083
Pressão e Recompensa Alimentar	-0,405	0,266	0,129
Controlo da Criança	-0,020	0,261	0,940

AMoFiC = Memórias de adultos da alimentação na infância

Discussão

O principal objetivo da presente investigação foi avaliar a relação entre as práticas parentais na infância e o Comportamento Alimentar, Alimentação Intuitiva e Consciente na vida adulta. Para tal, foi previamente traduzido e adaptado para português o questionário AMoFiC, que avalia memórias de adultos sobre a sua alimentação na infância.

Tradução e adaptação do questionário AMoFiC

A estrutura original de cinco fatores do questionário AMoFiC foi confirmada no presente estudo. Os itens 11 *“Os meus pais diziam-me o que eu podia ou não comer sem qualquer explicação”* e 38 *“Tinha acesso a alimentos entre refeições ao longo do dia?”* foram excluídos por apresentarem comunalidades abaixo de 0,3. Os resultados das entrevistas do pré-teste relataram maiores dificuldades precisamente na interpretação destas questões.

Os sete itens que mudaram de fator apresentam coerência nos novos fatores à exceção do item 36 *“Quando ficava irrequieta/o, a primeira coisa que os seus pais faziam era dar-lhe algo para comer ou beber?”*, originalmente pertencente ao fator *Controlo da Criança* e que na nossa análise apresentou maior carga fatorial junto dos itens do fator *Restrições*. Já no questionário AMoFiC original se verificava que alguns itens apresentavam maiores cargas em fatores maioritariamente relacionados com aspetos distintos, evidenciando a complexidade das práticas parentais relacionadas com a alimentação.

A subescala *Monitorização* diz respeito ao acompanhamento e supervisão das escolhas alimentares e à gestão do ambiente alimentar criado pelos pais. Utilizar de forma inversa o item 34 *“Os seus pais deixavam-na/o comer todos os*

alimentos que queria?” vai ao encontro deste fator. Adicionalmente, o fator *Orientação Alimentar Saudável* relaciona-se com a forma como os pais ensinam, guiam e moldam os conhecimentos e atitudes dos seus filhos em relação à alimentação. Os cinco itens adicionados a este fator são coerentes com este construto.

Todas as subescalas do questionário AMoFiC demonstraram boa fiabilidade. Apesar de a subescala *Controlo da Criança* ter revelado um coeficiente de consistência interna inferior a 0,70 ($\alpha = 0,622$), é importante notar que é composta por apenas 3 itens. O baixo número de itens pode influenciar e limitar o valor do alfa de Cronbach, o que pode justificar a sua fiabilidade mais moderada⁽¹²⁰⁾.

Práticas parentais na infância e características sociodemográficas e da infância

Orientação Alimentar Saudável

Participantes do sexo feminino e sem filhos apresentaram pontuações maiores na prática educativa *Orientação Alimentar Saudável*. A relação encontrada com o sexo feminino pode ser impulsionada por estereótipos de género que ditam as expectativas sociais em relação à imagem corporal e à alimentação das mulheres⁽¹²¹⁻¹²⁴⁾. As mulheres são, muitas vezes, pressionadas a manter um peso saudável e a ter uma alimentação cuidada, por influência de inúmeros agentes, incluindo pares e familiares^(125, 126). Desta forma, é possível que os pais e cuidadores, influenciados por estas normas sociais, exerçam esta prática de forma mais acentuada nas filhas. Uma maior exposição a esta prática pode, consequentemente, facilitar a adoção de uma alimentação mais saudável. De facto, a literatura sugere que existem diferenças nos padrões de consumo

alimentar entre sexos⁽¹²⁷⁾. Indivíduos do sexo masculino tendem a consumir refeições mais energéticas, frequentemente provenientes de alimentos menos saudáveis⁽¹²⁷⁾. Contrariamente, o sexo feminino apresenta, geralmente, um padrão alimentar mais saudável⁽¹²⁷⁾.

A relação encontrada com ter ou não filhos pode estar associada à idade dos participantes. A *Orientação Alimentar Saudável* é uma prática educativa que se manifesta na infância e os participantes que não têm filhos, são mais jovens. Desta forma, espera-se que a sua perceção desta prática seja mais recente do que a dos participantes com filhos, mais velhos. O resultado encontrado pode não dever-se à ausência de filhos, mas sim ao facto de a prática educativa se manifestar mais ativamente nos participantes mais novos. De facto, verificou-se precisamente uma correlação negativa muito fraca entre *Orientação Alimentar Saudável* e a idade, corroborando a ideia de que a perceção desta prática diminui à medida que a idade aumenta.

Em conformidade com os princípios das práticas educativas responsivas, os participantes com uma relação mais próxima com o cuidador principal apresentaram pontuações maiores na prática educativa *Orientação Alimentar Saudável*⁽⁸⁶⁻⁸⁸⁾. A OMS refere que, para a promoção de uma alimentação saudável na infância, todas as crianças devem receber cuidados responsivos, alicerçados em relações familiares estáveis e saudáveis^(87, 88). Relações próximas, positivas, agradáveis e afetuosas, proporcionam a segurança física e emocional necessária para a criação de um vínculo emocional que permite o desenvolvimento comportamental positivo da criança^(87, 88). De facto, um estudo qualitativo que analisou os fatores que influenciam a decisão das mães sobre as porções de comida a oferecer aos seus filhos, demonstrou a importância do vínculo e da partilha de

emoções e sensações no ambiente alimentar⁽¹²⁸⁾. Nesse estudo, a capacidade da mãe para "ler" os sinais da criança, como a sua satisfação e saciedade, permite-lhe intuir a quantidade adequada de alimento a ser oferecida⁽¹²⁸⁾. Ainda que esta correlação seja fraca, a relação entre a criança e o seu cuidador principal é um pilar fundamental para uma *Orientação Alimentar Saudável* eficaz.

Restrições

Pontuações mais elevadas na prática *Restrições* foram características no sexo masculino, em indivíduos com um IMC mais elevado e em quem residiu numa região urbana ou semiurbana na infância. Estes resultados vão ao encontro da literatura recente^(96, 97, 99, 105, 106, 127, 129-130). Viana, Franco e Morais (2011), estudaram a relação entre práticas parentais de controlo realizadas por mães portuguesas sobre filhos com idades compreendidas entre os 6 e os 13 anos, e verificaram que as práticas restritivas foram um determinante positivo no sexo masculino⁽¹¹³⁾. Esta relação foi também encontrada por Puhl e Schwartz (2003) numa amostra de adultos com uma idade média igual à do presente estudo (44,6 anos)⁽¹⁰⁰⁾. Esta relação pode ser explicada pelas diferenças nos padrões de consumo alimentar que, conforme anteriormente relatado, diferem entre sexos⁽¹²⁷⁾. Estudos demonstram que os indivíduos do sexo masculino tendem a consumir refeições mais energéticas, frequentemente provenientes de alimentos menos saudáveis ⁽¹²⁷⁾. Desta forma, é possível que os pais e cuidadores recorram a práticas restritivas com maior frequência em crianças do sexo masculino como uma forma de controlo e prevenção.

Apesar de não ter sido verificada na análise multivariada, a correlação entre esta prática e o IMC é um resultado consistente em diversos estudos^(96, 97, 99, 105, 106, 129). Afonso, et al. (2016), verificaram que valores de IMC mais altos estavam

significativamente associados a maiores níveis de restrição em crianças portuguesas com idades compreendidas entre os 4 e 7 anos⁽¹²⁹⁾. Os resultados da maioria dos estudos realizados em adultos estão em consonância com esta associação, demonstrando que quanto maior o IMC atual, mais práticas de restrição foram relatadas na infância^(96, 97, 99, 105, 106). Esta evidência reforça o efeito contraproducente que as práticas parentais de restrição na infância podem ter na vida adulta. Esta prática diminui a capacidade de autorregulação podendo consequentemente conduzir ao aumento do peso e IMC a longo prazo⁽⁹⁶⁾. Esta associação não se verificou na análise multivariada possivelmente porque são os comportamentos alimentares desadaptativos que conduzem ao aumento do IMC. As práticas restritivas na infância não afetam diretamente o IMC, mas conduzem a comportamentos desadaptativos que podem por sua vez, aumentar o IMC.

A relação encontrada entre práticas restritivas e ter residido numa região urbana ou semiurbana na infância, pode estar associada ao facto de as regiões urbanas constituírem ambientes obesogénicos⁽¹³⁰⁾. Um estudo demonstrou uma associação positiva entre residir em zonas de elevada densidade populacional, urbanas, e obesidade⁽¹³⁰⁾. Talvez por essa razão, os pais e cuidadores aplicavam práticas mais restritivas como tentativa de controlar a ingestão dos seus filhos e prevenir o excesso de peso e obesidade.

Monitorização

Em consonância com *Orientação Alimentar Saudável*, a prática *Monitorização* relacionou-se com ser mulher, ter idade menor e ter uma relação mais próxima com o cuidador principal. A relação entre *Monitorização* e sexo feminino vai ao encontro dos resultados de um estudo realizado numa amostra de

crianças portuguesas e pode estar associada aos estereótipos de género e às diferenças nos padrões de consumo alimentar entre sexos ^(113, 121-126).

Sendo a *Monitorização* o acompanhamento e supervisão das escolhas alimentares e da gestão do ambiente alimentar na infância, é expectável que esta prática diminua à medida em que a idade aumenta, aumentando também a autonomia. A *Monitorização* é ainda um cuidado responsivo, promovido com base em relações familiares estáveis e saudáveis, que justifica a relação positiva encontrada com o cuidador principal ^(87, 88).

As pontuações mais elevadas na prática educativa *Monitorização* nos participantes solteiros, divorciados ou viúvos podem ser um reflexo indireto da idade. A grande maioria dos participantes deste grupo eram solteiros, sendo a sua média de idade cerca de 20 anos inferior à idade média dos participantes casados. Desta forma, parece existir, em concordância com a correlação negativa encontrada entre *Monitorização* e idade, uma maior perceção desta prática entre os participantes mais jovens, que são predominantemente solteiros.

Participantes que residiram numa região rural ou suburbana na infância e tiveram a mãe como cuidador principal apresentaram pontuações mais elevadas na prática educativa *Monitorização*. Um estudo recente, que investigou a relação entre residência em locais rurais e urbanos e hábitos alimentares em adultos, verificou que os participantes que residiam em regiões rurais, obtiveram uma pontuação significativamente superior na qualidade nutricional da sua alimentação, em comparação com os participantes que residiam em regiões urbanas e semiurbanas ⁽¹³¹⁾. Além disso, os participantes rurais apresentaram um consumo menos frequente de alimentos não saudáveis ⁽¹³¹⁾. Quer a qualidade nutricional da dieta, quer o consumo moderado de alimentos não saudáveis, estão

teoricamente relacionados com a prática *Monitorização*. Estes resultados sugerem que residir numa região rural ou suburbana pode estar associado a uma maior prevalência desta prática.

Diversos estudos têm demonstrado que as mães desempenham um papel preponderante na alimentação dos seus filhos^(97, 98, 127). A *Monitorização*, enquanto prática que exige a leitura atenta dos sinais da criança, parece ser facilitada por um vínculo emocional forte, frequentemente associado ao papel materno⁽¹³²⁾. Puhl e Schwartz (2003), verificaram que a figura mais associada ao estabelecimento de regras alimentares na infância (monitorização) foi a mãe⁽¹⁰⁰⁾. De facto, vários estudos relacionados com práticas parentais foram realizados em mães^(97, 127). Embora os pais e as mães estejam ambos envolvidos nas práticas alimentares, a literatura sugere que o papel materno está mais associado a práticas relacionadas com a regulação emocional, que é central para uma *Monitorização* eficaz^(132, 133).

Pressão e Recompensa Alimentar

Em consonância com a literatura recente, participantes do sexo masculino e indivíduos que consomem alimentos açucarados e processados semanalmente, apresentaram pontuações mais elevadas na prática *Pressão e Recompensa Alimentar*^(61, 95, 107, 134). Tal como verificado na subescala *Restrições*, Viana, Franco e Morais (2011), constataram que *Pressão para comer* se associou ao sexo masculino, mas também com o feminino⁽¹¹³⁾. A relação entre *Pressão e Recompensa Alimentar* e consumo de alimentos menos saudáveis, encontra-se amplamente documentada na literatura recente, quer em crianças, quer em adultos. Freitas et al. (2025) verificaram que pressionar para comer apresentou uma correlação negativa com o consumo de hortícolas no prato em crianças portuguesas⁽¹⁰⁸⁾. Na vida adulta, em consonância com o presente estudo,

Carbonneau et al. (2025) e Małachowska e Zychowicz (2021) observaram associações entre maiores pontuações em *Pressão e Recompensa Alimentar* e maior ingestão de doces e salgados^(95, 107). Estes resultados reforçam que práticas não responsivas, como de pressão e recompensa alimentar podem ter o efeito oposto ao desejado no CA. A pressão exercida para persuadir o consumo de alimentos saudáveis pode levar à aversão desses mesmos alimentos⁽⁶¹⁾. Simultaneamente, o ato de oferecer alimentos palatáveis como recompensa pode, de forma paradoxal, promover a sua preferência. A *Pressão e Recompensa Alimentar* parece estar, assim, relacionada não só a um menor consumo de alimentos saudáveis, bem como a um maior consumo de alimentos palatáveis, um padrão que se parece manter na vida adulta.

Participantes que tiveram outro cuidador principal (que não a mãe) durante a infância apresentaram maiores pontuações na prática *Pressão e Recompensa Alimentar*. Embora alguns estudos demonstrem que diferentes cuidadores, como mães e pais, possam exercer as mesmas práticas educativas, a literatura sugere que o papel materno está frequentemente ligado a abordagens que envolvem uma dimensão mais afetiva e emocional^(132, 133, 135). De facto, no presente estudo, a prática *Monitorização* relacionou-se com mãe como cuidador principal. Como a prática *Pressão e Recompensa Alimentar*, é uma prática não responsiva e não se baseia num ambiente emocional positivo e afetivo, pelo contrário, é plausível que tenha sido associada a outros cuidadores.

Controlo da Criança

A prática *Controlo da Criança*, relacionou-se positivamente com o consumo de alimentos processados semanalmente e negativamente com a idade. Analogamente, Yee, Lwin e Ho (2017), verificaram uma correlação negativa entre

esta prática e o consumo de alimentos saudáveis em crianças⁽⁶¹⁾. Em consonância com a prática *Pressão e Recompensa Alimentar*, Małachowska e Zychowicz (2021) e Carbonneau et al. (2025) observaram uma associação entre um maior nível de *Controlo* e maior ingestão de doces e salgados, alimentos maioritariamente processados^(95, 107). Esta relação sugere que exercer práticas de *Controlo* pode paradoxalmente aumentar a preferência por alimentos menos saudáveis, nomeadamente alimentos processados, quer na infância, quer na vida adulta.

A análise das relações entre as práticas parentais e as características sociodemográficas e da infância revelaram uma separação clara entre dois perfis de práticas parentais. As práticas parentais responsivas, como a *Monitorização* e a *Orientação Alimentar Saudável*, relacionaram-se com variáveis que refletem um ambiente de suporte e atenção. Relacionaram-se com ser do sexo feminino, ter a mãe como cuidador principal na infância, ter uma relação próxima com o cuidador principal, ter residido numa zona rural e ser mais jovem. Contrariamente, as práticas parentais não responsivas de *Restrição*, *Pressão e Recompensa Alimentar* e *Controlo*, associaram-se a um conjunto de variáveis associadas a um maior risco nutricional, relacionando-se com ser do sexo masculino, ter um IMC mais elevado, consumir alimentos açucarados e processados semanalmente, ter outro cuidador principal (que não a mãe) na infância, ter residido numa zona urbana e ser mais jovem.

Esta separação clara e coerente dos resultados reforça o impacto que as práticas parentais apresentam não só na infância, mas também na vida adulta. Em concordância com a literatura existente e com as recomendações da OMS e da DGS, o presente estudo corrobora que as práticas responsivas se associam a um perfil de saúde e bem-estar, parecendo atuar como um fator protetor para o

desenvolvimento de padrões alimentares saudáveis e sustentáveis, a longo prazo⁽⁸⁶⁻⁸⁸⁾.

Práticas parentais na infância e Comportamento Alimentar na vida adulta

Em consonância com Małachowska e Zychowicz (2023), pontuações mais elevadas no fator *Orientação Alimentar Saudável* associaram-se a maior *Congruência corpo e mente* da escala IES-2⁽¹³⁴⁾. Esse estudo recente, verificou ainda associações entre pontuações mais altas nesta prática educativa e *Confiança em pistas internas de fome e saciedade*, *Comer por razões físicas e não por razões emocionais* e pontuações mais baixas em Alimentação Restritiva⁽¹³⁴⁾. Este resultado sugere que uma orientação positiva e responsiva na infância pode promover a capacidade de o indivíduo fazer escolhas alimentares alinhadas com as suas necessidades e sinais internos, na vida adulta.

Pontuações mais elevadas nas práticas *Orientação Alimentar Saudável* e *Monitorização* associaram-se a maior *Consciência* da escala MES. A *Consciência* refere-se à atenção prestada durante o ato de comer e as práticas parentais referidas dizem respeito à forma como os pais e educadores orientam, ensinam e supervisionam as atitudes alimentares dos seus filhos e educandos. Estas práticas, ao exigirem uma participação e atenção ativas por parte da criança, podem promover a internalização da atenção e consciência plena sobre o ato de comer, que parece persistir e impactar o comportamento alimentar na idade adulta.

No entanto, os resultados do modelo MANCOVA revelaram que apenas a prática *Orientação Alimentar Saudável* teve um efeito positivo de tamanho pequeno em *Consciência*. Este resultado vai ao encontro do esperado, uma vez que esta prática se relaciona diretamente com a educação e o ensino, ao contrário

da prática *Monitorização*. A educação e orientação alimentar, por envolverem processos de aprendizagem cognitivos, podem estar mais associadas ao desenvolvimento do raciocínio e da consciência⁽⁸⁶⁻⁸⁸⁾.

Ainda que não se tenha verificado na análise multivariada, constatou-se ainda uma correlação negativa entre a prática *Monitorização* e *Permissão incondicional para comer* da escala IES-2. Apesar de ambas as subescalas se relacionarem com um comportamento alimentar positivo e saudável, este resultado parece ser coerente devido ao que avaliam especificamente. A essência da *Monitorização* reside no acompanhamento, supervisão e controlo atento das escolhas alimentares, enquanto a *Permissão incondicional para comer* traduz-se na ausência de julgamentos e restrições alimentares. De certa forma estas variáveis avaliam naturezas inerentemente incompatíveis. Talvez seja esta a razão pela qual a prática *Monitorização* não teve um efeito estatisticamente significativo nesta subescala da MES, nos resultados do modelo MANCOVA. No entanto, os resultados podem sugerir que uma elevada supervisão parental pode dificultar o desenvolvimento da autonomia para a total ausência de julgamentos e restrições relacionadas com a alimentação. Um estudo recente verificou que a prática *Monitorização* se relacionou com *Congruência corpo e mente* da escala IES-2⁽¹³⁴⁾. No entanto, esse resultado não se apurou no presente estudo.

Em concordância com a grande maioria dos estudos, pontuações mais elevadas na prática *Restrições* associaram-se a maior *Sobre ingestão emocional* e *Prazer em Comer* do questionário AEBQ^(104-106, 134, 136). Esta última subescala correlacionou-se igualmente com a prática *Pressão e Recompensa Alimentar*. Estes resultados ilustram o mecanismo paradoxal destas práticas parentais. A imposição de limites excessivos e a utilização de alimentos como recompensa,

parecem interferir na autorregulação do indivíduo adulto, que quando confrontado com emoções negativas, não consegue recorrer aos sinais internos de fome e saciedade, levando a uma alimentação emocional e externa. A confirmação destes resultados na análise multivariada reforça a robustez e a importância deste impacto a longo prazo. De facto, Małachowska e Zychowicz (2023), verificaram que *Pressão e Recompensa Alimentar* na infância se associou a níveis mais elevados de *Alimentação externa* na vida adulta e inúmeros estudos relacionaram a prática *Restrições* a maiores níveis de *Alimentação emocional*^(95, 104-106, 134).

Pontuações mais elevadas na prática *Restrições* associaram-se também a menor *Permissão incondicional para comer*, *Comer por razões físicas e não emocionais* e *Alimentação intuitiva total* da escala IES-2. As duas últimas subescalas também se correlacionaram negativamente com a prática *Pressão e Recompensa Alimentar* e encontram-se em total consonância com a literatura recente. Małachowska e Zychowicz (2023), verificaram associações negativas entre *Restrições* e *Permissão incondicional para comer* e *Comer por razões físicas e não emocionais*, sendo que esta última subescala também apresentou uma associação negativa com a prática *Pressão e Recompensa Alimentar*⁽¹³⁴⁾. A associação entre *Restrições* na infância e menor capacidade de *Comer por razões físicas e não emocionais* foi igualmente encontrada noutros estudos^(106, 134). Carbonneau et al. (2025), verificaram ainda, tal como na presente investigação, uma associação entre práticas restritivas e de pressão e recompensa alimentar e menores níveis de *Alimentação Intuitiva*⁽¹⁰⁷⁾.

Estas práticas não responsivas parecem conduzir a uma menor alimentação intuitiva e a uma menor capacidade de comer por razões físicas em vez de

emocionais, resultados que se relacionam inteiramente com a correlação positiva encontrada entre a prática *Restrições* e *Sobre ingestão emocional*.

Ademais, demonstram uma completa coerência com os resultados obtidos entre as práticas não responsivas e a escala MES. No presente estudo observou-se que pontuações mais elevadas nas práticas *Restrições* e *Pressão e Recompensa Alimentar* associaram-se a menor *Aceitação*. Esta subescala avalia a capacidade de não realizar julgamentos sobre os alimentos ou sobre o ato de comer. Como as práticas restritivas e de pressão e recompensa alimentar privilegiam o consumo de determinados alimentos em detrimento de outros (uns alimentos são considerados “bons” e outros “maus”), é plausível que esta exposição na infância comprometa a *Aceitação*, o ato de não realizar julgamentos alimentares, na vida adulta.

As práticas restritivas e de controlo baseiam-se em regras externas e desviam a atenção dos indivíduos dos seus sinais internos. As subescalas *Consciência* e *Agir com Consciência* avaliam precisamente o oposto, a observação e atenção plena durante o ato de comer, sem distrações e automaticidade. Desta forma, as correlações negativas observadas entre *Restrições* e *Controlo da Criança* e estas subescalas são coerentes. A associação entre a prática *Pressão e Recompensa Alimentar* e a subescala *Agir com Consciência* não se verificou na análise multivariada. *Agir com Consciência* avalia especificamente a tendência para a automaticidade, distração e comer em “piloto automático” e a *Pressão e a Recompensa* tendem a focar-se na manipulação do apetite da criança e não na distração, que é mais característica das práticas de *Restrição* e *Controlo da Criança*.

A associação com um tamanho de efeito médio verificada entre maiores pontuações na prática *Restrições* e menor *Não Reatividade* é igualmente coerente. A *Não Reatividade* mede a capacidade de manter atitudes estáveis face a estímulos externos e ao apetite. Restringir determinados alimentos na infância, pode paradoxalmente aumentar a sua atratividade. Assim, é de esperar que a exposição a um ambiente de privação e proibição se manifeste, na vida adulta, numa maior reatividade e numa dificuldade acrescida em manter uma atitude neutra face a estímulos alimentares, especialmente os que eram restritos.

Pontuações mais elevadas na prática *Pressão e Recompensa Alimentar*, associaram-se ainda com maior *Seletividade Alimentar* do questionário AEBQ, menor *Alimentação não estruturada* da escala MES e menor *Congruência corpo e mente* da escala IES-2. Em concordância com estes resultados, um estudo verificou uma associação forte entre práticas de pressão para comer e preocupação com a comida, um constructo que pode potenciar a Seletividade Alimentar⁽¹⁰⁴⁾. A pressão, ao tentar forçar o consumo de alimentos não desejados ou ao usar a comida como recompensa, tende a criar um ambiente de ansiedade e aversão para o consumo de certos alimentos. Crianças expostas a este ambiente de controlo coercivo, podem desenvolver uma Seletividade Alimentar que parece manter-se na idade adulta.

A exposição a um ambiente alimentar de controlo na infância parece traduzir-se numa dificuldade em realizar refeições sem executar várias tarefas em simultâneo e sem petiscar na idade adulta.

Por fim, a associação entre esta prática com a menor *Congruência Corpo e Mente*, que mede a capacidade de fazer escolhas alinhadas com as necessidades internas do corpo, em oposição a seguir dietas ou regras externas, confirma que

esta prática não só interfere na percepção dos sinais de fome e saciedade, mas também na capacidade de agir de forma congruente com os sinais internos na vida adulta.

Em consonância com as relações verificadas entre as práticas parentais e as características sociodemográficas e da infância, a análise das relações entre as práticas parentais e o comportamento alimentar na vida adulta revelou igualmente uma separação clara e coerente entre dois perfis de práticas educativas. As práticas responsivas *Orientação Alimentar Saudável* e *Monitorização* associaram-se positivamente a indicadores de um comportamento alimentar saudável e autorregulado na vida adulta. Na análise multivariada, a prática *Orientação Alimentar Saudável* teve um efeito positivo nas subescalas *Consciência* da escala MES e *Congruência Corpo-Mente* da escala IES-2. Estes resultados sugerem que o ensino e a orientação para a adoção de uma alimentação saudável na infância promovem a capacidade de o indivíduo realizar, na vida adulta, escolhas alimentares de acordo com as suas necessidades e sinais internos de forma consciente e atenta. Em total contraste, as práticas *Restrições*, *Pressão* e *Recompensa Alimentar* e *Controlo da Criança* associaram-se negativamente com as subescalas da MES e da IES-2 e positivamente com comportamentos alimentares desadaptativos, como a *Sobre ingestão emocional* e *Seletividade alimentar* do AEBQ. Estes resultados também se verificam na análise multivariada e reforçam o quanto a adoção de práticas não responsivas comprometem a autorregulação inata e o respeito pelos sinais internos de fome e saciedade, perpetuando o risco de comportamentos alimentares desadaptativos ao longo de todo o percurso de vida.

Limitações

O presente estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados, devendo a sua generalização ser feita de forma cautelosa. A amostra foi obtida por conveniência, sendo constituída maioritariamente por participantes do sexo feminino. O desenho transversal da investigação impede a inferência de relações de causalidade, permitindo apenas a identificação de associações. Além disso, as associações identificadas podem ser influenciadas por inúmeros fatores confundidores não explorados, como por exemplo, condições socioeconómicas, disponibilidade e acesso a alimentos.

O facto de os dados terem sido autorreportados aumenta o risco de diversos enviesamentos. Salientam-se o viés da perspetiva atual, onde os padrões alimentares e o estado nutricional do adulto podem influenciar a memória e perceção das práticas parentais na infância, e o viés de desejabilidade social, ou seja, a tendência em responder de forma socialmente aceite ou idealizada⁽¹³⁷⁾. Ademais, destaca-se o significativo viés de memória associado ao preenchimento do questionário AMoFiC, que exige que os participantes recuperem memórias de práticas parentais ocorridas, em alguns casos, há várias décadas.

Os instrumentos utilizados também apresentam limitações. O questionário AMoFiC foi traduzido e adaptado no contexto do mesmo estudo, sendo importante que trabalhos futuros aprofundem o estudo das suas propriedades psicométricas. O questionário AEBQ foi validado numa amostra de adolescentes e não adultos portugueses e a escala MES ainda se encontra em fase de estudo das propriedades psicométricas para a população portuguesa.

Por fim, a abordagem quantitativa utilizada não permite uma análise aprofundada e contextual das relações encontradas, que seria enriquecida por

métodos qualitativos que explorassem as perspetivas emocionais e dinâmicas subjacentes às práticas parentais e ao comportamento alimentar.

Pontos fortes

Apesar das limitações, o presente estudo apresenta vários contributos. Um dos principais reside no pioneirismo da investigação em Portugal. Tanto quanto se sabe, este é o primeiro estudo em Portugal a avaliar a relação entre as práticas educativas parentais na infância e o comportamento alimentar na vida adulta e a nível global é pioneiro ao estudar a relação entre estas práticas e a Alimentação Consciente. A adaptação e validação do questionário AMoFiC para a população portuguesa representa um importante contributo científico pois é um novo instrumento que pode ser utilizado para futuras investigações.

O tamanho da amostra ($n = 235$) foi considerável e permitiu a realização de uma análise multivariada para apurar a estabilidade e validade dos resultados estatísticos. É também de destacar que a análise foi realizada com base no tamanho dos efeitos, permitindo uma interpretação mais aprofundada das associações sem sobrevalorizar a significância estatística.

Por fim, os resultados obtidos possuem uma elevada relevância social, uma vez que estão alinhados com o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 das Nações Unidas 2030 - *Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos*, na medida em que a adoção de práticas parentais responsivas, promove o desenvolvimento de comportamentos alimentares adaptativos e saudáveis, que contribuem para a saúde e bem-estar⁽¹³⁸⁾.

Conclusões e Considerações Finais

O presente estudo traduziu e adaptou o questionário AMoFiC para a população portuguesa e sustentou a relevância da relação existente entre as práticas educativas parentais na infância e o comportamento alimentar na vida adulta.

A Análise Fatorial Exploratória confirmou a manutenção dos cinco fatores originais do questionário AMoFiC; no entanto, apesar de manterem a coerência, em comparação com a versão original sete itens mudaram de fator. A Análise da Consistência Interna demonstrou boa fiabilidade em todas as subescalas, à exceção da subescala *Controlo da Criança* que foi apenas composta por 3 itens. Ainda assim, os resultados indicam que o AMoFiC é um instrumento promissor para avaliar as memórias de adultos portugueses em relação às práticas parentais exercidas na infância.

A análise das relações entre as práticas parentais e as características sociodemográficas, de infância e comportamento alimentar na vida adulta revelaram uma separação clara entre dois perfis de práticas parentais. As práticas parentais responsivas, *Monitorização* e *Orientação Alimentar Saudável*, relacionaram-se significativamente com ser do sexo feminino, ter tido a mãe como cuidador principal, ter uma relação mais próxima com o cuidador principal, ter residido numa zona rural, idade menor e pontuações mais elevadas na subescala *Consciência da MES* e *Congruência Corpo-Mente* da IES-2.

Contrariamente, as práticas parentais não responsivas de *Restrição*, *Pressão e Recompensa Alimentar* e *Controlo*, relacionaram-se com ser do sexo masculino, ter um IMC mais elevado, consumir alimentos açucarados e processados semanalmente, ter tido outro cuidador principal (que não a mãe), ter residido

numa zona urbana durante a infância e menor idade. Estas práticas correlacionaram-se ainda negativamente com todas as subescalas da MES, à exceção da subescala *Rotina* e com as subescalas *Capacidade de comer por razões físicas e não emocionais*, *Permissão incondicional para comer* e *Congruência corpo-mente* da IES-2 e positivamente com *Prazer em comer*, *Sobre ingestão emocional* e *Seletividade alimentar* do questionário AEBQ.

Os resultados obtidos reforçam a importância da educação parental sobre as práticas alimentares a adotar, de modo a promover o desenvolvimento de hábitos saudáveis e autorregulados no futuro. Neste sentido, reforça-se a necessidade de desenvolvimento e implementação de programas de educação alimentar, focados na capacitação dos pais e cuidadores para a adoção de práticas responsivas e para a prevenção de abordagens baseadas na restrição, controlo e pressão e recompensa alimentar.

É fundamental que mais trabalhos futuros sejam desenvolvidos neste âmbito para o avanço da investigação científica nesta área. Sugere-se que investigações futuras se dediquem a estudar as propriedades psicométricas do questionário AMoFiC noutras populações e contextos geográficos. Realça-se ainda a importância de investigar possíveis fatores confundidores ou não explorados no presente estudo, como as condições socioeconómicas e a disponibilidade e acesso a alimentos, uma vez que estas variáveis podem influenciar significativamente as práticas parentais e comportamentos alimentares. Recomenda-se ainda em estudos futuros a utilização de métodos mistos ou qualitativos para explorar a subjetividade das memórias e relações identificadas.

Por fim, espera-se que a presente investigação contribua para a promoção da educação alimentar, servindo de evidencia para o planeamento e

desenvolvimento de projetos e intervenções para a promoção de práticas parentais responsivas direcionadas para pais e cuidadores.

Referências

1. de Diego-Cordero R, Rivilla-Garcia E, Diaz-Jimenez D, Lucchetti G, Badanta B. The role of cultural beliefs on eating patterns and food practices among pregnant women: a systematic review. *Nutr Rev.* 2021; 79(9):945-63.
2. Kant AK, Graubard BI, Kumanyika SK. Trends in black-white differentials in dietary intakes of U.S. adults, 1971-2002. *Am J Prev Med.* 2007; 32(4):264-72.
3. Kant AK, Graubard BI. Secular trends in the association of socio-economic position with self-reported dietary attributes and biomarkers in the US population: National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1971-1975 to NHANES 1999-2002. *Public Health Nutr.* 2007; 10(2):158-67.
4. Kirkpatrick SI, Dodd KW, Reedy J, Krebs-Smith SM. Income and race/ethnicity are associated with adherence to food-based dietary guidance among US adults and children. *J Acad Nutr Diet.* 2012; 112(5):624-35 e6.
5. Zhang Q, Wang Y. Socioeconomic and racial/ethnic disparity in Americans' adherence to federal dietary recommendations. *J Acad Nutr Diet.* 2012; 112(5):614-6.
6. van Strien T, Cebolla A, Etchemendy E, Gutierrez-Maldonado J, Ferrer-Garcia M, Botella C, et al. Emotional eating and food intake after sadness and joy. *Appetite.* 2013; 66:20-5.
7. Dakin C, Beaulieu K, Hopkins M, Gibbons C, Finlayson G, Stubbs RJ. Do eating behavior traits predict energy intake and body mass index? A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2023; 24(1):e13515.
8. Hill D, Conner M, Clancy F, Moss R, Wilding S, Bristow M, et al. Stress and eating behaviours in healthy adults: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychol Rev.* 2022; 16(2):280-304.
9. Hernandez Ruiz de Eguilaz M, Martinez de Morentin Aldabe B, Almiron-Roig E, Perez-Diez S, San Cristobal Blanco R, Navas-Carretero S, et al. Multisensory influence on eating behavior: Hedonic consumption. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed).* 2018; 65(2):114-25.
10. Seixas JK-SDPM. Eating behavior in the field of Food and Nutrition: what are we talking about? *Physis: Collective Health Journal.* 2016
11. Viana V, Guerra, A., Lopes dos Santos, P., Rego, C., Silva, D., & Sinde, S. . Factores psicossociais associados ao comportamento alimentar e ao estado de nutrição num grupo de adolescentes numa perspectiva da psicologia da saúde. *Saúde Mental.* 2001
12. Viana V. Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica.* 2002; v. 20
13. Burton P, Smit HJ, Lightowler HJ. The influence of restrained and external eating patterns on overeating. *Appetite.* 2007; 49(1):191-7.
14. Bruch H. Obesity, anorexia nervosa, and the person within Eating disorders. 1974
15. Bruch H. Psychological Aspects of Overeating and Obesity. *Psychosomatics.* 1964; 5:269-74.
16. Ayyildiz F, Akbulut G, Karacil Ermumcu MS, Acar Tek N. Emotional and intuitive eating: an emerging approach to eating behaviours related to obesity. *J Nutr Sci.* 2023; 12:e19.

17. Kerin JL, Webb HJ, Zimmer-Gembeck MJ. Intuitive, mindful, emotional, external and regulatory eating behaviours and beliefs: An investigation of the core components. *Appetite*. 2019; 132:139-46.
18. Warren JM, Smith N, Ashwell M. A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutr Res Rev*. 2017; 30(2):272-83.
19. Viana V, Sinde S. Estilo alimentar: Adaptação e validação do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. 2002
20. Verstuyf J, Patrick H, Vansteenkiste M, Teixeira PJ. Motivational dynamics of eating regulation: a self-determination theory perspective. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2012; 9:21.
21. Van Strien T FJ, Bergers GP & Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International journal of eating disorders*. 1986; 5(2), 295-315
22. Decker R PM, DeCastro TG & Bizarro L. . Emotional eating: Associations among impulsivity, depression, sex, and weight status in young adults. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. 2021
23. Neumark-Sztainer D, Wall M, Story M, Standish AR. Dieting and unhealthy weight control behaviors during adolescence: associations with 10-year changes in body mass index. *J Adolesc Health*. 2012; 50(1):80-6.
24. Ouwens MA, van Strien T, van Leeuwe JF. Possible pathways between depression, emotional and external eating. A structural equation model. *Appetite*. 2009; 53(2):245-8.
25. Polivy J, Herman CP. Dieting and bingeing. A causal analysis. *Am Psychol*. 1985; 40(2):193-201.
26. Warkentin S, Costa A, Oliveira A. Validity of the Adult Eating Behavior Questionnaire and Its Relationship with Parent-Reported Eating Behaviors among Adolescents in Portugal. *Nutrients*. 2022; 14(6)
27. Mathieu J. What should you know about mindful and intuitive eating? *J Am Diet Assoc*. 2009; 109(12):1982-7.
28. Tylka TL, Wilcox JA. Are intuitive eating and eating disorder symptomatology opposite poles of the same construct? *Journal of Counseling Psychology*. 2006; 53(4), 474
29. Tylka TL, Kroon Van Diest AM. The Intuitive Eating Scale-2: item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *J Couns Psychol*. 2013; 60(1):137-53.
30. Tylka TL. Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *Journal of counseling psychology*. 2006; 53(2), 226.
31. Anderson DA, Schaumberg K, Anderson LM, Reilly EE. Is level of intuitive eating associated with plate size effects? *Eat Behav*. 2015; 18:125-30.
32. Outland L MHRF. Intuitive eating for a healthy weight. *Primary Health Care*. 2013; 23, 22-28.
33. Denny KN, Loth K, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Intuitive eating in young adults. Who is doing it, and how is it related to disordered eating behaviors? *Appetite*. 2013; 60(1):13-19.
34. Tapper K. Mindful eating: what we know so far. *Nutr Bull*. 2022; 47(2):168-85.

35. Dalen J, Smith BW, Shelley BM, Sloan AL, Leahigh L, Begay D. Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complement Ther Med*. 2010; 18(6):260-4.
36. Kristeller JL, Hallett CB. An Exploratory Study of a Meditation-based Intervention for Binge Eating Disorder. *J Health Psychol*. 1999; 4(3):357-63.
37. Mantzios M. (Re)defining mindful eating into mindful eating behaviour to advance scientific enquiry. *Nutr Health*. 2021; 27(4):367-71.
38. Liu J, Tynan M, Mouangue A, Martin C, Manasse S, Godfrey K. Mindfulness-based interventions for binge eating: an updated systematic review and meta-analysis. *J Behav Med*. 2025; 48(1):57-89.
39. Gutierrez-Domingo T, Vivas S. Mindful eating intervention for preventing obesity in youth: A narrative review of literature. *Nutr Res*. 2025; 140:116-34.
40. Grohmann D, Laws KR. Two decades of mindfulness-based interventions for binge eating: A systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2021; 149:110592.
41. Carriere K, Khoury B, Gunak MM, Knauper B. Mindfulness-based interventions for weight loss: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2018; 19(2):164-77.
42. Hendrickson KL, Rasmussen EB. Effects of mindful eating training on delay and probability discounting for food and money in obese and healthy-weight individuals. *Behav Res Ther*. 2013; 51(7):399-409.
43. Godfrey KM, Gallo LC, Afari N. Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. *J Behav Med*. 2015; 38(2):348-62.
44. Katterman SN, Kleinman BM, Hood MM, Nackers LM, Corsica JA. Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review. *Eat Behav*. 2014; 15(2):197-204.
45. Maier-Noth A. Early Development of Food Preferences and Healthy Eating Habits in Infants and Young Children. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser*. 2019; 91:11-20.
46. Hughes SO, Power TG, Beck A, Betz D, Calodich S, Goodell LS, et al. Strategies for Effective Eating Development-SEEDS: Design of an Obesity Prevention Program to Promote Healthy Food Preferences and Eating Self-Regulation in Children From Low-Income Families. *J Nutr Educ Behav*. 2016; 48(6):405-18 e1.
47. Nicklaus S, Schwartz C. Early influencing factors on the development of sensory and food preferences. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2019; 22(3):230-35.
48. Ventura AK, Worobey J. Early influences on the development of food preferences. *Curr Biol*. 2013; 23(9):R401-8.
49. Case A, Paxson C. Parental behavior and child health. *Health Aff (Millwood)*. 2002; 21(2):164-78.
50. Makela I, Koivuniemi E, Vahlberg T, Raats MM, Laitinen K. Self-Reported Parental Healthy Dietary Behavior Relates to Views on Child Feeding and Health and Diet Quality. *Nutrients*. 2023; 15(4)
51. Maccoby EE. Historical overview of socialization research and theory.; 2014.
52. Montano Z, Smith JD, Dishion TJ, Shaw DS, Wilson MN. Longitudinal relations between observed parenting behaviors and dietary quality of meals from ages 2 to 5. *Appetite*. 2015; 87:324-9.

53. Vollmer RL. Parental feeding style changes the relationships between children's food preferences and food parenting practices: The case for comprehensive food parenting interventions by pediatric healthcare professionals. *J Spec Pediatr Nurs.* 2019; 24(1):e12230.
54. In: Pick A.D. e, editor. *The development of instrumental competence through socialization.* Minnesota Symposia on Child Psychology; 1973; University of Minnesota Press; Minneapolis, MN, USA.
55. Maccoby E MJ. *Socialization in the Context of the Family: Parent-child Interaction.* Wiley; New York, NY, USA; 1983.
56. Mahmood L, Flores-Barrantes P, Moreno LA, Manios Y, Gonzalez-Gil EM. The Influence of Parental Dietary Behaviors and Practices on Children's Eating Habits. *Nutrients.* 2021; 13(4)
57. Rhee KE, Lumeng JC, Appugliese DP, Kaciroti N, Bradley RH. Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics.* 2006; 117(6):2047-54.
58. Pearson N, Atkin AJ, Biddle SJ, Gorely T, Edwardson C. Parenting styles, family structure and adolescent dietary behaviour. *Public Health Nutr.* 2010; 13(8):1245-53.
59. Sleddens EF, Gerards SM, Thijs C, de Vries NK, Kremers SP. General parenting, childhood overweight and obesity-inducing behaviors: a review. *Int J Pediatr Obes.* 2011; 6(2-2):e12-27.
60. Hughes SO, Power TG, Orlet Fisher J, Mueller S, Nicklas TA. Revisiting a neglected construct: parenting styles in a child-feeding context. *Appetite.* 2005; 44(1):83-92.
61. Yee AZ, Lwin MO, Ho SS. The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2017; 14(1):47.
62. Qiu C, Hatton R, Li Q, Xv J, Li J, Tian J, et al. Associations of parental feeding practices with children's eating behaviors and food preferences: a Chinese cross-sectional study. *BMC Pediatr.* 2023; 23(1):84.
63. Warkentin S, Mais LA, Latorre M, Carnell S, de Aguiar CarrazedoTaddei JA. Relationships between parent feeding behaviors and parent and child characteristics in Brazilian preschoolers: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2018; 18(1):704.
64. Scaglioni S, De Cosmi V, Ciappolino V, Parazzini F, Brambilla P, Agostoni C. Factors Influencing Children's Eating Behaviours. *Nutrients.* 2018; 10(6)
65. Sobal J, Bisogni CA. Constructing food choice decisions. *Ann Behav Med.* 2009; 38 Suppl 1:S37-46.
66. Rollins BY, Savage JS, Fisher JO, Birch LL. Alternatives to restrictive feeding practices to promote self-regulation in childhood: a developmental perspective. *Pediatr Obes.* 2016; 11(5):326-32.
67. Fisher JO, Birch LL. Restricting access to foods and children's eating. *Appetite.* 1999; 32(3):405-19.
68. Rollins BY, Loken E, Savage JS, Birch LL. Maternal controlling feeding practices and girls' inhibitory control interact to predict changes in BMI and eating in the absence of hunger from 5 to 7 y. *Am J Clin Nutr.* 2014; 99(2):249-57.
69. Birch LL, Fisher JO, Davison KK. Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *Am J Clin Nutr.* 2003; 78(2):215-20.
70. Fisher JO, Birch LL. Eating in the absence of hunger and overweight in girls from 5 to 7 y of age. *Am J Clin Nutr.* 2002; 76(1):226-31.

71. Derks IP, Tiemeier H, Sijbrands EJ, Nicholson JM, Voortman T, Verhulst FC, et al. Testing the direction of effects between child body composition and restrictive feeding practices: results from a population-based cohort. *Am J Clin Nutr*. 2017; 106(3):783-90.
72. Savage JS, Birch LL, Marini M, Anzman-Frasca S, Paul IM. Effect of the INSIGHT Responsive Parenting Intervention on Rapid Infant Weight Gain and Overweight Status at Age 1 Year: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr*. 2016; 170(8):742-9.
73. Scaglioni S SM, Galimberti C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behavior. *Br J Nutr*. 2008; 99:22-5
74. Galloway AT, Fiorito LM, Francis LA, Birch LL. 'Finish your soup': counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect. *Appetite*. 2006; 46(3):318-23.
75. Galloway AT, Fiorito L, Lee Y, Birch LL. Parental pressure, dietary patterns, and weight status among girls who are "picky eaters". *J Am Diet Assoc*. 2005; 105(4):541-8.
76. Birch LL, Fisher JO, Grimm-Thomas K, Markey CN, Sawyer R, Johnson SL. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*. 2001; 36(3):201-10.
77. Fisher JO, Mitchell DC, Smiciklas-Wright H, Birch LL. Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. *J Am Diet Assoc*. 2002; 102(1):58-64.
78. Newman J, Taylor A. Effect of a means-end contingency on young children's food preferences. *J Exp Child Psychol*. 1992; 53(2):200-16.
79. Rodgers R PS, Massey R, Campbell KJ, Wertheim EH, Skouteris H, Gibbons K. Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviours in young children: A prospective study. *J Behav Nutr Phys. Act*. 2013;18:10-24.
80. Russell CG, Worsley A, Campbell KJ. Strategies used by parents to influence their children's food preferences. *Appetite*. 2015; 90:123-30.
81. Savage JS, Fisher JO, Birch LL. Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. *J Law Med Ethics*. 2007; 35(1):22-34.
82. Birch LL, Birch D, Marlin DW, Kramer L. Effects of instrumental consumption on children's food preference. *Appetite*. 1982; 3(2):125-34.
83. Rollins BY LE, Savage JS, Birch LL. Maternal controlling feeding practices and girls' inhibitory control interact to predict changes in BMI and eating in the absence of hunger from 5 to 7 y. *Am J Clin Nutr*. 2014; 99:249-257
84. Stifter CA, Anzman-Frasca S, Birch LL, Voegtline K. Parent use of food to soothe infant/toddler distress and child weight status. An exploratory study. *Appetite*. 2011; 57(3):693-9.
85. Lee Y, Birch LL. Diet quality, nutrient intake, weight status, and feeding environments of girls meeting or exceeding the American Academy of Pediatrics recommendations for total dietary fat. *Minerva Pediatr*. 2002; 54(3):179-86.
86. DGS, DGE, PNPAS. Como educar para uma alimentação saudável: Guia de boas práticas para pais e educadores. In: DGS, editor. DGS PNPAS 2025.
87. WHO. WHO Guideline for complementary feeding of infants and young children 6-23 months of age. Geneva; 2023. p. 43-47.
88. WHO. Improving Early Childhood Development: WHO Guideline. Geneva; 2020.

89. Oliveira A, Coelho C, Afonso L. Práticas parentais de controlo alimentar: relação com o peso da criança. 2017
90. Russell CG, Haszard JJ, Taylor RW, Heath AM, Taylor B, Campbell KJ. Parental feeding practices associated with children's eating and weight: What are parents of toddlers and preschool children doing? *Appetite*. 2018; 128:120-28.
91. Kiefner-Burmeister A, Hoffmann D, Zbur S, Musher-Eizenman D. Implementation of parental feeding practices: does parenting style matter? *Public Health Nutr*. 2016; 19(13):2410-4.
92. Haszard JJ, Skidmore PM, Williams SM, Taylor RW. Associations between parental feeding practices, problem food behaviours and dietary intake in New Zealand overweight children aged 4-8 years. *Public Health Nutr*. 2015; 18(6):1036-43.
93. Patel C, Shuttlewood E, Karasouli E, Meyer C. Mothers' experiences of their own parents' food parenting practices and use of coercive food-related practices with their children. *Appetite*. 2022; 175:106078.
94. Edwards CG, Zickgraf HF, Masterson TD, Rigby A. Use of a brief, retrospective Comprehensive Feeding Practices Questionnaire in a bariatric-surgery seeking adult population. *Eat Behav*. 2022; 46:101655.
95. Malachowska A, Jezewska-Zychowicz M. Does Examining the Childhood Food Experiences Help to Better Understand Food Choices in Adulthood? *Nutrients*. 2021; 13(3)
96. Lev-Ari L, Zohar AH, Bachner-Melman R, Totah Hanhart A. Intergenerational Transmission of Child Feeding Practices. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(15)
97. Roberts LT, Carbonneau N, Goodman LC, Musher-Eizenman DR. Retrospective reports of childhood feeding in mother-daughter dyads. *Appetite*. 2020; 149:104613.
98. Ellis JM, Galloway AT, Webb RM, Martz DM, Farrow CV. Recollections of pressure to eat during childhood, but not picky eating, predict young adult eating behavior. *Appetite*. 2016; 97:58-63.
99. Lev-Ari L, Zohar AH. The psychometric properties of the Retrospective Child Feeding Questionnaire in Hebrew. *Appetite*. 2013; 65:14-9.
100. Puhl RM, Schwartz MB. If you are good you can have a cookie: How memories of childhood food rules link to adult eating behaviors. *Eat Behav*. 2003; 4(3):283-93.
101. Gustavson K, von Soest T, Karevold E, Roysamb E. Attrition and generalizability in longitudinal studies: findings from a 15-year population-based study and a Monte Carlo simulation study. *BMC Public Health*. 2012; 12:918.
102. Santos AF, Fernandes M, Fernandes C, Barros L, Verissimo M. Validation of the Comprehensive Feeding Practices Questionnaire (CFPQ) with Portuguese Caregivers of 2-to-8-Year-Olds. *Children (Basel)*. 2023; 10(12)
103. Canário C, Abreu-Lima I, Cruz O. Comprehensive Feeding Parenting Practices Questionnaire (European Portuguese version). 2020
104. Williams NA, Dev DA, Hankey M, Blitch K. Role of food preoccupation and current dieting in the associations of parental feeding practices to emotional eating in young adults: A moderated mediation study. *Appetite*. 2017; 111:195-202.
105. Tan CC, Ruhl H, Chow CM, Ellis L. Retrospective reports of parental feeding practices and emotional eating in adulthood: The role of food preoccupation. *Appetite*. 2016; 105:410-5.

106. Galloway AT, Farrow CV, Martz DM. Retrospective reports of child feeding practices, current eating behaviors, and BMI in college students. *Obesity (Silver Spring)*. 2010; 18(7):1330-5.
107. Carbonneau N, Studer-Perez EI, Lavoie C, Lavigne G, Dumas AA, Musher-Eizenman D. Retrospective reports of coercive control food parenting practices during childhood are related to eating behaviors in adulthood: A latent profile analysis. *Appetite*. 2025; 211:108006.
108. Freitas F, Gonçalves C, Freitas S, Elisabete Pinto. Hábitos alimentares e práticas parentais face à alimentação de crianças com sobrecarga ponderal, residentes na Ilha da Madeira. *Acta Portuguesa de Nutrição*. 2025; 21:18-22.
109. Coelho C, Afonso L, Oliveira A. Práticas parentais de controlo alimentar: relação com o peso da criança. *Acta Portuguesa de Nutrição*. 2017; 9:6-11
110. Afonso L, Severo M, Santos S, Real H, Durão C, Moreira P, Oliveira A. Bidirectional association between parental child feeding practices and body mass index at 4 and 7 y of age. *Am J Clin Nutr*. 2016; 103(3):861-867.
111. Morais RAC. Estudo estaturo-ponderal de crianças no 1.º ciclo do ensino básico: caracterização e correlatos parentais (Master's thesis, Universidade do Porto (Portugal)). 2016
112. Rochinha J, Sousa B. Os Estilos e Práticas Parentais, a Alimentação e o Estado Ponderal dos Seus Filhos. *Revista de Alimentação Humana*. 2012; 18(1):2-7
113. Viana V, Franco T, Morais C. O Estado Ponderal e o Comportamento Alimentar de Crianças e Jovens: Influência do Peso e das Atitudes de Controlo da Mãe. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2011; 12(2):267-279
114. Eremenco S, Pease S, Mann S, Berry P, Subcommittee PROCsP. Patient-Reported Outcome (PRO) Consortium translation process: consensus development of updated best practices. *J Patient Rep Outcomes*. 2017; 2(1):12.
115. C Duarte, J Pinto Gouveia & A Mendes. Psychometric properties of the Intuitive Eating Scale-2 and association with binge eating symptoms in a Portuguese community sample. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2016; 16(3), 329-341
116. L Hulbert-Williams WN, J Joy, N Hulbert-Williams Initial validation of the mindful eating scale. . *Mindfulness*. 2014; 5:719-29.
117. George D, Mallery P. Using SPSS for windows step by step: A simple guide and reference London: Pearson Education; 2003.
118. Finney DJ. *Statistics for biologists*. . New York: Chapman and Hall. 1980
119. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Lawrence Erlbaum Associates; Hillsdale, NJ, USA. 1988; 2nd ed.
120. Padilha S, Fonsêca PN. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2014; 34(2), 296-307
121. Monge-Rojas R, Reyes Fernandez B, Smith-Castro V. Gender-based food intake stereotype scale (GBFISS) for adolescents: development and psychometric evaluation. *Health Psychol Behav Med*. 2020; 8(1):292-313.
122. Spencer RA, Rehman L, Kirk SF. Understanding gender norms, nutrition, and physical activity in adolescent girls: a scoping review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2015; 12:6.
123. Mooney E, Farley H, Strugnell C. A qualitative investigation into the opinions of adolescent females regarding their body image concerns and dieting practices in the Republic of Ireland (ROI). *Appetite*. 2009; 52(2):485-91.

124. Wardle J, Haase AM, Steptoe A, Nillapun M, Jonwutiwes K, Bellisle F. Gender differences in food choice: the contribution of health beliefs and dieting. *Ann Behav Med*. 2004; 27(2):107-16.
125. Dunkley TL, Wertheim EH, Paxton SJ. Examination of a model of multiple sociocultural influences on adolescent girls' body dissatisfaction and dietary restraint. *Adolescence*. 2001; 36(142):265-79.
126. Rolls BJ, Fedoroff IC, Guthrie JF. Gender differences in eating behavior and body weight regulation. *Health Psychol*. 1991; 10(2):133-42.
127. Bouhlal S, McBride CM, Ward DS, Persky S. Drivers of overweight mothers' food choice behaviors depend on child gender. *Appetite*. 2015; 84:154-60.
128. Johnson SL, Goodell LS, Williams K, Power TG, Hughes SO. Getting my child to eat the right amount. Mothers' considerations when deciding how much food to offer their child at a meal. *Appetite*. 2015; 88:24-32.
129. Afonso L, Lopes C, Severo M, Santos S, Real H, Durao C, et al. Bidirectional association between parental child-feeding practices and body mass index at 4 and 7 y of age. *Am J Clin Nutr*. 2016; 103(3):861-7.
130. Whitaker D, Milam AJ, Graham CM, Cooley-Strickland M, Belcher HM, Furr-Holden CD. Neighborhood environment and urban schoolchildren's risk for being overweight. *Am J Health Promot*. 2013; 27(6):410-6.
131. Vuong VT, Fiorella KJ, Jones AD, Thi Trinh H, Khoury CK, Huynh TTT, et al. The association between food environment, diet quality and malnutrition in low- and middle-income adult populations across the rural-Urban gradient in Vietnam. *J Hum Nutr Diet*. 2023; 36(6):2201-18.
132. Pereira SC, R. Tojal, C. , Tendais I. Primeiras interações: um estudo comparativo entre mães e pais *Arquivos Brasileiros de Psicologia* 2018; 70 (1): 98-109
133. Davison KK, Haines J, Garcia EA, Douglas S, McBride B. Fathers' food parenting: A scoping review of the literature from 1990 to 2019. *Pediatr Obes*. 2020; 15(10):e12654.
134. Malachowska A, Gebiski J, Jezewska-Zychowicz M. Childhood Food Experiences and Selected Eating Styles as Determinants of Diet Quality in Adulthood-A Cross-Sectional Study. *Nutrients*. 2023; 15(10)
135. Khandpur N, Charles J, Blaine RE, Blake C, Davison K. Diversity in fathers' food parenting practices: A qualitative exploration within a heterogeneous sample. *Appetite*. 2016; 101:134-45.
136. Jezewska-Zychowicz M, Malachowska A, Sajdakowska M, Zybula Z. Experiencing Food Restrictions for Health and Weight Control in Childhood and Their Links to Restrained Eating and Excessive Body Weight in Polish Young Adults-A Cross-Sectional Study. *Nutrients*. 2024; 17(1)
137. Bispo Júnior JP. Viés de desejabilidade social na pesquisa qualitativa em saúde. *Revista De Saúde Pública*. 2022; 56, 101.
138. ONU. The 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. . New York: United Nations; [citado em 2025 Out 3]. Disponível em: <https://sdgs.un.org/2030agenda>

Anexos ou Apêndices

Índice de Anexos ou Apêndices

Anexo A - Versão original do AMoFiC.....	71
Apêndice A - Versão traduzida harmonizada.....	72
Apêndice B - Comparação da versão harmonizada com a versão original.....	73
Apêndice C - Retroversão.....	76
Apêndice D - Questionário das características sociodemográficas.....	77
Apêndice E - Questionário das características da infância.....	79
Apêndice F - Comparação entre a distribuição original dos itens do questionário AMoFiC original e a distribuição na versão portuguesa.....	81

Anexo A - Versão original do AMoFiC

Restrictions
My parents took care of me not eating too many high-fat foods
My parents encouraged me to eat less so I won't get fat
My parents gave me small helpings of food to control my body weight
My parents discussed with me the nutritional value of foods
If I ate more at one meal, parents have tried to decrease my food helpings at the next meal
My parents restricted the foods that would possibly make me gain weight
My parents believed that there are certain foods that I should not consume to prevent weight gain
My parents limited sweets/desserts for me in response to bad behavior
My parents wanted to be sure that I do not eat too much of my favorite foods
My parents did not allow me to eat between meals because they didn't want me to gain weight
My parents told me what I can and cannot eat without any explanation
My parents have often put me on a diet to control my weight
My parents shown me how much they enjoy 'healthy eating'
Healthy Eating Guidance
Most of the foods that my parents kept in the house were 'healthy'
My parents involved me in planning family meals
My parents allowed me to help prepare family meals
As a child, I had an access to many 'healthy foods' at each meal
My parents encouraged me to try new foods
My parents told me that 'healthy food' tastes good
My parents encouraged me to participate in grocery shopping
My parents encouraged me to eat a variety of foods
My parents modelled healthy eating for me by eating healthy foods themselves
Pressure and Food Reward
My parents always insisted on finishing everything I had on the plate
My parents offered me my favorite foods in exchange for good behavior
My parents offered me sweets as a reward for good behavior
My parents insisted that I eat even though I told them that I'm not hungry
If I ate a small helping, my parents tried to get me to eat more
After finishing a meal, my parents tried to get me to eat more, even a bite of food
Monitoring
Did your parents pay attention to the sweets that you were eating as a child?
Did your parents pay attention to the salty snacks that you were eating as a child?
Did your parents pay attention to the high-fat foods that you were eating as a child?
Did your parents pay attention to the sugary drinks that you were drinking as a child?
Did your parents encourage you to eat healthy foods before unhealthy ones?
Child Control
Did your parents let you consume everything you wanted?
Did your parents let you choose the foods you wanted from what was being served for dinner?
Did your parents give you something to eat or drink as a first thing when you got fussy?
Did your parents make something else when you did not like what was being served?
Did you have an access to snacks throughout the day?
Did your parents allow you to leave the table when you were full even when the rest of the family was not done eating?

Apêndice A - Versão traduzida harmonizada

Restrições
Os meus pais asseguravam que eu não comia demasiados alimentos ricos em gordura.
Os meus pais encorajavam-me a comer menos para que eu não engordasse.
Os meus pais davam-me porções pequenas de comida para controlar o meu peso corporal.
Os meus pais conversavam comigo sobre o valor nutricional dos alimentos.
Se eu comesse mais numa refeição, os meus pais tentavam diminuir as minhas porções de comida na refeição seguinte.
Os meus pais restringiam os alimentos que me poderiam fazer ganhar peso.
Os meus pais acreditavam que havia certos alimentos que eu não deveria consumir para prevenir o ganho de peso.
Os meus pais limitavam os doces e sobremesas quando me portava mal.
Os meus pais queriam ter a certeza que eu não comia em demasia os meus alimentos preferidos.
Os meus pais não me deixavam comer entre refeições porque não queriam que eu ganhasse peso.
Os meus pais diziam-me o que eu podia ou não comer sem qualquer explicação.
Os meus pais colocavam-me frequentemente em dieta para controlar o meu peso.
Os meus pais mostravam-me o quanto apreciavam uma "alimentação saudável".
Orientação Alimentar Saudável
A maioria dos alimentos que os meus pais tinham em casa eram "saudáveis".
Os meus pais envolviam-me no planeamento das refeições familiares.
Os meus pais deixavam-me ajudar na preparação das refeições familiares.
Quando era criança, tinha acesso a muitos "alimentos saudáveis" em cada refeição.
Os meus pais incentivavam-me a experimentar alimentos novos.
Os meus pais diziam-me que a "comida saudável" era saborosa.
Os meus pais incentivaram-me a participar nas compras de mercearia.
Os meus pais incentivavam-me a comer alimentos variados.
Os meus pais davam-me o exemplo de uma alimentação saudável, comendo eles próprios alimentos saudáveis.
Pressão e Recompensa alimentar
Os meus pais insistiam sempre para que eu terminasse de comer tudo o que tinha no prato.
Os meus pais ofereciam-me os meus alimentos preferidos em troca de bom comportamento.
Os meus pais ofereciam-me doces como recompensa por bom comportamento.
Os meus pais insistiam para que eu comesse mesmo quando eu lhes dizia que não estava com fome.
Se eu comesse uma porção pequena, os meus pais tentavam fazer com que eu comesse mais.
Após terminar uma refeição, os meus pais tentavam fazer como que eu comesse mais, mesmo que fosse apenas uma pequena quantidade.
Monitorização
Os seus pais prestavam atenção aos doces que comia quando era criança?
Os seus pais prestavam atenção aos petiscos salgados que comia quando era criança?
Os seus pais prestavam atenção aos alimentos ricos em gordura que comia quando era criança?
Os seus pais prestavam atenção às bebidas açucaradas que bebia quando era criança?
Os seus pais incentivavam-na/o a comer alimentos saudáveis antes dos não saudáveis?
Controlo da criança
Os seus pais deixavam-na/o comer todos os alimentos que queria?
Os seus pais deixavam-na/o escolher os alimentos que queria de entre aqueles que estavam a ser servidos ao jantar?
Quando ficava irrequieta/o, a primeira coisa que os seus pais faziam era dar-lhe algo para comer ou beber?
Quando não gostava do que estava a ser servido, os seus pais faziam-lhe outra coisa para comer?
Tinha acesso a alimentos entre refeições ao longo do dia?
Os seus pais deixavam-na/o sair da mesa quando estava satisfeita/o, mesmo quando o resto da família ainda não tinha acabado de comer?

Apêndice B - Comparação da versão harmonizada com a versão original

Restrictions / Restrições	Justificação
<i>My parents took care of me not eating too many high-fat foods</i> Os meus pais asseguravam que eu não comia demasiados alimentos ricos em gordura	<i>high-fat foods</i> → ricos em gordura. Rico já pressupõe “muito”.
<i>My parents encouraged me to eat less so I won't get fat</i> Os meus pais encorajavam-me a comer menos para que eu não engordasse	Adoção do pretérito imperfeito (mais natural em português)
<i>My parents gave me small helpings of food to control my body weight</i> Os meus pais davam-me porções pequenas de comida para controlar o meu peso corporal	
<i>My parents discussed with me the nutritional value of foods</i> Os meus pais conversavam comigo sobre o valor nutricional dos alimentos	<i>discussed</i> → conversavam: mais natural em português
<i>If I ate more at one meal, parents have tried to decrease my food helpings at the next meal</i> Se eu comesse mais numa refeição, os meus pais tentavam diminuir as minhas porções de comida na refeição seguinte	
<i>My parents restricted the foods that would possibly make me gain weight</i> Os meus pais restringiam os alimentos que me poderiam fazer ganhar peso	
<i>My parents believed that there are certain foods that I should not consume to prevent weight gain</i> Os meus pais acreditavam que havia certos alimentos que eu não deveria consumir para prevenir o ganho de peso	
<i>My parents limited sweets/desserts for me in response to bad behavior</i> Os meus pais limitavam os doces e sobremesas quando me portava mal	<i>in response to bad behavior</i> → quando me portava mal: mais natural e comum em português
<i>My parents wanted to be sure that I do not eat too much of my favorite foods</i> Os meus pais queriam ter a certeza que eu não comia em demasia os meus alimentos preferidos	
<i>My parents did not allow me to eat between meals because they didn't want me to gain weight</i> Os meus pais não me deixavam comer entre refeições porque não queriam que eu ganhasse peso	
<i>My parents told me what I can and cannot eat without any explanation</i> Os meus pais diziam-me o que eu podia ou não comer sem qualquer explicação	
<i>My parents have often put me on a diet to control my weight</i> Os meus pais colocavam-me frequentemente em dieta para controlar o meu peso	Adoção do pretérito imperfeito (mais natural em português)
<i>My parents shown me how much they enjoy 'healthy eating'</i> Os meus pais mostravam-me o quanto apreciavam uma "alimentação saudável"	
Healthy Eating Guidance / Orientação Alimentar Saudável	
<i>Most of the foods that my parents kept in the house were 'healthy'</i> A maioria dos alimentos que os meus pais tinham em casa eram "saudáveis"	

My parents involved me in planning family meals

Os meus pais envolviam-me no planeamento das refeições familiares

My parents allowed me to help prepare family meals

Os meus pais deixavam-me ajudar na preparação das refeições familiares

As a child, I had an access to many 'healthy foods' at each meal

Quando era criança, tinha acesso a muitos "alimentos saudáveis" em cada refeição

My parents encouraged me to try new foods

Os meus pais incentivavam-me a experimentar alimentos novos

My parents told me that 'healthy food' tastes good

Os meus pais diziam-me que a "comida saudável" era saborosa

My parents encouraged me to participate in grocery shopping

Os meus pais incentivaram-me a participar nas compras de mercearia

My parents encouraged me to eat a variety of foods

Os meus pais incentivavam-me a comer alimentos variados

My parents modelled healthy eating for me by eating healthy foods themselves

Os meus pais davam-me o exemplo de uma alimentação saudável, comendo eles próprios alimentos saudáveis

Adoção do pretérito imperfeito
(mais natural em português)

encouraged me → incentivavam-me (mais próximo do significado) +
adoção do pretérito imperfeito
tastes good → saborosa (mais natural)

encouraged me → incentivavam-me (mais próximo do significado) +
adoção do pretérito imperfeito

Pressure and Food Reward / Pressão e Recompensa alimentar

My parents always insisted on finishing everything I had on the plate

Os meus pais insistiam sempre para que eu terminasse de comer tudo o que tinha no prato

My parents offered me my favorite foods in exchange for good behavior

Os meus pais ofereciam-me os meus alimentos preferidos em troca de bom comportamento

My parents offered me sweets as a reward for good behavior

Os meus pais ofereciam-me doces como recompensa por bom comportamento

My parents insisted that I eat even though I told them that I'm not hungry

Os meus pais insistiam para que eu comesse mesmo quando eu lhes dizia que não estava com fome

If I ate a small helping, my parents tried to get me to eat more

Se eu comesse uma porção pequena, os meus pais tentavam fazer com que eu comesse mais

After finishing a meal, my parents tried to get me to eat more, even a bite of food

Após terminar uma refeição, os meus pais tentavam fazer como que eu comesse mais, mesmo que fosse apenas uma pequena quantidade

Adoção do pretérito imperfeito
(mais natural em português)

Monitoring / Monitorização

Did your parents pay attention to the sweets that you were eating as a child?

Os seus pais prestavam atenção aos doces que comia quando era criança?

Did your parents pay attention to the salty snacks that you were eating as a child?

Os seus pais prestavam atenção aos petiscos salgados que comia quando era criança?

Did your parents pay attention to the high-fat foods that you were eating as a child?
Os seus pais prestavam atenção aos alimentos ricos em gordura que comia quando era criança?

high-fat foods → ricos em gordura.
Rico já pressupõe “muito”.

Did your parents pay attention to the sugary drinks that you were drinking as a child?
Os seus pais prestavam atenção às bebidas açucaradas que bebia quando era criança?

Did your parents encourage you to eat healthy foods before unhealthy ones?
Os seus pais incentivavam-na/o a comer alimentos saudáveis antes dos não saudáveis?

encourage → incentivavam-no(a)
(mais próximo do significado)

Child Control / Controlo da criança

Did your parents let you consume everything you wanted?
Os seus pais deixavam-na/o comer todos os alimentos que queria?

Did your parents let you choose the foods you wanted from what was being served for dinner?
Os seus pais deixavam-na/o escolher os alimentos que queria de entre aqueles que estavam a ser servidos ao jantar?

Did your parents give you something to eat or drink as a first thing when you got fussy?
Quando ficava irrequieta/o, a primeira coisa que os seus pais faziam era dar-lhe algo para comer ou beber?

Alteração da estrutura para soar
mais natural em português

Did your parents make something else when you did not like what was being served?
Quando não gostava do que estava a ser servido, os seus pais faziam-lhe outra coisa para comer?

Did you have an access to snacks throughout the day?
Tinha acesso a alimentos entre refeições ao longo do dia?

Did your parents allow you to leave the table when you were full even when the rest of the family was not done eating?
Os seus pais deixavam-na/o sair da mesa quando estava satisfeita/o, mesmo quando o resto da família ainda não tinha acabado de comer?

were full → satisfeito(a) (mais
natural e comum em português)

Apêndice C - Retroversão

Restrictions
My parents ensured that I didn't eat too many fatty foods. My parents encouraged me to eat less so that I wouldn't gain weight. My parents gave me small portions of food to control my body weight. My parents talked to me about the nutritional value of foods. If I ate more at a meal, my parents would try to decrease my food portions at the next meal. My parents restricted food that could make me gain weight. My parents believed there were certain foods that I shouldn't consume to prevent weight gain. My parents limited sweets and desserts when I misbehaved. My parents would make sure that I didn't overeat my favourite foods. My parents didn't allow me to eat between meals because they didn't want me to gain weight. My parents would tell me what I could or couldn't eat without any explanation. My parents frequently put me on a diet to control my weight. My parents showed me how much they appreciated a "healthy diet".
Healthy Eating Guidance
Most of the foods that my parents had at home were "healthy". My parents involved me in planning family meals. My parents let me help with the preparation of family meals. As a child, I had access to many "healthy foods" at every meal. My parents encouraged me to try new foods. My parents told me that "healthy food" was tasty. My parents encouraged me to participate in grocery shopping. My parents encouraged me to eat a variety of foods. My parents set an example of healthy eating by consuming healthy foods themselves.
Food Pressure and Reward
My parents always insisted that I finish eating everything on my plate. My parents offered me my favourite foods in exchange for good behaviour. My parents offered me sweets as a reward for good behaviour. My parents insisted that I eat even when I told them I wasn't hungry. If I ate a small portion, my parents would try to get me to eat more. After finishing a meal, my parents would try to make me eat more, even if it was just a small amount.
Monitoring
Did your parents pay attention to the sweets you ate when you were a child? Did your parents pay attention to the savoury snacks you ate when you were a child? Did your parents pay attention to the fatty foods you ate when you were a child? Did your parents pay attention to the sugary drinks you drank when you were a child? Did your parents encourage you to eat healthy foods before unhealthy ones?
Child control
Did your parents allow you to eat all the foods you wanted? Did your parents let you choose the foods you wanted from those being served at dinner? When you became restless, was the first thing your parents did was give you something to eat or drink? When you didn't like what was being served, did your parents make something else for you to eat? Did you have access to food between meals throughout the day? Did your parents let you leave the table when you were full, even if the rest of the family hadn't finish eating?

Apêndice D - Questionário das características sociodemográficas

As próximas questões têm como objetivo compreender o seu contexto sociodemográfico.

Qual o seu sexo (atribuído à nascença)?

- Masculino
- Feminino

Qual a sua identidade de género? Exemplos: "feminino", "masculino", "não binário", ou outra denominação com a qual se sinta confortável? _____

Qual a sua idade (anos)? _____

Qual o seu peso (kg) atual? _____

Qual a sua altura (metros)? _____

Qual a sua nacionalidade? _____

Por favor, indique a região de morada:

- Lisboa e Vale do Tejo
- Norte
- Centro
- Alentejo
- Algarve
- Região Autónoma da Madeira
- Região Autónoma dos Açores

Por favor, indique o seu estado civil:

- Solteiro(a)
- Casado(a) / União de facto
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)
- Outro: _____

Com quem vive atualmente?

- Sozinho(a)
- Cônjuge
- Com Familiares (pais, filhos, irmãos, avós, tios, etc.)
- Com amigos / colegas de casa
- Outro: _____

Indique, por favor, o número de pessoas que constituem o seu agregado familiar atual (1 corresponde apenas ao próprio participante): _____

Tem filhos?

- Não
- Sim

Se a sua resposta foi afirmativa, indique, por favor, o número de filhos: _____

Idade do filho mais novo: _____

Idade do filho mais velho: _____

Dos seguintes grupos alimentares assinale os que consome pelo menos uma vez por semana:

- Laticínios (ex: leite, queijo, iogurte) (Sim/Não)
- Cereais e tubérculos (ex: trigo, cevada, centeio) (Sim/Não)
- Carne (Sim/Não)
- Pescado (Sim/Não)
- Ovos (Sim/Não)
- Frutas (Sim/Não)
- Hortícolas (Sim/Não)
- Leguminosas (Sim/Não)
- Frutos secos e oleaginosos (Sim/Não)
- Alimentos açucarados (Sim/Não)
- Alimentos processados (Sim/Não)
- Outro: _____

Apresenta alguma doença que implique uma alimentação específica?

- Não
- Sim. Indique, por favor, qual. Exemplo: "diabetes", "doença celíaca", "hipertensão", "alergias alimentares"...: _____

Apêndice E - Questionário das características da infância

Por favor, selecione o **tipo de agregado familiar** que mais corresponde ao contexto familiar vivido na infância:

- Nuclear (pai, mãe/cuidadores e filho(s))
- Monoparental (um dos pais, avó/cuidador e filho(s))
- Família extensa (inclui os cuidadores principais mais avós, tios, etc.)
- Outros (especificar): _____

De seguida, encontra-se uma lista de possíveis **cuidadores**. Por favor, indique para cada um, o quanto influenciaram a sua infância, utilizando uma escala de 1 a 5, sendo 1 pouco relevante e 5 muito relevante.

- Mãe (1 a 5)
- Pai (1 a 5)
- Avó (1 a 5)
- Avô (1 a 5)
- Tia (1 a 5)
- Tio (1 a 5)
- Irmão (1 a 5)
- Amigo (da família) (1 a 5)
- Cuidador não familiar (babysitter) (1 a 5)
- Outro (especificar): _____ (1 a 5)

Dos cuidadores mencionados anteriormente, qual considera o **cuidador principal** (selecione apenas um):

- Mãe
- Pai
- Avó
- Avô
- Tia
- Tio
- Irmão
- Amigo de cuidadores
- Cuidador não familiar (babysitter, cuidadores em instituição, orfanato)
- Outro (especificar): _____

Por favor, indique qual das opções descreve melhor a **relação** que tinha com o seu cuidador principal durante a infância:

- Muito próxima
- Próxima
- Neutra
- Distante
- Muito distante

Indique, por favor, o **número de pessoas** que viviam consigo durante a infância (1 corresponde apenas ao próprio participante): _____

Indique, por favor, o número total de **irmãos**: _____

Desses, qual o número de irmãos **mais velhos**: _____

Por favor, indique a **região** onde passou a infância:

- Urbana (cidade)
- Semiurbana (periferia de uma cidade)
- Rural (zona rural ou aldeia)
- Suburbana (área residencial nos arredores de uma cidade)
- Outro (especificar): _____

Por favor, indique se passou a sua infância...

- Em Portugal
- Fora de Portugal (especificar): _____

Existem detalhes relacionados com a sua vivência familiar durante a infância que considera significativos partilhar que não foram questionados? Sinta-se à vontade para incluir informações sobre dinâmicas familiares, influências culturais ou qualquer outro aspeto que considere relevante para compreender melhor o seu contexto familiar. Resposta aberta

Apêndice F - Comparação entre a distribuição original dos itens do questionário AMoFiC original e a distribuição na versão portuguesa

Fator 1 - Orientação alimentar saudável	Fator original
Item01 Os meus pais asseguravam que eu não comia demasiados alimentos ricos em gordura	F1: Restrições
Item04 Os meus pais conversavam comigo sobre o valor nutricional dos alimentos	F1: Restrições
Item13 Os meus pais mostravam-me o quanto apreciavam uma "alimentação saudável"	F1: Restrições
Item14 A maioria dos alimentos que os meus pais tinham em casa eram "saudáveis"	F2: Orientação alimentar saudável
Item15 Os meus pais envolviam-me no planeamento das refeições familiares	F2: Orientação alimentar saudável
Item16 Os meus pais deixavam-me ajudar na preparação das refeições familiares	F2: Orientação alimentar saudável
Item17 Quando era criança, tinha acesso a muitos "alimentos saudáveis" em cada refeição	F2: Orientação alimentar saudável
Item18 Os meus pais incentivavam-me a experimentar alimentos novos	F2: Orientação alimentar saudável
Item19 Os meus pais diziam-me que a "comida saudável" era saborosa	F2: Orientação alimentar saudável
Item20 Os meus pais incentivavam-me a participar nas compras de mercearia	F2: Orientação alimentar saudável
Item21 Os meus pais incentivavam-me a comer alimentos variados	F2: Orientação alimentar saudável
Item22 Os meus pais davam-me o exemplo de uma alimentação saudável, comendo eles próprios alimentos saudáveis	F2: Orientação alimentar saudável
Item31 Os meus pais prestavam atenção aos alimentos ricos em gordura que comia quando era criança?	F4: Monitorização
Item33 Os meus pais incentivavam-na/o a comer alimentos saudáveis antes dos não saudáveis?	F4: Monitorização
Fator 2 - Restrições	
Item02 Os meus pais encorajavam-me a comer menos para que eu não engordasse	F1: Restrições
Item03 Os meus pais davam-me porções pequenas de comida para controlar o meu peso corporal	F1: Restrições
Item05 Se eu comesse mais numa refeição, os meus pais tentavam diminuir as minhas porções de comida na refeição seguinte	F1: Restrições
Item06 Os meus pais restringiam os alimentos que me poderiam fazer ganhar peso	F1: Restrições
Item07 Os meus pais acreditavam que havia certos alimentos que eu não deveria consumir para prevenir o ganho de peso	F1: Restrições
Item08 Os meus pais limitavam os doces e sobremesas quando me portava mal	F1: Restrições
Item09 Os meus pais queriam ter a certeza que eu não comia em demasia os meus alimentos preferidos	F1: Restrições

Item10	Os meus pais não me deixavam comer entre refeições porque não queriam que eu ganhasse peso	F1: Restrições
Item12	Os meus pais colocavam-me frequentemente em dieta para controlar o meu peso	F1: Restrições
Item36	Quando ficava irrequieta/o, a primeira coisa que os seus pais faziam era dar-lhe algo para comer ou beber?	F5: Controlo da criança

Fator 3 - Monitorização

Item29	Os seus pais prestavam atenção aos doces que comia quando era criança?	F4: Monitorização
Item30	Os seus pais prestavam atenção aos petiscos salgados que comia quando era criança?	F4: Monitorização
Item32	Os seus pais prestavam atenção às bebidas açucaradas que bebia quando era criança?	F4: Monitorização
Item34	Os seus pais deixavam-na/o comer todos os alimentos que queria?	F5: Controlo da criança

Fator 4 - Pressão e recompensa alimentar

Item23	Os meus pais insistiam sempre para que eu terminasse de comer tudo o que tinha no prato	F3: Pressão e recompensa alimentar
Item24	Os meus pais ofereciam-me os meus alimentos preferidos em troca de bom comportamento	F3: Pressão e recompensa alimentar
Item25	Os meus pais ofereciam-me doces como recompensa por bom comportamento	F3: Pressão e recompensa alimentar
Item26	Os meus pais insistiam para que eu comesse mesmo quando eu lhes dizia que não estava com fome	F3: Pressão e recompensa alimentar
Item27	Se eu comesse uma porção pequena, os meus pais tentavam fazer com que eu comesse mais	F3: Pressão e recompensa alimentar
Item28	Após terminar uma refeição, os meus pais tentavam fazer com que eu comesse mais, mesmo que fosse apenas uma pequena quantidade	F3: Pressão e recompensa alimentar

Fator 5 - Controlo da criança

Item35	Os seus pais deixavam-na/o escolher os alimentos que queria de entre aqueles que estavam a ser servidos ao jantar?	F5: Controlo da criança
Item37	Quando não gostava do que estava a ser servido, os seus pais faziam-lhe outra coisa para comer?	F5: Controlo da criança
Item39	Os seus pais deixavam-na/o sair da mesa quando estava satisfeita/o, mesmo quando o resto da família ainda não tinha acabado de comer?	F5: Controlo da criança

**Práticas alimentares na infância e
comportamento alimentar na vida adulta**

Catarina Ferreira Batista

SEDE ADMINISTRATIVA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

