



**A preocupação e a perceção do peso dos filhos enquanto
determinantes das atitudes de controlo alimentar maternas**

Autora: Márcia Patrícia Reis Ribeiro

Orientador: Professor Doutor Victor Viana

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

Porto, 2015

A preocupação e a perceção do peso dos filhos enquanto determinantes das atitudes de controlo alimentar maternas

Maternal concerns and perceptions of their child weight as determinants of controlling feeding practices

Márcia Patrícia Reis Ribeiro

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

Orientador: Professor Doutor Victor Manuel da Conceição Viana

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Nutrição Clínica apresentada à Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

2015

Agradecimentos

Aos meus pais pelo apoio incondicional que sempre demonstraram na minha trajetória e em todas as minhas decisões.

Aos meus irmãos e irmã pelo carinho e admiração.

Ao meu Marco pelo amor, apoio, contribuição e muita paciência nesses últimos anos.

Ao meu orientador Professor Victor Viana pela preciosa ajuda, dedicação e tolerância que demonstrou para comigo.

A todos aqueles, que direta e indiretamente contribuíram e tornaram possível a realização deste trabalho.

Resumo

Introdução: Os pais exercem uma grande influência no comportamento alimentar dos filhos, o que condiciona os seus hábitos, escolhas e preferências alimentares. As atitudes de controlo parentais restritivas têm sido associadas a crianças com excesso de peso, contrariamente às atitudes de pressão para comer que estão mais relacionadas com crianças com baixo peso. Contudo, não apenas o peso da criança se associa às atitudes de controlo parental, mas também outros fatores, como a preocupação e a perceção dos pais em relação ao estado ponderal das crianças, devem ser tidos em conta nessa associação.

Objetivos: Investigar de que modo a perceção das mães sobre o peso dos filhos e a preocupação com o excesso de peso se associam e são determinantes das atitudes de controlo alimentar maternas e do estado ponderal dos filhos.

Amostra e Metodologia: Estudo transversal com 297 crianças dos 7 aos 12 anos de idade e as respetivas mães. As crianças foram pesadas e medidas e avaliado o seu estado ponderal. Utilizou-se o z score do IMC classificado pelas curvas de crescimento da OMS. As mães responderam ao Questionário Alimentar para Crianças. Foram avaliadas as atitudes de controlo alimentar: restrição, pressão para comer e monitorização. Foi ainda avaliada a preocupação da mãe com o excesso de peso do filho assim como a sua perceção do peso da criança.

Resultados: O aumento de peso das crianças foi associado a valores mais elevados de restrição e valores mais baixos de pressão para comer. As mães tendem a subestimar o peso dos filhos e a maioria percebe-os com menos peso do que o real. O aumento do nível de preocupação materna apresenta uma relação linear com as atitudes restritivas, sendo que a preocupação com o excesso de peso

é mediadora da relação entre a restrição e o estado ponderal da criança. As mães são mais restritivas com os filhos que são percebidos como obesos. Com os filhos com menos peso estas tendem a aumentar a pressão para comer. Contudo a percepção materna não foi mediadora da relação entre o IMC, a restrição e a pressão para comer. A restrição alimentar da mãe está associada com o aumento de peso das crianças e também se correlaciona com as atitudes restritivas.

Conclusão: A percepção e a preocupação materna com o peso da criança relacionam-se e interferem com as práticas de controlo alimentar. As atitudes de restrição não estão apenas associadas com o aumento de peso das crianças, tendem a ser uma consequência da preocupação materna com o excesso de peso dos filhos.

Palavras-Chave: Atitudes de controlo alimentar; Preocupação com excesso de peso; Percepção do peso da criança; IMC

Abstract

Introduction: Parents have a major influence on the eating behaviour of children, affecting their habits, choices and food preferences. Restrictive feeding practices have been associated with overweight children, in opposite, pressure to eat is more related to underweight children. However, not only the child's weight is associated to parental feeding practices, but also others factors such as parents concern and perception of their children weight status should be considered in this association.

Objectives: To investigate how maternal perception of their child's weight and concern about overweight are associated and are determinants of maternal feeding practices and children weight status.

Participants and Methods: Cross-sectional study with 297 children from 7 to 12 years old and their respective mothers. Children were weighted, measured and their weight status was assessed. We used body mass index z scores classified by WHO growth charts. Mothers responded to the Child Feeding Questionnaire, classifying their controlling feeding practices in restrictive, pressure to eat and monitoring. We also evaluated maternal concern about children overweight as well as their perception of the child's weight.

Results: Increases in children weight was associated with higher levels of restriction and lower scores of pressure to eat. Mothers tend to underestimate their children weight and the majority perception with less weight than real. Higher scores in maternal concern's shows a linear trend with restrictive practices and concern about overweight fully mediate the relationship between restriction and child's weight status. Mothers are more restrictive with their children when they perception with obesity. Children with less weight mothers tend to increase the pressure to eat,

however maternal perception did not mediate the association between BMI and pressure to eat and restriction. Maternal restrained eating is associated with children's weight gain and is also correlated with restrictive practices.

Conclusion: Maternal perceptions and concerns for the child's weight relate and interfere with controlling feeding practices. Restriction attitudes are not only associated with children increased weight but tend to be a consequence of maternal concern about overweight.

Keywords: Controlling feeding practices; Concern about overweight; Perception of child weight; BMI

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrônimos

CFQ Questionário Alimentar para Crianças

DEBQ Questionário Holandês do Comportamento Alimentar

DP Desvio-padrão

OMS Organização Mundial de Saúde

IMC Índice de Massa Corporal

n Número de participantes/ frequência absoluta

p Nível de significância crítico para rejeição da hipótese nula

SPSS Statistical Package for the Social Sciences

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract	vi
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	viii
Lista de Figuras	x
Lista de Tabelas	x
1 Introdução	11
2 Objetivos	15
2.1 Objetivos globais	15
2.2 Objetivos específicos	15
3 Metodologia	16
3.1 Participantes	16
3.2 Métodos	16
3.3 Procedimentos e Análise Estatística	18
4 Resultados	21
5 Discussão	27
6 Bibliografia	32
7 Índice de anexos	36

Lista de Figuras

Figura 1: Atitudes de controlo alimentar maternas em função do estado ponderal da criança.....	22
---	----

Lista de Tabelas

Tabela 1: Caracterização da amostra	21
Tabela 2: Perceção e preocupação materna com o excesso de peso em função do estado ponderal das crianças.....	23
Tabela 3: Médias das atitudes de controlo alimentar maternas em função da perceção do peso e da preocupação com o excesso de peso dos filhos.....	24
Tabela 4: Correlações (ρ de Pearson) entre o z-score do IMC e as atitudes de controlo alimentar, a preocupação e a perceção com o peso da criança e a restrição alimentar materna.....	25
Tabela 5: Modelo de regressão linear do efeito da preocupação e perceção do peso da criança na relação entre o z-score do IMC e a pressão para comer e a restrição.....	26

1 Introdução

A alimentação das crianças é determinada por fatores biológicos, psicossociais, familiares e económicos. Os pais exercem uma grande influência no comportamento alimentar dos filhos, o que condiciona os seus hábitos, escolhas e preferências alimentares (1-3). Os seres humanos nascem com uma capacidade inata de autorregulação da sua ingestão energética diária, através dos estímulos internos de fome e saciedade (1, 3, 4). As experiências alimentares na infância são modeladas pelo acesso, disponibilidade e padrão alimentar familiar (5, 6). A influência dos pais na alimentação dos filhos leva frequentemente a menor capacidade de regulação da ingestão alimentar, menor sensibilidade aos estímulos internos associada ao desequilíbrio entre as necessidades e a ingestão que tem muitas vezes como consequência o excesso de peso e a obesidade das crianças (2, 3, 7).

Os pais influenciam o comportamento alimentar dos filhos desde logo através das suas escolhas nas compras para casa, das atitudes, preferências e comportamentos face à sua alimentação, através das normas que promovem em casa e atitudes face à alimentação dos filhos, designadas como atitudes de controlo alimentar (2, 3, 5).

Entre as atitudes mais investigadas e descritas na literatura destaca-se: o controlo restritivo, que implica a limitação e exclusão dos alimentos considerados mais energéticos e menos saudáveis; a pressão para comer, que impõe um aumento do consumo geral e em particular o maior consumo de vegetais e dos alimentos tidos como mais saudáveis; e a monitorização que é considerada uma

atitude de vigilância e de controlo discreto, que implica uma observação mais atenta aos hábitos alimentares dos filhos (2, 8).

O controlo excessivo e as atitudes restritivas são dois dos condicionantes que, ao longo do crescimento interferem com a capacidade inata de auto regulação, que implica ajustar a ingestão calórica diária às necessidades da criança. Na medida em que as atitudes rígidas, particularmente a restrição, prejudicam esta capacidade, têm como consequência, maior ingestão calórica, preferência por alimentos proibidos, ganho de peso e obesidade, maior frequência de prática de dietas restritivas e maior prevalência de perturbações alimentares (3, 4). Permitir que a criança relacione a sensação de fome com o início da refeição e o parar de comer com a sensação de saciedade, leva a que aprenda a comer com moderação (2, 9).

A relação entre o estado ponderal das crianças e as atitudes de controlo alimentar parental não é linear e ainda é um assunto controverso (10). Em geral a investigação demonstra a pressão para comer está associada com um índice de massa corporal mais baixo dos filhos (11, 12), mas, pode levar a um aumento da ingestão alimentar porque as crianças são pressionadas a comerem para além da sua saciedade (13, 14). As atitudes restritivas, em muitos estudos, relacionam-se com o aumento de peso das crianças (12, 15, 16). Os pais, ao restringirem a ingestão e os alimentos menos saudáveis, focam a atenção e o desejo das crianças em mais comida e no consumo dos alimentos “proibidos” que por consequência, passam a ser os seus preferidos, o que pode levar ao aumento de peso (14, 17).

Tem sido questionado se as atitudes de controlo parental são causa ou consequência do peso dos filhos. Embora não exista uma relação consistente, tende-se a assumir que são as atitudes dos pais, principalmente de restrição e pressão para comer, que afetam o peso das crianças (18, 19). Contudo, também pode ser o peso do filho ou a perceção dos pais das características físicas do filho, que influenciaria as atitudes de controlo parental com o intuito de melhorar a sua saúde e bem-estar (20-22). Neste caso a perceção materna estaria associada e afetaria a relação do peso dos filhos com as atitudes de controlo alimentar. Os pais ao perceberem que o filho tem baixo peso e/ou pouco apetite teriam como atitude o aumento da sua ingestão alimentar. Contrariamente, quando consideram que o filho tem excesso de peso, os pais tomariam atitudes de maior restrição alimentar para evitar a perpetuação do ganho de peso (21, 23).

A perceção dos pais em relação ao peso do filho nem sempre corresponde à realidade, muitas vezes os pais das crianças com excesso de peso consideram os filhos com peso adequado. Embora a perceção dos pais por si só não afete as atitudes de controlo alimentar, quando se associa este aspeto com a preocupação com o peso em excesso então é de esperar que o efeito dos dois fatores se reflita nas atitudes de controlo alimentar (24-26). Estudos sobre a perceção dos pais referem que o que mais influencia as atitudes de restrição e controlo alimentar é a preocupação do filho ter obesidade no futuro. Essa preocupação tende a ser maior em relação às filhas do que aos filhos (24, 27). As mães que estão mais preocupadas com o excesso de peso dos filhos diminuem a pressão para que estes comam e restringem ou controlam mais a sua ingestão alimentar. Quando o estado ponderal dos filhos é mais baixo as

mães não mudam as suas atitudes (27). Grimmett e col. (28) observaram que os pais ao serem confrontados com a informação de que os filhos tinham peso em excesso adotaram atitudes mais restritivas para evitar o consumo de alimentos menos saudáveis e mais calóricos. Estes estudos sugerem que a percepção e a preocupação materna relacionam-se e interferem com as práticas de controlo alimentar, e conseqüentemente, refletem-se no peso das crianças.

Também o estilo alimentar das mães influencia as suas atitudes de controlo da ingestão dos filhos (29). Por estilo alimentar entende-se o comportamento alimentar categorizado segundo as seguintes dimensões: restrição alimentar, em que a pessoa restringe ou evita o consumo de alimentos mais calóricos e come menos do que sente vontade envolvendo-se frequentemente em dietas para perder peso; ingestão emocional, em que diferentes estados emocionais como estar triste, irritado ou ansioso levam a comer em excesso; ingestão externa, quando a ingestão é determinada por fatores extrínsecos aos alimentos tais como o aspeto e o aroma e o contexto social, como o ver outros a comer (29, 30). De acordo com a investigação, as mães que apresentam uma maior restrição alimentar também tendem a ser mais restritivas e controladoras em relação a alimentação dos filhos (31).

2 Objetivos

2.1 Objetivos globais

Investigar de que modo a perceção das mães sobre o peso dos filhos e a preocupação com o excesso de peso se associam e são determinantes das atitudes de controlo alimentar maternas e do estado ponderal dos filhos; verificar a relação entre a restrição alimentar materna e as atitudes de controlo alimentar.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar o estado ponderal dos filhos.
- Conhecer as atitudes de controlo alimentar das mães;
- Avaliar a preocupação das mães com o peso dos filhos;
- Avaliar a perceção das mães do peso dos filhos;
- Conhecer os níveis de restrição cognitiva alimentar das mães;

3 Metodologia

3.1 Participantes

Trata-se de um estudo transversal realizado com uma amostra de conveniência, que foi obtida, na sua maioria em cinco Agrupamentos Escolares, com alunos do 3º e 4º anos do 1º Ciclo do Ensino Básico, sendo três do Porto e dois de Paços de Ferreira. Nesta amostra também foram incluídos participantes de contexto clínico, crianças e jovens com excesso de peso e obesos que vinham pela primeira vez a uma consulta por essa razão.

Foram incluídas as crianças que se encontravam na sala de aula no período da avaliação, sem doenças crónicas identificadas (exceto obesidade), cujas idades eram iguais ou superiores a 7 anos e iguais ou inferiores a 12 anos, e as respetivas mães. Foram excluídos os casos com dados incompletos.

Na investigação participaram 297 crianças, das quais 149 (50,2%) eram do sexo feminino.

3.2 Métodos

- Questionário Demográfico. Este questionário foi utilizado com o objetivo de fazer uma caracterização da amostra, com os dados de idade e escolaridade dos alunos e da mãe, relativamente à idade, escolaridade e profissão.

- Questionário Alimentar para Crianças – CFQ (32). Este questionário foi respondido pelas mães a propósito do comportamento alimentar dos seus filhos. Avalia, entre outros, a perceção e a preocupação das mães com o peso dos filhos

e as suas atitudes de controlo parental. A versão usada no estudo está validada para a população portuguesa (33).

Para a investigação foram utilizados os itens que compõem as subescalas: percepção do peso da criança e preocupação com o excesso de peso da criança. Para avaliar a percepção das mães acerca do peso dos filhos, as opções de resposta eram “baixo peso acentuado”, “baixo peso”, “na média”, “excesso de peso” e “excesso de peso acentuado”, de acordo com os diferentes períodos de tempo de vida da criança começando com o primeiro ano de vida até ao 6º-8º ano de escolaridade. No item sobre a preocupação das mães com o excesso de peso dos filhos tinham que responder sobre a sua apreensão com a quantidade exagerada de alimentação dos filhos, com a necessidade de fazer dieta e com a eventualidade do filho vir a ter sobrepeso. As respostas eram “totalmente despreocupada”, “ligeiramente despreocupada”, “neutro”, “ligeiramente preocupada” e “preocupada”.

As atitudes de controlo parental são avaliadas através de três subescalas: Atitudes Restritivas (oito questões), Pressão para comer (quatro questões) e Monitorização (três questões). As opções de respostas eram “discordo”, “discordo ligeiramente”, “neutro”, “concordo ligeiramente” e “concordo” para as subescalas de Restrição e Pressão para comer e para a Monitorização as opções eram “nunca”, “raramente”, “por vezes”, “muitas vezes” e “sempre”.

- Subescala de Restrição Alimentar do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar – DEBQ (34). Este questionário, de administração direta, permite avaliar o comportamento alimentar em três dimensões: Restrição Alimentar (10 itens), Ingestão Emocional (13 itens) e Ingestão Externa (10 itens).

Nesta investigação foram utilizadas apenas as respostas da subescala de Restrição Alimentar que é avaliada através de uma escala de 5 pontos. A versão utilizada foi já validada para a população portuguesa (35).

- Avaliação Antropométrica. Todas as crianças e jovens foram pesados e medidos de acordo com os procedimentos internacionalmente definidos. Posteriormente foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) de acordo com a fórmula de Quetelet (kg/m^2) (36) e os respetivos z-score classificados segundo as Curvas de Crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2007 para crianças e adolescentes. A classificação do z-score do IMC para esta faixa etária é: baixo peso entre os valores de -2 a -1 z-score, peso adequado, de -1 a +1 z-score, sobrepeso de +1 a +2 z-score e valores superiores a +2 z-score é classificado como obesidade (37).

Como proposto por Webber e col. (20) e utilizado por Viana e col. (33), de modo a tornar a amostra homogénea pelos grupos de peso, o grupo dos normo-ponderais foi dividido em dois subgrupos: os normais-leves, com as crianças cujo percentil de IMC era igual ou menor a 50, foram integrados também nesse conjunto as crianças com baixo peso devido ao número reduzido na amostra e os normais-pesados com os que apresentavam um IMC entre os percentis 50 e 85.

3.3 Procedimentos e Análise Estatística

Foi obtida a autorização da Direção dos Agrupamentos Escolares e foram cumpridos os critérios do consentimento informado assinado pelas mães.

Para caracterizar a percepção materna sobre o peso da criança foi utilizada a resposta com a idade mais atual da criança, sendo que não houve nenhuma mãe que classificasse o filho com baixo peso acentuado, os resultados tem apenas 4 categorias.

A análise estatística foi realizada através do programa de estatística SPSS versão 21.0; SPSS, Inc., Chicago, IL. Foram realizadas a análise descritiva, a análise comparativa e a análise associativa, recorrendo ao estudo das correlações e da regressão (análise mediacional). Em todos os casos foi considerado o valor de $p \leq 0.05$ como o indicador de significância estatística.

Na análise da percepção materna sobre o peso da criança e a preocupação com o excesso de peso em função do estado ponderal da criança foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis dado que as duas primeiras variáveis se referem a frequências.

Para estudar a relação das atitudes de controlo alimentar e da restrição alimentar da mãe com o estado ponderal da criança utilizou-se a análise de variância univariada (ANOVA). Este teste também foi usado no estudo da relação entre as três atitudes de controlo alimentar e a percepção materna do peso da criança assim como a preocupação com excesso de peso da criança.

Para investigar o modo como a percepção e a preocupação com o excesso de peso interferiam (efeito mediador) na relação do z-score do IMC da criança (preditor/variável independente) com as atitudes de controlo alimentar (variável dependente) foi utilizada a análise de regressão linear. Esta análise pretende avaliar de que modo uma variável é mediadora na relação entre outras duas variáveis. Um dos passos para a análise mediacional é a realização de

correlações (ρ de Pearson) para observar que variáveis estão significativamente correlacionadas, de modo a entrarem no modelo de regressão linear. Um outro passo é confirmar que a variável independente é preditora da variável dependente, ou seja, se o z-score de IMC da criança se relaciona com as atitudes de controlo alimentar. O terceiro passo é confirmar que a variável independente também é preditora do mediador, isto é, o z-score do IMC da criança é preditor das variáveis perceção e preocupação maternas com o excesso de peso da criança. Por último, investigar se o mediador é preditor da variável dependente, enquanto controla a variável independente. Estes procedimentos (análise mediacional) foram propostos por Baron e Kenny (38) e seguidos por Webber e col. (20) numa investigação com objetivos parcialmente idênticos aos nossos.

4 Resultados

No que diz respeito aos dados das mães, 12 não responderam quanto à sua idade e escolaridade, pelo que estes elementos não são apresentados. O número de participantes dos sexos masculino e feminino foi muito similar. Os rapazes tinham um IMC ligeiramente superior ao das raparigas, não tendo a diferença significado estatístico. Segundo a classificação do IMC, 48,1% das crianças apresentava um peso adequado, classificados como normais-leves e normais-pesados. Do total, 51,9%, ou seja, a maioria, tinham sobrepeso ou obesidade (tabela 1).

Tabela 1: Caracterização da amostra

	N (%)	Média ± SD
Características maternas		
Idade (anos)	285	38,02 ± 4,99
Escolaridade	285	8,77 ± 3,79
Características das crianças		
Sexo	297	
Masculino	148 (49,8%)	
Feminino	149 (50,2%)	
Idade (anos)	297	9,37 ± 1,14
Escolaridade	297	3,86 ± 1,02
IMC		
Masculino	148	19,87 ± 4,73
Feminino	149	19,23 ± 4,49
Classificação do IMC		
Normais-leves	71 (23,9%)	
Normais-pesados	72 (24,2%)	
Sobrepeso	73 (24,6%)	
Obesidade	81 (27,3%)	

De acordo com a análise de variância univariada (ANOVA), as atitudes de controlo alimentar maternas restrição e pressão para comer distribuem-se de modo significativo em função dos grupos de estado ponderal das crianças ($p < 0.001$). A restrição alimentar da mãe também teve significado estatístico quando distribuída pela classificação do IMC das crianças ($p = 0.004$) (figura1).

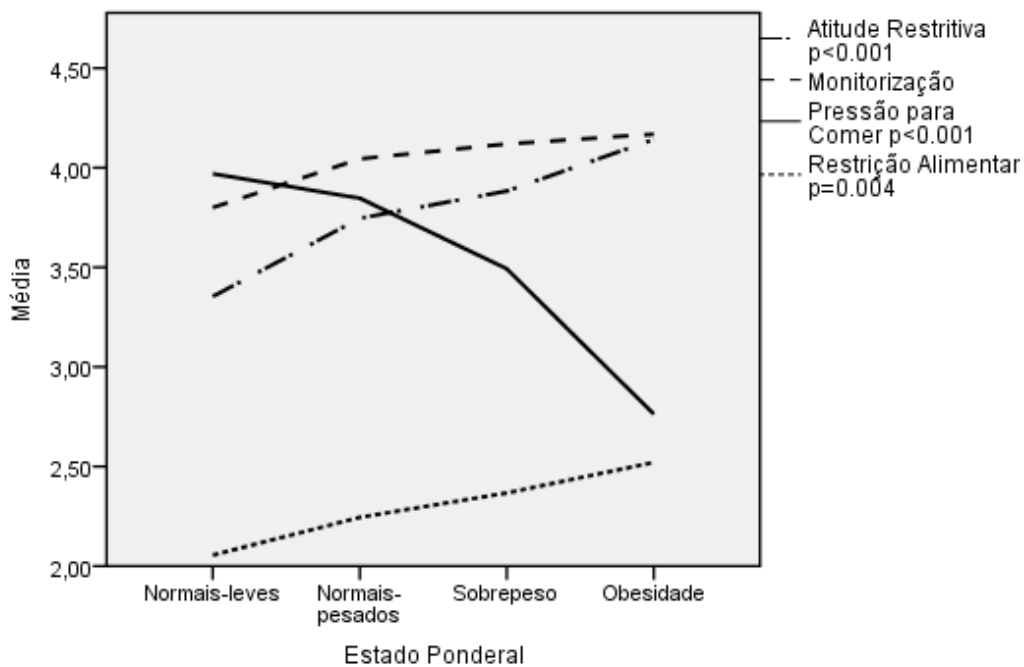


Figura 1: Atitudes de controlo alimentar maternas em função do estado ponderal da criança

Verificamos que as mães mostram uma perceção do peso do filho que não é totalmente sobreponível à categorização das crianças, de acordo com o IMC avaliado, nos quatro grupos de peso. Relativamente à preocupação da mãe sobre o excesso de peso do filho, observa-se que as mães despreocupadas tendem a ser aquelas cujos filhos são categorizados como normais-leves e normais-pesados. Pelo contrário, as que mais se preocupam são as que os filhos são classificados como sobrepeso e obesidade. A associação destas duas variáveis

com o estado ponderal das crianças quando analisada com o teste de Kruskal-Wallis mostra-se estatisticamente significativa (tabela 2).

Tabela 2: Percepção e preocupação materna com o excesso de peso em função do estado ponderal das crianças.

	Classificação do IMC da criança				p
	Normais leves n=71	Normais pesados n=72	Sobrepeso n=73	Obesidade n=81	
Percepção materna do peso da criança	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	0.000
Baixo peso (n=26)	19 (26.8)	4 (5.6)	1 (1.4)	2 (2.5)	
Na média (n=202)	48 (67.6)	65 (90.3)	61 (83.5)	28 (34.6)	
Excesso de peso (n=58)	4 (5.6)	3 (4.2)	10 (13.6)	41 (50.6)	
Obesidade (n=11)	-	-	1 (1.4)	10 (12.3)	
Preocupação materna com excesso de peso da criança	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	0.000
Totalmente Despreocupada (n=56)	25 (35.2)	21 (29.2)	6 (8.2)	4 (4.9)	
Ligeiramente Despreocupada (n=40)	17 (23.9)	9 (12.5)	10 (13.7)	4 (4.9)	
Neutro (n=58)	14 (19.7)	21 (29.2)	15 (20.5)	8 (9.9)	
Ligeiramente Preocupada (n=82)	12 (16.9)	16 (22.2)	24 (32.9)	30 (37.0)	
Preocupada (n=61)	3 (4.2)	5 (6.9)	18 (24.7)	35 (43.2)	

Podemos observar na tabela 3 que de acordo com a análise de variância univariada (ANOVA), as atitudes de controlo alimentar se associam de modo linear a percepção do peso ($p= 0.000$), com exceção da monitorização. No que diz respeito a preocupação com o excesso de peso, esta se associa a todas as atitudes de controlo alimentar.

Tabela 3: Médias das atitudes de controlo alimentar maternas em função da percepção do peso e da preocupação com o excesso de peso dos filhos

	Pressão para comer	Atitude Restritiva	Monitorização
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Percepção materna do peso da criança	^a	^a	
Baixo peso (n=26)	4.03 (1.01)	3.03 (1.16)	3.65 (1.20)
Na média (n=202)	3.69 (0.95)	3.75 (0.88)	4.06 (0.91)
Excesso de peso (n=58)	2.76 (1.16)	4.10 (0.82)	4.10 (0.93)
Obesidade (n=11)	2.39 (1.17)	4.52 (0.54)	4.21 (0.90)
Preocupação com excesso de peso da criança	^b	^a	^a
Totalmente Despreocupada (n=56)	3.87 (1.05)	3.15 (1.05)	3.49 (1.19)
Ligeiramente Despreocupada (n=40)	3.69 (1.05)	3.24 (0.93)	3.73 (1.10)
Neutro (n=58)	3.54 (1.13)	3.85 (0.78)	4.10 (0.89)
Ligeiramente Preocupada (n=82)	3.39 (1.03)	4.06 (0.72)	4.11 (0.69)
Preocupada (n=61)	3.09 (1.11)	4.30 (0.70)	4.58 (0.56)

^a p=0.000

^b p=0.002

Como primeiro passo da análise mediacional estudaram-se as correlações entre o z-score de IMC, as atitudes de controlo alimentar, a restrição alimentar da mãe, a preocupação e a percepção maternas do peso da criança (tabela 4). Verificamos que o z-score do IMC está relacionado mais fortemente com todas as variáveis ($p < 0.001$), com exceção da monitorização cujo $p < 0.05$, logo, esta variável não foi considerada para entrar no modelo de regressão linear. A percepção materna também está associada com a pressão para comer e com a atitude restritiva, enquanto a preocupação se relaciona com todas as atitudes de controlo alimentar e a restrição alimentar da mãe. Das três atitudes de controlo alimentar a restrição é que se correlaciona mais com a restrição alimentar materna.

Tabela 4: Correlações (ρ de Pearson) entre o z-score do IMC e as atitudes de controlo alimentar, a preocupação e a perceção com o peso da criança e a restrição alimentar materna

	Z-score IMC	Monitorização	Pressão para comer	Atitude restritiva	Perceção do peso	Preocupação com excesso de peso
Z-score IMC	-					
Monitorização	0.13*	-				
Pressão para comer	-0.39**	0.06	-			
Atitude restritiva	0.30**	0.41**	0.02	-		
Perceção do peso	0.47**	0.11	-0.27**	0.23**	-	
Preocupação com excesso de peso	0.47**	0.35**	-0.23**	0.46**	0.33**	-
Restrição alimentar da mãe	0.22**	0.10	-0.13*	0.19**	0.11	0.24**

**p<0.01

* p<0.05

De acordo com a análise mediacional pode-se observar que a preocupação com o excesso de peso é mediador da relação do z-score do IMC com a atitude restritiva, uma vez que o mediador controla a variável independente perdendo o significado estatístico ($\beta=0.108$, $p>0.05$). Em relação a perceção do peso, embora diminua o efeito sobre o z-score de IMC tanto para a atitude restritiva quanto para a pressão para comer, o valor de p ainda é significativo (tabela 5). Procuramos verificar a influência das atitudes restritivas e da preocupação com o excesso de peso na associação entre a restrição alimentar da mãe e o z-score de IMC da criança. Verifica-se na tabela 5 que o valor de p continua a ser significativo, o que nos permite concluir que o efeito dos mediadores é negligenciável.

Tabela 5: Modelo de regressão linear do efeito da preocupação e percepção do peso da criança na relação entre o z-score do IMC e a pressão para comer e a restrição

Variável independente	Variáveis dependentes							
	Mediador	Atitude restritiva			Pressão para comer			
		β	p	R ²	β	p	R ²	
Z score IMC da criança	-	0.303	0.000	0.092	-0.396	0.000	0.157	
	Percepção do peso	0.249	0.000	0.102	-0.344	0.000	0.166	
	Preocupação com excesso de peso	0.108	0.067	0.222	-0.369	0.000	0.159	
		Z score IMC da criança						
	Mediador	β	p	R ²				
Restrição alimentar da mãe	-	0.228	0.000	0.052				
	Atitude restritiva	0.179	0.002	0.114				
	Preocupação com excesso de peso	0.119	0.030	0.243				

5 Discussão

A nossa amostra é composta na maioria por crianças com sobrepeso ou obesidade de acordo com o IMC. Estes dados corroboram os da União Europeia que classificaram Portugal como um dos países da Europa com maior índice de obesidade infantil (39). De acordo com a OMS 1 em cada 3 crianças com 11 anos tinham excesso de peso, sendo que nos dados de Portugal a prevalência do sobrepeso nesta faixa etária era de 32% e no caso dos adolescentes de 13 anos 25% apresentam excesso de peso (40).

O nosso estudo encontrou uma associação entre o aumento do estado ponderal das crianças e as atitudes restritivas e a restrição alimentar da mãe. Em relação a pressão para comer, valores mais elevados desta variável estão associados a crianças com baixo IMC. Estes resultados corroboram outros da literatura que também encontraram a mesma relação entre o peso das crianças e as atitudes de controlo alimentar (11, 14, 41).

Num estudo prospetivo os autores concluíram que a restrição dos pais e a pressão para comer podem estar relacionadas com o aumento do peso das crianças e com os hábitos alimentares obesogénicos (42).

A perceção da mãe do peso do filho foi na maior parte dos casos subestimado, uma vez, que estas tendem a percecionarem os filhos com menos peso do que o real, especialmente, numa amostra maioritariamente composta por crianças com sobrepeso e obesidade. Outros estudos também observaram esta distorção entre a perceção materna e o peso real das crianças, com os pais geralmente a subestimarem o peso dos filhos (22, 23, 27). Devido ao número de

crianças com excesso de peso ter aumentado drasticamente, esta condição tornou-se “normalizada”, sendo que as mães têm mais dificuldade em perceberem o peso excessivo do filho. Outra hipótese é que os estereótipos das crianças com obesidade apresentados nos mídia são de casos extremos de excesso de peso o que pode levar as mães a terem uma visão distorcida e não terem a capacidade de avaliar adequadamente o sobrepeso dos filhos. As mães também tendem a negar a obesidade dos filhos e não admitem que os mesmos estão com peso em excesso, uma vez que ao admitir que o filho tem obesidade surge um sentimento de culpa e de responsabilização.

Encontramos que mesmo tendo uma percepção distorcida do peso dos filhos existe uma tendência das mães a serem mais restritivas com os filhos que são percebidos com obesidade, contrariamente à pressão para comer onde a relação é oposta, ou seja, as mães são mais propensas a pressionar mais os filhos a comer quando consideram que estão com baixo peso. Em relação a preocupação com o excesso de peso as mães mais preocupadas pressionam menos os filhos, contudo quanto mais aumenta o nível de preocupação materna também aumenta as atitudes restritivas e a monitorização.

A nossa investigação confirma que a preocupação materna com o peso da criança é mediadora da relação entre as atitudes restritivas e o estado ponderal da criança. Podemos observar que o fator que mais influencia as mães a serem restritivas é a sua preocupação com o excesso de peso do filho mais do que o seu peso real. Noutros dois estudos sobre o papel da preocupação materna com o peso da criança e o seu IMC também foi encontrada uma relação significativamente estatística entre estes dois fatores (15, 24).

Webber e col. (20) descreveram resultados similares aos nossos uma vez que também a percepção materna não foi preditora do IMC da criança em relação as atitudes restritivas e a pressão para comer. Contudo, podemos inferir que na nossa pesquisa esta variável não seja determinante das atitudes de controlo alimentar devido ao fato das mães terem uma percepção inadequada do peso dos filhos. Apenas 13,6% e 12,3% das mães das crianças com sobrepeso e obesidade, respetivamente, classificaram corretamente o peso do filho.

As mães, mesmo das crianças normoponderais já se mostram ligeiramente preocupadas com o excesso de peso o que parece condicionar as suas atitudes de controlo alimentar. Estas mães tendem a ser mais restritivas e evitam que os filhos consumam alimentos que consideram ser mais calóricos e menos saudáveis, com o objetivo de controlar o ganho de peso da criança. Uma explicação para que as mães sejam mais preocupadas com o peso excessivo das crianças poderá ser que nos media frequentemente a obesidade é abordada realçando as graves consequências para a saúde desta patologia.

Numa amostra de crianças em idade pré-escolar os resultados indicavam que os pais demonstravam maior preocupação dos filhos virem a ter excesso de peso em relação à preocupação com o sobrepeso atual. Os autores concluíram que os pais não se preocupavam tanto com o excesso de peso atual, uma vez que, nesta faixa etária, acreditavam que as crianças com mais peso estavam mais bem nutridas (24).

No estudo de Gregory e col. (12), a preocupação com o baixo peso foi preditor da atitude de pressão para comer enquanto a restrição teve uma forte relação com a preocupação materna com o excesso de peso. Nesta pesquisa o IMC da

criança não foi significativamente preditor das duas atitudes de controlo alimentar, o que sugere que as mães não são influenciadas pelo peso real do filho quando usam estas atitudes de controlo alimentar.

Numa pesquisa longitudinal onde se avaliou crianças aos 9 anos e depois aos 12 anos, os autores encontraram uma correlação significativa e positiva entre a mudança de z score de IMC no grupo dos meninos com a preocupação e perceção materna com o peso da criança. Em ambos os grupos foi realizado múltiplas análises de regressão com o z-score de IMC aos 12 anos e foi significativo para as variáveis preocupação e perceção do peso da criança. Estes resultados sugerem e reforçam a hipótese de que a preocupação com o peso e a perceção materna se relacionam e interferem mais no estado ponderal das crianças do que as atitudes de controlo alimentar (43).

Num estudo comparativo realizado em França e nos Estados Unidos com 219 pais e respetivos filhos em idade pré-escolar, os autores encontraram uma associação entre as atitudes restritivas e a perceção do peso da criança. Especialmente entre os pais franceses, foram observadas associações positivas entre os níveis de monitorização e de restrição e o desejo de terem filhos mais magros. Nesta investigação, a preocupação dos pais com o excesso de peso dos filhos também se correlacionou com o aumento das atitudes restritivas, fossem estas por motivos de saúde ou de controlo de peso (44).

No que se refere à influência da restrição alimentar da mãe Brown e Lee (45) observaram que as mães com valores mais elevados de restrição alimentar, ingestão emocional e ingestão externa também apresentavam médias mais elevadas no controlo restritivo, na monitorização e na preocupação com o peso

da criança. Os nossos resultados coincidem com algumas dessas associações. Verificamos que a restrição alimentar da mãe se associa ao estado ponderal dos filhos, às atitudes restritivas e à preocupação com o excesso de peso. No entanto, controlando o efeito mediador das atitudes restritivas e da preocupação com o excesso de peso na relação entre a restrição da mãe e o z-score do IMC da criança, os resultados não foram significativamente diferentes. Se o controlo restritivo e a preocupação com o excesso de peso não são mediadores relevantes desta associação, ela fica por explicar. A literatura sugere que as mulheres mais restritivas são as que apresentam IMC mais elevado, e.g. Viana e Sinde (35). Embora não tenha sido alvo deste estudo, a bibliografia mostra que o IMC das mães e dos filhos estão altamente correlacionados (15). Assim, a associação entre a restrição alimentar da mãe e o z-score do IMC dos filhos poderá ser atribuída a forte correlação da primeira e o IMC da mãe, e deste com o estado ponderal dos filhos.

Esta investigação apresenta algumas limitações. Uma destas é o fato da nossa amostra não ser aleatória, não permitindo assim, a generalização dos resultados. Outra é a característica transversal do estudo que não possibilita estabelecer uma relação causal explícita. Serão necessários estudos longitudinais que permitam determinar relações de causa-efeito entre as variáveis.

Será relevante que se incluam em investigações neste domínio outros fatores como os efeitos das crenças e das preocupações das mães sobre a alimentação, de modo a serem identificadas atitudes mais adequadas de controlo alimentar que promovam uma nutrição e crescimento saudáveis para as crianças.

6 Bibliografia

1. Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*. 1998;101(3 Pt 2):539-49.
2. Birch LL, Davison KK. Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric clinics of North America*. 2001;48(4):893-907.
3. Viana V, Candeias L, Rego C, Silva D. Comportamento alimentar em crianças e controlo parental: Uma revisão da bibliografia. *Alimentação Humana*. 2009;15(1):9-16.
4. Cecil JE, Palmer CN, Wrieden W, Murrie I, Bolton-Smith C, Watt P, et al. Energy intakes of children after preloads: adjustment, not compensation. *The American journal of clinical nutrition*. 2005;82(2):302-8.
5. Scaglioni S, Salvioni M, Galimberti C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *The British journal of nutrition*. 2008;99 Suppl 1:S22-5.
6. Hearn MD, Baranowski T, Baranowski J, Doyle C, Smith M, Lin LS, et al. Environmental Influences on Dietary Behavior among Children: Availability and Accessibility of Fruits and Vegetables Enable Consumption. *Journal of Health Education*. 1998;29(1):26-32.
7. Patrick H, Nicklas TA. A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *Journal of the American College of Nutrition*. 2005;24(2):83-92.
8. Faith MS, Scanlon KS, Birch LL, Francis LA, Sherry B. Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obesity research*. 2004;12(11):1711-22.
9. Birch LL, Fisher JO, Davison KK. Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *The American journal of clinical nutrition*. 2003;78(2):215-20.
10. Farrow C, Blissett J, Haycraft E. Does child weight influence how mothers report their feeding practices? *International journal of pediatric obesity : IJPO : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2011;6(3-4):306-13.
11. Carnell S, Wardle J. Associations between multiple measures of parental feeding and children's adiposity in United Kingdom preschoolers. *Obesity (Silver Spring, Md)*. 2007;15(1):137-44.

12. Gregory JE, Paxton SJ, Brozovic AM. Pressure to eat and restriction are associated with child eating behaviours and maternal concern about child weight, but not child body mass index, in 2- to 4-year-old children. *Appetite*. 2010;54(3):550-6.
13. 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.
14. Keller KL, Pietrobelli A, Johnson SL, Faith MS. Maternal restriction of children's eating and encouragements to eat as the 'non-shared environment': a pilot study using the child feeding questionnaire. *International journal of obesity (2005)*. 2006;30(11):1670-5.
15. Gray WN, Janicke DM, Wistedt KM, Dumont-Driscoll MC. Factors associated with parental use of restrictive feeding practices to control their children's food intake. *Appetite*. 2010;55(2):332-7.
16. Moens E, Braet C. Predictors of disinhibited eating in children with and without overweight. *Behaviour research and therapy*. 2007;45(6):1357-68.
17. Montgomery C, Jackson DM, Kelly LA, Reilly JJ. Parental feeding style, energy intake and weight status in young Scottish children. *The British journal of nutrition*. 2006;96(6):1149-53.
18. Clark HR, Goyder E, Bissell P, Blank L, Peters J. How do parents' child-feeding behaviours influence child weight? Implications for childhood obesity policy. *Journal of public health (Oxford, England)*. 2007;29(2):132-41.
19. Farrow CV, Blissett J. Controlling feeding practices: cause or consequence of early child weight? *Pediatrics*. 2008;121(1):e164-9.
20. Webber L, Hill C, Cooke L, Carnell S, Wardle J. Associations between child weight and maternal feeding styles are mediated by maternal perceptions and concerns. *European journal of clinical nutrition*. 2010;64(3):259-65.
21. Towns N, D'Auria J. Parental Perceptions of Their Child's Overweight: An Integrative Review of the Literature. *Journal of Pediatric Nursing*. 2009;24(2):115-30.
22. Maynard LM, Galuska DA, Blanck HM, Serdula MK. Maternal perceptions of weight status of children. *Pediatrics*. 2003;111(5 Pt 2):1226-31.
23. Jaballas E, Clark-Ott D, Clasen C, Stolfi A, Urban M. Parents' Perceptions of Their Children's Weight, Eating Habits, and Physical Activities at Home and at School. *Journal of Pediatric Health Care*. 2011;25(5):294-301.
24. Campbell MW, Williams J, Hampton A, Wake M. Maternal concern and perceptions of overweight in Australian preschool-aged children. *The Medical journal of Australia*. 2006;184(6):274-7.

25. Etelson D, Brand DA, Patrick PA, Shirali A. Childhood obesity: do parents recognize this health risk? *Obesity research*. 2003;11(11):1362-8.
26. De La O A, Jordan KC, Ortiz K, Moyer-Mileur LJ, Stoddard G, Friedrichs M, et al. Do Parents Accurately Perceive Their Child's Weight Status? *Journal of Pediatric Health Care*. 2009;23(4):216-21.
27. May AL, Donohue M, Scanlon KS, Sherry B, Dalenius K, Faulkner P, et al. Child-feeding strategies are associated with maternal concern about children becoming overweight, but not children's weight status. *J Am Diet Assoc*. 2007;107(7):1167-75.
28. Grimmett C, Croker H, Carnell S, Wardle J. Telling parents their child's weight status: psychological impact of a weight-screening program. *Pediatrics*. 2008;122(3):e682-8.
29. Viana V, Sinde S. O Questionário Holandês do Comportamento Alimentar - DEBQ. In: Gonçalves MM, editor. *Avaliação psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa*. I: Quarteto; 2003. p. 99-112.
30. Wardle J, Sanderson S, Guthrie CA, Rapoport L, Plomin R. Parental feeding style and the intergenerational transmission of obesity risk. *Obesity research*. 2002;10(6):453-62.
31. Ventura AK, Birch LL. Does parenting affect children's eating and weight status? *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*. 2008;5:15.
32. 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.
33. Viana V, Franco T, Morais C, Almeida P, Silva D, Guerra A. Controlo alimentar materno e estado ponderal: resultados do questionário alimentar para crianças. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2012;13(2):298-310.
34. Van Strien T, Frijters JE, Bergers G, 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.
35. Viana V, Sinde S. Estilo alimentar: Adaptação e validação do questionário holandês do comportamento alimentar. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. 2003;8:59-71.
36. Garrow JS, Webster J. Quetelet's index (W/H²) as a measure of fatness. *International journal of obesity (2005)*. 1985;9:147-53.

37. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*. 2007;85(9):660-7.
38. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*. 1986;51(6):1173-82.
39. Lobstein T, Rigby N, Leach R. EU Platform on Diet, Physical Activity and Health. International Obesity Task Force EU Platform Briefing Paper (2009) Brussels 2005.
40. Europe WHO. Country profiles on nutrition, physical activity and obesity in the 53 WHO European Region Member States 2013. Available from: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/243337/Summary-document-53-MS-country-profile.pdf.
41. Francis LA, Hofer SM, Birch LL. Predictors of maternal child-feeding style: Maternal and child characteristics. *Appetite*. 2001;37(3):231-43.
42. Rodgers RF, Paxton SJ, Massey R, Campbell KJ, Wertheim EH, Skouteris H, et al. Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in young children: a prospective study. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*. 2013;10:24.
43. Mulder C, Kain J, Uauy R, Seidell JC. Maternal attitudes and child-feeding practices: relationship with the BMI of Chilean children. *Nutrition journal*. 2009;8:37.
44. de Lauzon-Guillain B, Musher-Eizenman D, Leporc E, Holub S, Charles MA. Parental Feeding Practices in the United States and in France: Relationships with Child's Characteristics and Parent's Eating Behavior. *Journal of the American Dietetic Association*. 2009;109(6):1064-9.
45. Brown A, Lee M. Maternal child-feeding style during the weaning period: association with infant weight and maternal eating style. *Eating behaviors*. 2011;12(2):108-11.

7 Índice de anexos

Anexo A – Questionário Alimentar para Crianças	37
--	----

Questionário Alimentar para Crianças (CFQ)

Um Instrumento para Avaliar
o Controlo Parental na Alimentação das Crianças

Leann L. Birch, Ph.D.
Susan L. Johnson, Ph.D.
Karen Grimm-Thomas
Jennifer O. Fisher, Ph.D.

The Pennsylvania State University

Tradução e adaptação Victor
Viana, Ph.D.

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da
Universidade do Porto

2008

INSTRUÇÕES:

Usando a escala em baixo, assinale, para cada questão, o número que melhor corresponde à sua resposta. **Por favor responda apenas acerca do seu filho que está no nosso estudo.**

	nunca	raramente	por vezes	muitas vezes	sempre
1. Quando a sua criança está em casa quantas vezes é responsável por alimentá-la?	1	2	3	4	5
2. Quantas vezes é responsável por decidir qual o tamanho da porção de comida da sua criança?	1	2	3	4	5
3. Quantas vezes é responsável por decidir se a sua criança comeu os alimentos adequados?	1	2	3	4	5

Usando a escala em baixo indique como **classificaria o seu próprio peso em cada um de quatro períodos de tempo** apresentados em baixo (por favor circule apenas um número para cada período).

	baixo peso acentuado	baixo peso na média	excesso de peso	excesso de peso acentuado	
4. A sua infância (dos 5 aos 10 anos)	1	2	3	4	5
5. A sua adolescência	1	2	3	4	5
6. Os seus 20 anos	1	2	3	4	5
7. Actualmente	1	2	3	4	5

INSTRUÇÕES:

Usando a escala em baixo, assinale como **classificaria o peso da sua criança em cada um dos períodos de tempo** apresentados em baixo (por favor circule apenas um número para cada período de tempo).

	baixo peso acentuado	baixo peso	na média	excesso de peso	excesso de peso acentuado
8. A sua criança durante o primeiro ano de vida	1	2	3	4	5
9. A sua criança na infância (1aos 3 anos)	1	2	3	4	5
10. A sua criança no Jardim-de-infância (dos 3 aos 4 anos)	1	2	3	4	5
11. A sua criança da pré-escola até ao 2º ano	1	2	3	4	5
12. A sua criança do 3º até ao 5º ano	1	2	3	4	5
13. A sua criança do 6º ao 8º ano	1	2	3	4	5

Usando a escala em baixo, por favor indique para cada questão o número que melhor corresponde à sua resposta. **Por favor responda apenas acerca do seu filho que está no nosso estudo.**

	totalmente des preocupada	ligeiramente des preocupada	neutro	ligeiramente preocupada	preocupada
14. Até que ponto a preocupa que a sua criança coma demais quando não está perto de si?	1	2	3	4	5
15. Até que ponto a preocupa que a sua criança tenha que fazer dieta para manter um peso desejável?	1	2	3	4	5
16. Até que ponto a preocupa que a sua criança fique com excesso de peso?	1	2	3	4	5

INSTRUÇÕES:

Usando a escala em baixo, por favor indique para cada questão o número que melhor corresponde à sua resposta. **Por favor responda apenas acerca do seu filho que está no nosso estudo.**

	discordo	discordo ligeiramente	neutro	concordo ligeiramente	concordo
17. Eu preciso de ter a certeza de que a minha criança não come demasiados <i>doces</i> (<i>rebuçados, gelados, bolos ou pastéis</i>).	1	2	3	4	5
18. Eu preciso de ter a certeza de que a minha criança não come demasiados <i>alimentos com elevado teor de gordura</i> .	1	2	3	4	5
19. Eu preciso de ter a certeza de que a minha criança não come demasiados <i>alimentos preferidos</i> .	1	2	3	4	5
20. Eu mantenho propositadamente alguns alimentos fora do alcance da minha criança.	1	2	3	4	5
21. Eu ofereço <i>doces</i> (<i>rebuçados, gelados, bolos ou pastéis</i>) à minha criança como recompensa por bom comportamento.	1	2	3	4	5
22. Eu ofereço à minha criança os seus <i>alimentos preferidos</i> em troca de bom comportamento.	1	2	3	4	5
23. Se eu não guiasse ou regulasse a ingestão da minha criança, ela comeria demasiada " <i>comida de plástico</i> ".	1	2	3	4	5
24. Se eu não guiasse ou regulasse a ingestão da minha criança, ela comeria demasiados <i>alimentos preferidos</i> .	1	2	3	4	5
25. A minha criança deverá comer sempre toda a comida que tem no prato.	1	2	3	4	5
26. Tenho que ter cuidado especial para ter a certeza que a minha criança come o suficiente.	1	2	3	4	5
27. Se a minha criança diz "eu não tenho fome", eu tento que ela coma mesmo assim.	1	2	3	4	5
28. Se eu não guiasse ou regulasse a ingestão da minha criança, ela comeria muito menos do que deveria.	1	2	3	4	5

INSTRUÇÕES:

Usando a escala em baixo, por favor indique para cada questão o número que melhor corresponde à sua resposta. **Por favor responda apenas acerca do seu filho que está no nosso estudo.**

	nunca	raramente	por vezes	muitas vezes	sempre
29. Quantas vezes está atenta aos doces (<i>rebuçados, gelados, bolos ou pastéis</i>) que a sua criança come?	1	2	3	4	5
30. Quantas vezes está atenta aos salgadinhos (<i>batatas fritas, aperitivos, Doritos, Cheetos, etc.</i>) que a sua criança come?	1	2	3	4	5
31. Quantas vezes está atenta aos alimentos com elevado teor de gordura que a sua criança come?	1	2	3	4	5