

U. PORTO



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO
UNIVERSIDADE DO PORTO

**Comportamento Alimentar na Obesidade
Pediátrica e Avaliação das Atitudes de Controlo
Alimentar das Mães**

Marta Cecília Poção Pinto Rola

Porto, 2015

Título da dissertação

Comportamento Alimentar na Obesidade Pediátrica e Avaliação das Atitudes de Controlo Alimentar das Mães

Eating Behavior in the Pediatric Obesity and the Evaluation of Attitudes in Mothers' Alimentary Control

Nome completo do autor:

Marta Cecília Poção Pinto Rola (Nutricionista)

Nome e local da instituição onde a dissertação é apresentada:

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

Departamento onde foi efetuada a investigação:

Hospital Pediátrico Integrado do Centro Hospitalar de São João, EPE

Orientador: Prof^a Doutora Diana Maria Veloso e Silva

Centro Hospitalar de São João, EPE

Coorientador: Prof. Doutor Victor Manuel da Conceição Viana

Centro Hospitalar de São João, EPE

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

Ano de defesa: 2015

Dedicatória

Dedico este trabalho, a quem sempre me apoiou incondicionalmente,
os meus Pais.

Agradecimentos

Um agradecimento especial,

À minha orientadora, Prof^a Doutora Diana e Silva, pela oportunidade de realizar o meu trabalho de investigação no Hospital Pediátrico Integrado do Centro Hospitalar de São João, pela transmissão dos seus conhecimentos e por todo o apoio.

Ao meu co-orientador, Prof. Doutor Victor Viana, pelos conhecimentos transmitidos, disponibilidade e apoio.

À Mestre Camila Dias do Departamento de Ciências da Informação e da Decisão em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, por toda a disponibilidade e ajuda preciosa no tratamento estatístico dos dados.

Ao Prof. Doutor António Guerra, pela simpatia e sabedoria transmitidas ao longo destes anos.

A todas as crianças, adolescentes e respetivas famílias que participaram no estudo.

À minha família e amigos, que me apoiaram ao longo deste percurso.

Resumo

Objetivos: Estudar as alterações do comportamento alimentar em crianças/ adolescentes com sobrepeso/ obesidade e a relação com as atitudes de controlo alimentar das mães; avaliar a influência da caracterização do estado nutricional da mãe e do filho nas atitudes de controlo alimentar das mães e o aparecimento de alterações de comportamento alimentar na criança/ adolescente.

Metodologia: Foram avaliadas 105 crianças/ adolescentes na consulta de Nutrição Pediátrica do Hospital Pediátrico Integrado do Centro Hospitalar de São João com idades compreendidas entre os 7 e os 14 anos, bem como as respetivas mães. Recolheram-se dados antropométricos e demográficos de ambos. Aplicou-se o *Children Eating Attitudes Test* à criança/ adolescente para a avaliação de alterações do comportamento alimentar e o *Child Feeding Questionnaire* à mãe para avaliar as atitudes de controlo alimentar.

Resultados: Das 105 crianças/ adolescentes avaliados, cerca de 25% apresenta alterações severas do comportamento alimentar, nomeadamente relacionadas com maior preocupação com a alimentação e com a imagem corporal. As crianças/ adolescentes que apresentam alterações severas do comportamento alimentar apresentam um *z-score* de IMC também mais elevado. Por outro lado, cerca de 71% das mães apresentam excesso de peso e obesidade. Observou-se que, as mães referem exercer pouca pressão para comer e utilizar comida como recompensa. Todavia, exercem níveis superiores de restrição e monitorização. Os fatores que mais peso apresentaram para o aparecimento de alterações do comportamento alimentar foram o IMC da mãe e a sua perceção de responsabilidade pela alimentação do filho.

Conclusões: Parece existir uma ligação importante entre o estado ponderal da mãe e as suas atitudes de controlo alimentar com o estado ponderal da criança e o aparecimento de alterações do comportamento alimentar. Apesar de serem necessários mais estudos, a inclusão da família, nas ações de prevenção e tratamento da obesidade em idade pediátrica é fundamental.

Palavras-Chave: Obesidade pediátrica; comportamento alimentar; atitudes de controlo alimentar

Abstract

Objectives: To study the changes in the eating behavior of children/teenagers suffering from overweight/obesity and its relation with the attitudes of mothers' alimentary control; to evaluate the influence of the nutritional state characterization of the mother and of the son in the attitudes of the mother's alimentary control and the appearance of changes in the eating behavior in child/teenager.

Methodology: 105 children/teenagers were evaluated in the Pediatric Nutrition appointment at the Hospital Pediátrico Integrado do Centro Hospitalar de São João, with ages between 7 and 14, as well as, their mothers. There were collected anthropometric and demographical data of both. It was applied the *Children Eating Attitudes Test* to the child/teenager for the changes evaluation of the eating behavior and *Child Feeding Questionnaire* to the mother in order to evaluate the attitudes of the alimentary control.

Results: From the 105 children/teenagers evaluated, about 25% present severe changes in the eating behavior, namely related to the greatest preoccupation with alimentation and body image. The children/teenagers who present severe changes in the alimentary behavior present a z-score of BMI also greater. On the other hand, about 71% of the mothers present overweight and obesity. It was observed that mothers say they put little pressure on eating and use food as a rewarding. However, they exercise superior levels of restriction and monitoring. The factors that present greater importance to the appearing of changes in the eating behavior were the BMI of the mother and her responsibility perception of her son's alimentation.

Conclusions: It appears to exist an important connection between the ponderal state of the mother and her attitudes of the alimentary control with the ponderal

state of the child/teenager and the appearing of changes in the alimentary behavior. In spite of more studies are needed, the family inclusion in the prevention actions and in the treatment of obesity in a pediatric age is fundamental.

Key words: Pediatric Obesity; Eating Behavior; Attitudes of the Alimentary Control

Índice

Dedicatória	v
Agradecimentos.....	vii
Resumo	ix
Lista de Abreviaturas	xv
Lista de Tabelas	xvii
1. Introdução.....	1
1.1. Obesidade em Idade Pediátrica.....	1
1.2. Papel do pais.....	6
- Estilos e práticas parentais	7
1.3. Comportamento Alimentar	10
2. Objetivos.....	12
3. Participantes e Métodos	13
3.1. Tipo de estudo.....	13
3.2. Amostra	13
3.3. Protocolo de Avaliação	13
3.7. Tratamento estatístico	18
4. Resultados.....	19
4.1. Estatística descritiva	19
4.2. Caracterização do estado nutricional	20
4.3. Avaliação das atitudes e comportamentos alimentares da criança e do adolescente	23
4.4. Avaliação das atitudes de controlo alimentar das mães	25
4.5. Correlação entre as subescalas do CFQ e as subescalas do ChEAT	26
4.6. Associação entre as atitudes de controlo alimentar das mães e a presença de alterações de comportamento alimentar dos filhos	29
4.7. Associação entre a presença de alterações do comportamento alimentar dos filhos e a caracterização do estado nutricional da criança e do adolescente	30
4.8. Associação entre as atitudes de controlo alimentar das mães e a caracterização do estado nutricional da criança e do adolescente.....	30
4.9. Associação entre as atitudes de controlo alimentar das mães e o seu estado nutricional	31

4.10. Associação entre presença de alterações do comportamento alimentar na criança e o estado nutricional da mãe.....	33
4.11. Fatores de risco para o aparecimento de alterações do comportamento alimentar em crianças e adolescentes	34
5. Discussão	36
6. Conclusões	47
7. Referências Bibliográficas	49
8. Anexos	53
8.1. Anexo A	55
8.2. Anexo B	59
8.3. Anexo C	63

Lista de Abreviaturas

CFQ: Child Feeding Questionnaire

ChEAT: Children Eating Attitudes Test

EAT: Eating Attitudes Test

HPI/CHSJ: Hospital Pediátrico Integrado do Centro Hospitalar de São João

IMC: Índice de Massa Corporal

OMS: Organização Mundial de Saúde

Lista de Tabelas

Tabela 1: Características de cada estilo parental

Tabela 2: Classificação do estado nutricional de acordo com o *z-score* de IMC

Tabela 3: Caracterização do estado nutricional de acordo com o IMC

Tabela 4: Distribuição da amostra, em função do grupo etário e do sexo da criança e do adolescente

Tabela 5: Grau de escolaridade da mãe para a totalidade da amostra

Tabela 6: IMC expresso em *z-score*: caracterização da totalidade da amostra, por sexo e grupo etário da criança/ adolescente

Tabela 7: Caracterização do estado nutricional, de acordo com o *z-score* de IMC, da totalidade da amostra e em função do sexo e do grupo etário da criança e do adolescente

Tabela 8: IMC da mãe, em função do sexo e do grupo etário da criança e do adolescente e para a totalidade da amostra

Tabela 9: Caracterização do estado nutricional da mãe através do IMC, por sexo e grupo etário da criança e adolescente e para a totalidade da amostra

Tabela 10: Avaliação das atitudes e comportamentos alimentares das crianças e adolescentes pela escala de ChEAT e respectivas subescalas, em função do sexo e do grupo etário

Tabela 11: Avaliação das alterações do comportamento alimentar da criança e do adolescente, de acordo com os pontos de corte da escala global do ChEAT para a totalidade da amostra e em função do grupo etário e do sexo

Tabela 12: Avaliação do ChEAT: subescala “Aspectos relativos ao cumprimento da dieta” em função do sexo da criança e adolescente

Tabela 13: Avaliação das subescalas do CFQ, de acordo com o sexo e o grupo etário das crianças e adolescentes

Tabela 14: Estudo de correlação entre as subescalas do CFQ e as subescalas do ChEAT, de acordo com o sexo da criança e do adolescente

Tabela 15: Estudo de correlação entre as subescalas do CFQ e do ChEAT, de acordo com o grupo etário da criança e do adolescente

Tabela 16: Associação entre as subescalas do CFQ e a presença de alterações do comportamento alimentar nas crianças e adolescentes

Tabela 17: Associação entre a presença de alterações do comportamento alimentar e o *z-score* de IMC da criança e do adolescente

Tabela 18: Associação entre as subescalas do CFQ da criança e do adolescente e o seu estado nutricional

Tabela 19: Associação entre as subescalas do CFQ referente às filhas e o estado nutricional da mãe

Tabela 20: Associação entre as subescalas do CFQ referente aos filhos e o estado nutricional da mãe

Tabela 21: Associação entre o estado nutricional da mãe e a presença de alterações do comportamento alimentar, de acordo com o sexo da criança/ adolescente

Tabela 22: Análise univariada e multivariada dos fatores de risco para o aparecimento de alterações do comportamento alimentar em idade pediátrica

1. Introdução

Os primeiros anos de vida são marcados pela formação dos hábitos alimentares^(1, 2). A família tem um papel de destaque neste processo, na medida em que serve de modelo e fornece a alimentação à criança⁽³⁾.

As atitudes que os pais têm em relação à alimentação dos filhos vão influenciar o comportamento alimentar da criança. A família, por sua vez, é influenciada pelo ambiente cultural e tende a agir regulando-se principalmente pelas normas sociais, do que pela fisiologia da criança, o que pode interferir com o processo inato de auto-regulação da ingestão alimentar⁽⁴⁾. A perda desta capacidade relaciona-se com uma maior resposta aos indícios externos, como o sabor e o aroma dos alimentos, potenciando o aparecimento da obesidade, muitas vezes associada a alterações do comportamento alimentar^(4, 5).

Nesta secção, será feita uma abordagem sobre a obesidade em idade pediátrica, o papel dos pais neste processo e o comportamento alimentar, temas que se interligam neste estudo.

1.1. Obesidade em Idade Pediátrica

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é definida como uma patologia caracterizada pela acumulação excessiva de gordura, que poderá contribuir para o desenvolvimento de outras patologias⁽⁶⁾. Traduz-se, quantitativamente, na relação desequilibrada entre a estatura/comprimento e o peso, de acordo com os padrões de referência, e na presença de valores de pregas cutâneas superiores ao esperado para a idade⁽⁷⁾.

O sobrepeso e a obesidade em idade pediátrica atingiram proporções epidémicas na maioria dos países industrializados⁽⁸⁾. Em Portugal, a prevalência

de sobrepeso na adolescência é das maiores entre os países europeus⁽⁹⁾. Em 2011, um estudo realizado em Portugal em crianças e adolescentes dos 10 aos 18 anos, estimou que a prevalência de sobrepeso e obesidade é de 23,1% e 9,6% nas raparigas e 20,4% e 10,3% nos rapazes, respetivamente⁽¹⁰⁾. Estima-se que em 2020, a prevalência mundial de obesidade em idade pediátrica será de 9,1%⁽¹¹⁾.

Nesta faixa etária, o diagnóstico e a definição de obesidade suscitam ainda alguma controvérsia. O índice de massa corporal (IMC) expressa a relação entre o peso e a estatura, e tem sido a medida recomendada para a avaliação da obesidade em crianças e adolescentes entre os 2 e os 19 anos⁽¹²⁾. Trata-se de uma medida simples, que apresenta uma forte correlação com a percentagem de massa gorda⁽¹²⁾. Este valor deve ser comparado com tabelas de referência de percentis de IMC específicos para o sexo e idade, sendo atualmente recomendada a utilização das tabelas de referência da OMS⁽¹³⁾. O sobrepeso é definido por um percentil de IMC superior ou igual a 85 e inferior a 95 (*z-score* entre ≥ 1 e < 2), enquanto que a obesidade é definida por um percentil superior ou igual a 95 (*z-score* ≥ 2)⁽¹²⁾.

A obesidade em idade pediátrica tem um impacto importante na saúde física e psicossocial⁽⁹⁾. Trata-se de um fator de risco independente para a mortalidade e obesidade na idade adulta, sendo atualmente a maior ameaça para a esperança média de vida^(9, 14). A obesidade encontra-se associada ao aumento da incidência de outras doenças crónicas em idade pediátrica, nomeadamente, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo II, hipertensão, entre outras⁽¹⁵⁾.

As consequências psicossociais representam as comorbilidades mais prevalentes associadas à obesidade⁽⁹⁾. Habitualmente, as crianças apresentam

uma baixa auto-estima e menor qualidade de vida^(9, 16). Conseqüentemente, manifestam maior tristeza, solidão e ansiedade e estão mais suscetíveis a ter comportamentos de risco⁽⁹⁾.

- Fatores etiológicos da obesidade

O desequilíbrio entre a ingestão e o gasto energético está na base do aparecimento do sobrepeso/ obesidade^(17, 18). A genética e o ambiente são componentes importantes que determinam o risco do seu desenvolvimento⁽¹⁹⁾. Pode-se mesmo dizer que, o meio ambiente e o comportamento contribuem para o surgimento da obesidade em pessoas geneticamente predispostas⁽¹⁹⁾.

O aumento drástico da prevalência da obesidade dificilmente poderá ser explicado por uma alteração genética⁽¹⁹⁾. Como tal, esta realidade deverá ser consequência de alterações dos comportamentos alimentares e de atividade física, que provocaram o desequilíbrio entre a ingestão e o gasto energético⁽¹⁹⁾.

A etiologia da obesidade pediátrica é influenciada também por diversos outros fatores, nomeadamente: biológicos, fisiológicos e ambientais, sendo o comportamento humano o fator agregador destes diversos aspetos, não só na obesidade, como também na saúde em geral⁽⁹⁾. Os hábitos alimentares e as atividades sedentárias, desempenham papéis cruciais neste desequilíbrio⁽¹⁷⁾.

Atualmente, os principais focos de atenção na alimentação em idade pediátrica incluem o balanço energético, a ingestão excessiva de gorduras, açúcar e sal, e a ingestão inadequada de alimentos ricos em cálcio, potássio, vitamina D e fibras, ou seja, produtos lácteos, hortícolas, frutas e cereais integrais⁽²⁰⁾. Os hábitos alimentares referidos são praticados por grande parte das

crianças/ adolescentes e conduzem ao aparecimento do sobrepeso/ obesidade nestas faixas etárias.

A criança depende da família para a construção do ambiente familiar e estilo de vida, que envolve os hábitos alimentares e a atividade física⁽²¹⁾. Estes comportamentos, por sua vez, influenciarão o balanço energético e por último o peso da criança⁽²¹⁾. Como tal, a saúde da criança/ adolescente não depende apenas da sua biologia e/ ou das suas ações, mas também da biologia e das ações dos que a rodeiam e que a vão influenciar, especialmente dos pais⁽⁹⁾. Tal facto, pode ser constatado pelo peso dos pais ser um dos preditores mais fortes do risco de obesidade infantil⁽²¹⁾. A criança/ adolescente não são os únicos responsáveis pelos comportamentos obesogénicos⁽²²⁾. O meio familiar, social e a componente genética são fatores determinantes no desencadear desta patologia⁽²²⁾.

- Prevenção e tratamento da obesidade

Na sua base, o tratamento da obesidade parece simples, a criança deverá comer menos e ter mais atividade física⁽¹⁷⁾. Contudo, este processo é complexo, dispendioso e muitas vezes frustrante⁽¹⁷⁾. Não existe uma solução rápida, uma vez que se trata de uma doença crónica, e como tal o seu tratamento acompanha o doente ao longo da vida⁽¹⁸⁾.

A obesidade, principalmente na adolescência, é resistente ao tratamento⁽¹⁶⁾. Este dado contribui com mais um motivo para a necessidade de desenvolver programas de prevenção do aparecimento da obesidade⁽¹⁶⁾.

A introdução de hábitos alimentares saudáveis precocemente, é tida como uma das estratégias mais importantes na prevenção da obesidade infantil⁽²³⁾. As

preferências alimentares das crianças são aprendidas por exposição repetida aos alimentos⁽²⁰⁾. Os pais têm a responsabilidade de criar essas oportunidades para a criança gostar dos vários alimentos com elevada densidade nutricional, encorajando o seu consumo⁽²⁰⁾. Deste modo, as refeições em família acabam por desempenhar um papel importante na prevenção do aparecimento do sobrepeso/obesidade⁽²⁰⁾. A transmissão de conhecimentos aos pais sobre os comportamentos adequados às refeições, reveste-se de extrema importância, para a adoção de comportamentos alimentares saudáveis⁽²⁰⁾.

Assim, a prevenção e o tratamento da obesidade devem ser realizados a vários níveis, nomeadamente, alimentação, atividade física, aconselhamento comportamental e intervenção dos pais/ cuidadores⁽¹⁸⁾. A sinergia entre a responsabilidade pessoal e pública é fundamental neste processo, de forma a passar mensagens consistentes e o suporte necessário em todos os sectores da sociedade com o objetivo de atingir mudanças de estilo de vida sustentáveis⁽¹⁸⁾.

No tratamento da obesidade, as intervenções que envolvam a terapia comportamental, incluindo modificações na alimentação e atividade física, parecem ser as mais eficazes no tratamento desta patologia⁽¹⁷⁾.

Durante o tratamento da obesidade é importante incluir estratégias que aumentem a auto-eficácia e a auto-estima da criança⁽²⁰⁾. A criança deverá desenvolver confiança nas suas capacidades para alterar os hábitos alimentares e de atividade física de forma a ter melhores resultados⁽²⁰⁾.

A família e a criança/ adolescente devem ser consciencializados que o sobrepeso/ obesidade só podem ser revertidos se houver mudança dos estilos de vida, promovendo um novo estilo de vida para toda a família⁽²²⁾. Assim, o núcleo,

quer da prevenção, como do tratamento da obesidade incide na relação entre a criança e os pais.

No desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção na obesidade em idade pediátrica é fundamental a compreensão da relação pais/criança e o impacto do estilo parental e das práticas parentais no desenvolvimento da obesidade nesta faixa etária⁽²¹⁾.

1.2. Papel do pais

Como anteriormente referido, os pais desempenham um papel importante no desenvolvimento do comportamento alimentar da criança, especialmente nos primeiros anos de vida, em que exercem um grau de controlo mais elevado sobre a sua alimentação^(24, 25). O ambiente criado pelos pais nos primeiros anos de vida da criança estabelece os alicerces para o desenvolvimento dos hábitos e comportamentos alimentares da criança no futuro⁽²⁶⁾.

A criança tem a capacidade inata para ajustar a sua ingestão alimentar ao longo das várias refeições, de forma a regular a ingestão energética ao longo do dia, de acordo com os indícios internos de fome e saciedade⁽²⁷⁾. Porém, as práticas familiares influenciam a resposta da criança à densidade energética e ao tamanho das refeições⁽²⁰⁾. Quando os pais assumem o controlo do tamanho das porções de comida ou exercem coerção sobre as crianças para elas comerem, em vez de permitirem que se guiem pelas pistas internas de fome e saciedade, a sua capacidade de regular a ingestão diminui e passam a regular-se pelas pistas externas⁽²⁰⁾. Desta forma, os pais vão contribuindo para o aparecimento do sobrepeso e da obesidade.

As recomendações atuais vão no sentido de encorajar os pais a respeitar os sinais internos de fome e saciedade da criança, cabendo-lhes a responsabilidade de criar oportunidades estruturadas para a criança comer, apoiá-la de forma adequada, fornecendo os alimentos e bebidas saudáveis, sem exercer coerção na criança⁽²⁰⁾. Idealmente, a criança deveria decidir se vai comer e que quantidade vai ingerir⁽²⁰⁾.

As práticas alimentares dos pais são um fator importante na ingestão alimentar da criança e conseqüentemente nos seus hábitos alimentares ao longo da vida⁽²⁰⁾. Contudo, o processo pelo qual os pais influenciam os hábitos alimentares da criança ainda não foi suficientemente estudado⁽²⁰⁾. O seu estudo revela-se importante para um melhor aconselhamento aos pais sobre como educar o seu filho.

- Estilos e práticas parentais

O estilo parental é globalmente definido como o clima emocional envolvido nas interações entre pais e filhos em diversas situações^(28, 29). Por outro lado, as práticas parentais auxiliam os pais a atingirem diretamente os objetivos alimentares, enquanto que o estilo parental altera a eficácia destas práticas⁽²⁵⁾. Normalmente, as práticas refletem o tipo de estratégia comportamental ou técnica usada para facilitar ou limitar a ingestão alimentar da criança, frequentemente dependente do contexto⁽²⁹⁾. Assim, estilo e práticas parentais apresentam definições diferentes.

De acordo com as atuais teorias, os estilos parentais são classificados de acordo com a quantidade e qualidade de duas dimensões do comportamento parental: rigor e envolvimento⁽²⁸⁾. Estão definidos quatro estilos parentais:

democrático, permissivo, autoritário e negligente⁽²⁶⁾. Os estilos parentais variam entre si conforme o grau de rigor e envolvimento perante a criança⁽²⁶⁾. Na tabela 1 está sucintamente explicada a diferença entre os 4 estilos parentais. Estes, por sua vez, têm resultados diferentes no estado ponderal da criança e na presença de comportamentos obesogénicos⁽²⁵⁾.

Tabela 1: Características de cada estilo parental*

		Rigor	
		Elevado	Baixo
Envolvimento	Elevado	Democrático	Permissivo
	Baixo	Autoritário	Negligente

*Adaptado de Vollmer, R et al⁽²⁵⁾

A literatura difere um pouco nestes conceitos, contudo existe evidência suficiente para associar o estilo parental democrático a hábitos alimentares mais saudáveis por parte das crianças⁽²⁶⁾. Neste estilo, os pais têm objetivos razoáveis para a criança, mas estimulam a sua autonomia e opinião, dando-lhes uma certa liberdade⁽²⁵⁾.

O conhecimento dos efeitos dos diferentes estilos parentais é importante no desenho de intervenções direcionadas aos pais sobre como inculcar à criança hábitos alimentares saudáveis⁽²⁵⁾. As intervenções para a prevenção da obesidade têm sido na sua maioria ineficazes pela falta de informação sobre de que modo as características familiares influenciam o comportamento da criança⁽¹⁴⁾.

As práticas parentais referem-se aos comportamentos ou estratégias para controlo da alimentação da criança. Como exemplos, estão incluídas as práticas de pressão para comer, restrição e monitorização, bem como a utilização de

comida como recompensa⁽²⁶⁾. A restrição, a pressão para comer e a monitorização são as práticas parentais mais estudadas⁽²³⁾.

A restrição alimentar envolve a exclusão dos alimentos considerados menos saudáveis e a redução das quantidades de comida⁽³⁰⁾. Encontra-se habitualmente associada ao aumento do consumo do alimento restrito, quando este está disponível, e ao aumento de peso da criança^(23, 31). De uma forma geral, atitudes parentais de restrição tendem a estar associadas ao consumo excessivo de alimentos e a pobre capacidade de auto-regular a ingestão energética em crianças, tendo geralmente, como consequência, o sobrepeso⁽²⁰⁾.

A pressão para comer implica a pressão para ingerir alimentos mais saudáveis e mais quantidade⁽³⁰⁾. Aparece associada ao aumento ou diminuição do consumo do alimento em causa e a menor peso e adiposidade⁽²³⁾. Estas práticas podem também não permitir que a criança desenvolva a capacidade de auto-regular a sua ingestão alimentar⁽²³⁾.

Outra prática parental estudada é a monitorização, associada também a vigilância ou controlo discreto. Esta prática implica que os pais estejam atentos aos hábitos alimentares dos filhos e tenham atitudes subtis de controlo, tais como a não aquisição de alimentos menos saudáveis e agir como modelos promovendo refeições mais saudáveis⁽³⁰⁾. Esta prática parece estar associada a um estado ponderal mais saudável⁽³⁰⁾.

Por último, a utilização de comida para modelar o comportamento da criança poderá contribuir para a diminuição da capacidade de auto-regular a sua ingestão alimentar, baseada na saciedade⁽³²⁾.

O Questionário Alimentar para Crianças (*Child Feeding Questionnaire* – CFQ) é o questionário mais utilizado para avaliar as práticas parentais relacionadas com a alimentação dos filhos⁽²³⁾.

1.3. Comportamento Alimentar

O comportamento alimentar envolve o ato de ingestão e aspetos qualitativos associados à seleção e decisão de quais os alimentos a consumir⁽⁷⁾. Inclui as atitudes, as preferências, a frequência de ingestão, as quantidades ingeridas, o modo como decorrem as refeições, bem como outros fatores qualitativos associados à ingestão⁽⁷⁾. Resulta de um longo processo de socialização e desenvolvimento, adquiridos no meio familiar, sujeitos a diversas outras influências, nomeadamente dos pares, experiências do dia-a-dia, conhecimentos escolares e informação obtida através dos meios de comunicação social⁽²²⁾. Assim, o comportamento alimentar acaba por ser aprendido e vai evoluindo desde o nascimento da criança⁽³⁾. As escolhas alimentares são influenciadas por inúmeros fatores, nomeadamente biológicos, psicológicos, emocionais, económicos, sociais e culturais da família^(20, 22).

Um comportamento alimentar mais adequado em idade pediátrica engloba uma alimentação equilibrada e variada em macronutrientes e micronutrientes, nas quantidades adequadas, de forma a garantir um crescimento saudável⁽³³⁾.

Quando o comportamento alimentar não é adequado, torna-se um dos principais fatores associados ao sobrepeso e obesidade em idade pediátrica⁽²⁴⁾.

O estudo do comportamento alimentar em crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade poderá fornecer informações importantes sobre a sua

etiologia e o subsequente risco para o aparecimento de alterações do comportamento alimentar⁽³⁴⁾.

As alterações do comportamento alimentar são mais comuns em crianças com sobrepeso e obesidade, comparativamente às normoponderais, nomeadamente devido a uma maior dificuldade de integração no meio social, apresentando algumas alterações psicológicas, como a depressão, ansiedade, baixa auto-estima, distorção da perceção da imagem corporal, entre outros^(5, 22). O aparecimento destas alterações ocorre geralmente entre os 6 e os 15 anos de idade, como tal devem ser rastreadas precocemente⁽³³⁾.

Apesar das doenças do comportamento alimentar serem raras nesta faixa etária, é importante avaliar as atitudes e comportamentos alimentares que são considerados potencialmente perigosos para a criança e adolescente⁽³⁵⁾. Dentro destes comportamentos inclui-se, *binge-eating*, dietas restritivas, preocupação com a comida e atitudes purgativas⁽³⁵⁾. O *binge-eating* e a utilização de dietas restritivas, estão associadas ao aumento de peso e da massa gorda em crianças e adolescentes⁽⁵⁾.

As alterações de comportamento alimentar que surgem na infância parecem estar muitas vezes associadas ao comportamento alimentar dos pais, revelando-se, uma vez mais, o seu papel importante, e a características da própria criança, nomeadamente o IMC⁽³⁴⁾.

O *Children Eating Attitudes Test* (ChEAT) é o questionário frequentemente usado para avaliar precocemente a presença de alterações do comportamento alimentar em crianças e adolescentes, através da análise do grau de preocupação com a comida, das atitudes alimentares, da preocupação com o peso, entre outros^(5, 36).

2. Objetivos

Objetivo geral:

- I. Estudar as alterações do comportamento alimentar em crianças e adolescentes com sobrepeso/ obesidade e a relação com as atitudes de controlo alimentar das mães.

Objetivos específicos:

- I. Avaliar a presença de alterações do comportamento alimentar de crianças e adolescentes e a sua relação com o seu estado nutricional;
- II. Verificar as atitudes de controlo alimentar das mães e a sua relação com o estado nutricional dos seus filhos;
- III. Avaliar o IMC das mães e a sua relação com as suas atitudes de controlo alimentar e as alterações do comportamento alimentar dos filhos.

3. Participantes e Métodos

3.1. Tipo de estudo

O presente estudo é um estudo transversal, realizado entre Junho de 2014 e Janeiro de 2015.

3.2. Amostra

A amostra é constituída por crianças e adolescentes com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade, seguidas na consulta de Nutrição Pediátrica do Hospital Pediátrico Integrado do Centro Hospitalar de São João (HPI/CHSJ). As respetivas mães foram igualmente incluídas, por serem habitualmente as principais cuidadoras da alimentação dos filhos. De um total de 202 crianças e adolescentes avaliados a partir do protocolo "Caracterização do Estado Nutricional, da Qualidade de Vida e das Atitudes e Comportamentos Alimentares em Crianças/ Adolescentes com Obesidade", apenas fizeram parte deste estudo os que tinham idades compreendidas entre os 7 e os 14 anos, correspondendo a um total de 105 crianças e adolescentes (52%).

Foram excluídas do estudo todas as crianças/ adolescentes cujos cuidadores não eram os pais ou no caso de se tratar de obesidade secundária.

3.3. Protocolo de Avaliação

A partir do protocolo "Caracterização do Estado Nutricional, da Qualidade de Vida e das Atitudes e Comportamentos Alimentares em Crianças/ Adolescentes com Obesidade", procedeu-se à avaliação dos comportamentos alimentares das crianças/ adolescentes e das atitudes de controlo alimentar das mães.

De acordo com a última revisão da “Declaração de Helsínquia”, o estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João (Anexo A).

3.4. Caracterização do estado nutricional

3.4.1. Criança e adolescente

As avaliações antropométricas foram efetuadas de acordo com metodologia reconhecida internacionalmente⁽³⁷⁾. A determinação da estatura (cm) foi realizada através de um estadiómetro da marca “Seca” (sensibilidade de 0,5cm). O peso e o IMC foram obtidos através de uma balança Tanita® modelo TFB-300 (com sensibilidade de 100g).

A caracterização do estado nutricional das crianças e adolescentes foi realizada através do cálculo do IMC, sendo os resultados posteriormente expressos em *z-score*, calculado através do programa *WHO Anthro Plus*®. De seguida, foram utilizadas as tabelas da OMS como referência⁽³⁸⁾.

Os pontos de corte utilizados foram os seguintes:

Tabela 2: Classificação do estado nutricional de acordo com o *z-score* de IMC*

Estado Nutricional	z-score
Desnutrição severa	<-3
Desnutrição moderada	≥-3 e <-2
Desnutrição ligeira	≥-2 e <-1
Eutrofia	≥-1 e <1
Sobrepeso	≥1 e <2
Obesidade	≥2

Adaptado da OMS⁽³⁸⁾

3.4.2. Mãe

Para além da recolha dos dados demográficos, foi realizada uma avaliação antropométrica à mãe através do IMC, sendo posteriormente efetuada a caracterização do estado nutricional de acordo com os critérios da OMS⁽³⁹⁾.

Foram utilizados os seguintes pontos de corte:

Tabela 3: Caracterização do estado nutricional de acordo com o IMC*

Estado Nutricional	IMC
Baixo peso	<18.5kg/m ²
Normoponderal	18,5 – 24,9kg/m ²
Excesso de peso	25 – 29,9kg/m ²
Obesidade	≥30kg/m ²

*Adaptado da OMS⁽³⁹⁾

3.5. Avaliação das atitudes e comportamentos alimentares da criança e do adolescente

O comportamento alimentar das crianças e dos adolescentes foi avaliado através do *Children Eating Attitudes Test* (ChEAT)⁽⁴⁰⁾. O ChEAT corresponde à versão adaptada a crianças e adolescentes do *Eating Attitudes Test* (EAT)⁽⁴¹⁾.

O ChEAT é composto por 26 itens, que se dividem em três subescalas: aspetos relativos ao cumprimento da dieta (13 itens: 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 e 25), que se relaciona com a diminuição da ingestão de alimentos densamente energéticos e com a enorme preocupação com a imagem corporal; preocupação com a comida e bulimia (6 itens: 3, 4, 9, 18, 21 e 26), que diz respeito a episódios de ingestão compulsiva, purgação e outras técnicas de controlo de peso; controlo da ingestão alimentar (7 itens: 2, 5, 8, 13, 15, 19 e 20), que se refere ao auto-controlo e às pressões sociais e ambientais da ingestão alimentar⁽⁴²⁾.

As respostas aos itens são assinaladas numa escala de *Lickert* de 6 pontos, compreendidas entre “sempre”, que corresponde a 1, e “nunca”, correspondente a 6.

Após o preenchimento do inquérito, procedeu-se à recodificação de cada item de 0 a 3, de acordo com a resposta: “sempre” (3); “quase sempre” (2); “frequentemente” (1); “algumas vezes”, “raramente” e “nunca” (0). A pontuação varia entre 0 e 78 e as três subescalas apresentam as seguintes pontuações:

- ⇒ Aspectos relativos ao cumprimento da dieta: 0-39;
- ⇒ Preocupação com a comida e bulimia: 0-18;
- ⇒ Controlo da ingestão alimentar: 0-21.

Neste estudo foram considerados os seguintes pontos de corte^(36, 42):

- ⇒ ≥ 20 : alterações severas do comportamento alimentar;
- ⇒ $[10; 20[$: alterações moderadas do comportamento alimentar;
- ⇒ < 10 : comportamento alimentar normal.

O questionário usado neste estudo foi validado no Brasil, mas tem sido usado em Portugal com boa consistência interna (coeficiente α de *Cronbach*)^(42, 43).

3.6. Avaliação das atitudes de controlo alimentar das mães

A avaliação das atitudes de controlo alimentar das mães foi realizada através da aplicação do Questionário Alimentar para Crianças (*Child Feeding Questionnaire* – CFQ) aplicado às mães das crianças e adolescentes estudados⁽⁴⁴⁾.

O CFQ é formado por 31 itens, que se encontram distribuídos em 7 subescalas⁽⁴⁴⁾. Das 7 subescalas, 4 avaliam o risco e a preocupação com o peso: perceção da responsabilidade da mãe pela alimentação dos filhos (3 itens: 1, 2 e

3), permite avaliar a percepção da mãe sobre a responsabilidade pela alimentação do seu filho; percepção do excesso de peso próprio (4 itens: 4, 5, 6 e 7), avalia a percepção da mãe do seu peso e da sua evolução ao longo do tempo; percepção do excesso de peso dos filhos (6 itens: 8, 9, 10, 11, 12 e 13), permite avaliar a percepção da mãe sobre o estado ponderal do seu filho e a sua evolução ao longo do tempo; preocupação com o excesso de peso dos filhos (3 itens: 14, 15 e 16), avalia as preocupações da mãe sobre o risco da criança ter sobrepeso ou obesidade^(30, 44). As restantes 3 subescalas avaliam as atitudes de controlo das mães relativamente à alimentação dos filhos: restrição (8 itens: 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 e 24), permite analisar até que ponto a mãe restringe o acesso do filho aos alimentos; pressão para comer (4 itens: 25, 26, 27 e 28), avalia a tendência da mãe para pressionar o filho a comer mais; monitorização (3 itens: 29, 30 e 31), avalia até que ponto a mãe vigia a alimentação do filho^(30, 44).

Os itens são cotados numa escala de *Lickert* de 5 pontos⁽⁴⁴⁾. A cotação é feita através do cálculo da média de cada subescala⁽⁴⁴⁾.

O questionário usado neste estudo foi validado na população portuguesa⁽³⁰⁾. Na análise confirmatória da validação deste questionário em Portugal, a opção que permitiu obter uma estrutura fatorial com melhores índices foi a divisão da subescala Restrição em duas subescalas: Restrição (6 itens: 17, 18, 19, 20, 23 e 24) e Comida como recompensa (2 itens: 21 e 22)⁽³⁰⁾. Como tal, no presente estudo será utilizada esta divisão da subescala Restrição.

3.7. Tratamento estatístico

As variáveis categóricas são descritas através de frequências absolutas e relativas, as variáveis contínuas são descritas através da média e do desvio padrão ou da mediana e percentis, em função da simetria da sua distribuição.

Para testar hipóteses sobre igualdade de médias de grupos foram utilizados o teste t para grupos independentes e a análise de variância a um factor, quando era lícito assumir que as distribuições das variáveis eram normais. Adicionalmente, foram testadas hipóteses sobre a distribuição de variáveis contínuas com distribuição não normal, através da utilização dos testes não paramétricos de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis, em função da natureza das hipóteses testadas. Para testar hipóteses sobre a independência de variáveis categóricas foram aplicados o teste de Qui-quadrado de independência ou o teste exacto de Fisher, conforme apropriado.

Para determinar factores associados a alterações de comportamento alimentar , foi efectuada uma regressão linear com os respectivos valores de beta e intervalos de confiança.

Em todos os testes de hipóteses foi considerado um nível de significância de $\alpha=5\%$.

A análise foi efectuada utilizando o programa de análise estatística de dados SPSS® v.20.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

4. Resultados

4.1. Estatística descritiva

4.1.1. Criança e adolescente

Neste estudo foram incluídas 105 crianças e adolescentes, das quais 49 (47%) são do sexo feminino e 56 (53%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 7 e os 14 anos (média=11,1±2,06).

De acordo com a idade, a amostra foi dividida em dois grupos: grupo I (≥7 anos e <11 anos) e grupo II (≥11 anos e <15 anos). A distribuição do total da amostra por sexo, e de acordo com a idade cronológica, pode ser observada na tabela 4.

Tabela 4: Distribuição da amostra, em função do grupo etário e do sexo da criança e do adolescente. (n=105). (dp=desvio padrão). n (%) [média(dp); (mín. e máx.)]

	Total	Sexo		Idade	
	n (%)	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Média (dp)	Mín.- Máx.
Grupo I: ≥7 anos e <11 anos	39 (37,1)	24 (49,0)	15 (26,8)	8,95 (1,10)	7-10
Grupo II: ≥11 anos e <15 anos	66 (62,9)	25 (51,0)	41 (73,2)	12,4 (1,23)	11-14
Total	105	49	56	11,1 (2,06)	7-14

4.1.2. Mãe

Foram avaliadas 105 mães com uma média de idades de 40±6 anos (percentil 25=36 anos e percentil 75=45 anos).

Na tabela 5, pode-se observar a distribuição pelo grau de escolaridade das mães.

Tabela 5: Grau de escolaridade da mãe para a totalidade da amostra. (n=105). [n(%)]

		Total (n=105)
		n (%)
Grau de escolaridade da mãe	1º ciclo	14 (13,3)
	2º ciclo	15 (14,3)
	3º ciclo	39 (37,1)
	Secundário	28 (26,7)
	Licenciatura, mestrado ou doutoramento	9 (8,6)

4.2. Caracterização do estado nutricional

4.2.1. Criança e adolescente

A média do IMC, expresso em z-score, para a totalidade da amostra, por sexo e grupo etário, pode ser observada na Tabela 6.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, relativamente ao z-score de IMC, entre os sexos e os grupos etários. Contudo, observam-se médias de z-score de IMC superiores, quer no sexo masculino, como no grupo I (Tabela 6).

Tabela 6: IMC expresso em z-score: caracterização da totalidade da amostra, por sexo e grupo etário da criança/ adolescente. (n=105). (dp=desvio padrão). [média(dp); percentis].

	Sexo				p	Grupo Etário				p	Total (n=105)	
	Sexo Feminino (n=49)		Sexo Masculino (n=56)			Grupo I ≥7 e <11 anos (n=39)		Grupo II ≥11 e <15 anos (n=66)			Média (dp)	Pc25 Pc75
	Média (dp)	Pc25 Pc75	Média (dp)	Pc25 Pc75		Média (dp)	Pc25 Pc75	Média (dp)	Pc25 Pc75			
Z-score IMC	2,39 (0,49)	2,15 2,65	2,45 (0,77)	1,86 2,98	0,792	2,52 (0,43)	2,23 2,70	2,37 (0,75)	1,83 2,83	0,131	2,42 (0,65)	2,05 2,72

IMC: Índice de Massa Corporal
Teste de Mann Whitney

A prevalência de sobrepeso e obesidade, em função do z-score de IMC, pode ser observada na Tabela 7.

A caracterização do estado nutricional permite constatar uma elevada percentagem de crianças e adolescentes com obesidade ($z\text{-score} \geq 2$), nomeadamente no sexo feminino e no grupo I (Tabela 7).

Tabela 7: Caracterização do estado nutricional, de acordo com o z-score de IMC, da totalidade da amostra e em função do sexo e do grupo etário da criança e do adolescente. (n=105). [n(%)].

	Sexo (n=105)		p	Grupo Etário (n=105)		p	Total (n=105)
	Sexo Feminino (n=49)	Sexo Masculino (n=56)		Grupo I ≥ 7 e < 11 anos (n=39)	Grupo II ≥ 11 e < 15 anos (n=66)		
Z-score IMC	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)
≥ 1 e < 2	8 (16,3)	18 (32,1)	0,061	5 (12,8)	21 (31,8)	0,029	26 (24,8)
≥ 2	41 (83,7)	38 (67,9)		34 (87,2)	45 (68,2)		79 (75,2)

≥ 1 e < 2 : sobrepeso; ≥ 2 : obesidade
 Teste do Qui-quadrado

4.2.2. Mãe

No que diz respeito à mãe, a média do IMC para a totalidade da amostra, por sexo e grupo etário da criança/ adolescente, pode ser observada na Tabela 8. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários, sendo que as mães do grupo II apresentam uma média de IMC superior às mães do grupo I.

Tabela 8: IMC da mãe, em função do sexo e do grupo etário da criança e do adolescente e para a totalidade da amostra. (n=105). [média (dp); percentis].

	Sexo				p	Grupo Etário				p	Total (n=105)	
	Sexo Feminino (n=49)		Sexo Masculino (n=56)			Grupo I ≥7 e <11 anos (n=39)		Grupo II ≥11 e <15 anos (n=66)			Média (dp)	Pc25 Pc75
	Média (dp)	Pc25 Pc75	Média (dp)	Pc25 Pc75		Média (dp)	Pc25 Pc75	Média (dp)	Pc25 Pc75			
IMC da Mãe	29,4 (5,1)	25,3 32,6	27,5 (4,8)	23,9 30,5	0,078	27 (4,5)	23,9 29,1	29,2 (5,2)	25,4 33,3	0,023	28,4 (5,0)	24,8 31,2

IMC: Índice de Massa Corporal
Teste de Mann Whitney

Na tabela 9, pode-se observar a caracterização do estado nutricional das mães através do IMC, onde se pode concluir que 71,4% das mães tem excesso de peso ou obesidade.

Tabela 9: Caracterização do estado nutricional da mãe através do IMC, por sexo e grupo etário da criança e adolescente e para a totalidade da amostra. (n=105). [n(%)].

	Sexo		p	Grupo Etário		p	Total (n=105) n (%)
	Sexo Feminino (n=49)	Sexo Masculino (n=56)		Grupo I ≥7 e <11 anos (n=39)	Grupo II ≥11 e <15 anos (n=66)		
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		
Normoponderal (18,5 – 24,9kg/m²)	11 (22,4)	19 (33,9)		14 (35,9)	16 (24,2)		30 (28,6)
Excesso de peso (25 – 29,9kg/m²)	17 (34,7)	22 (39,3)	0,190	16 (41,0)	23 (34,9)	0,158	39 (37,1)
Obesidade (≥30kg/m²)	21 (42,9)	15 (26,8)		9 (23,1)	27 (40,9)		36 (34,3)

Teste do Qui-quadrado

4.3. Avaliação das atitudes e comportamentos alimentares da criança e do adolescente

Os valores médios referentes à escala global do ChEAT e a cada uma das subescalas das crianças e adolescentes por sexo e grupo etário estão representados na Tabela 10. Em todos os casos, não se encontram diferenças estatisticamente significativas, entre os sexos e os grupos etários (Tabela 10).

Tabela 10: Avaliação das atitudes e comportamentos alimentares das crianças e adolescentes pela escala de ChEAT e respetivas subescalas, em função do sexo e do grupo etário. (n=105). (dp=desvio padrão). [média (dp); mediana; percentis].

ChEAT	Sexo (n=105)		p	Grupo Etário (n=105)		p		
	Feminino (n=49)	Masculino (n=56)		Grupo I ≥7 e <11 anos (n=39)	Grupo II ≥11 e <15 anos (n=66)			
Aspetos relativos ao cumprimento da dieta	Média (dp)	10,45 (6,63)	10,43 (6,03)		10,49 (6,46)	10,41 (6,23)	0,951	0,947
	Mediana	10,00	10,00		11,00	9,50		
	Pc25	5,00	5,00		5,00	5,00		
	Pc75	15,00	14,00		14,00	15,00		
Preocupação com a comida e bulimia	Média (dp)	0,78 (1,72)	1,11 (1,86)		1,00 (1,75)	0,92 (1,83)	0,158	0,583
	Mediana	0,00	0,00		0,00	0,00		
	Pc25	0,00	0,00		0,00	0,00		
	Pc75	1,00	2,00		2,00	1,00		
Controlo da ingestão alimentar	Média (dp)	3,55 (2,81)	3,32 (2,52)		3,74 (3,14)	3,24 (2,31)	0,793	0,830
	Mediana	3,00	3,00		3,00	3,00		
	Pc25	2,00	2,00		2,00	1,00		
	Pc75	5,00	5,00		5,00	5,00		
Escala global	Média (dp)	14,78 (8,79)	14,86 (7,87)		15,23 (8,95)	14,58 (7,91)	0,832	0,783
	Mediana	14,00	14,00		15,00	13,00		
	Pc25	7,00	8,50		8,00	8,00		
	Pc75	20,00	20,00		20,00	20,00		

Teste de Mann Whitney

Na tabela 11, pode-se verificar a avaliação das alterações do comportamento alimentar da criança e do adolescente, tendo em conta os pontos de corte da escala global do ChEAT. Pode-se observar que, mais de 25% da amostra apresenta alterações severas do comportamento alimentar, não se observando, contudo, diferenças estatisticamente significativas entre os sexos e os grupos etários (Tabela 11).

Tabela 11: Avaliação das alterações do comportamento alimentar da criança e do adolescente, de acordo com os pontos de corte da escala global do ChEAT para a totalidade da amostra e em função do grupo etário e do sexo. (n=105). [n (%)].

		Sexo (n=105)		p	Grupo Etário (n=105)		p	Total (n=105)
		Sexo Feminino (n=49)	Sexo Masculino (n=56)		Grupo I ≥ 7 e < 11 anos (n=39)	Grupo II ≥ 11 e < 15 anos (n=66)		
		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		
ChEAT	CA normal (score<10)	15 (30,6)	18 (32,1)		11 (28,2)	22 (33,3)		33 (31,4)
	Alteração moderada do CA (≥ 10 score<20)	21 (42,9)	23 (41,1)	0,980	17 (43,6)	27 (40,9)	0,860	44 (41,9)
	Alteração severa do CA (score ≥ 20)	13 (26,5)	15 (26,8)		11 (28,2)	17 (25,8)		28 (26,7)

Score: Pontos de Corte da Escala ChEAT^{36, 42)}
 Teste do Qui-quadrado

Na Tabela 12 encontram-se representados os valores de mediana de cada item da subescala do ChEAT: “Aspectos relativos ao cumprimento da dieta”, por sexo da criança e adolescente.

Tabela 12: Avaliação do ChEAT: subescala “Aspectos relativos ao cumprimento da dieta” em função do sexo da criança e adolescente. (n=105). [mediana; mín e máx; percentis].

Aspectos relativos ao cumprimento da dieta	Sexo Feminino (n=49)		Sexo Masculino (n=56)		P
	Mediana Mín. – Máx.	Pc25 Pc75	Mediana Mín. – Máx.	Pc25 Pc75	
Q1 – Tenho medo de estar com excesso de peso	4 1-6	2 4,5	3,5 1-6	2 4	0,600
Q6 - Sei quantas calorias contêm os alimentos que como.	6 2-6	5 6	5 1-6	3,25 6	0,002
Q7 - Tento manter-me afastado de alimentos como pão, batatas e arroz.	4 1-6	3 5	4 1-6	3 5	0,979
Q10 - Sinto-me muito culpado após comer.	5 1-6	4 6	5 2-6	4 6	0,819
Q11 - Penso muito em ser mais magro.	2 1-6	1 4	3 1-6	1 4	0,295
Q12 - Penso em queimar calorias quando faço exercício físico.	2 1-6	1 4	2 1-6	1 4	0,965
Q14 - Penso muito sobre ter gordura no meu corpo.	4 1-6	3 5	4 1-6	2 5	0,272
Q16 - Afasto-me de comidas que contenham açúcar.	4 1-6	2,5 5	4 1-6	3 5	0,845
Q17 - Como comida de dieta.	4 1-6	3,5 5,50	4 1-6	3 5	0,255
Q22 - Sinto-me desconfortável quando como doces.	4 1-6	4 6	4 1-6	3 6	0,800
Q23 - Estou a fazer dieta.	4 1-6	2 6	3 1-6	2 5	0,166
Q24 - Gosto do meu estômago vazio.	6 1-6	5 6	5 2-6	4 6	0,05
Q25 - Gosto de experimentar novas comidas calóricas.	5 1-6	4 5	5 1-6	4 5	0,523

Escala de Likert: 1=sempre; 2= quase sempre; 3= frequentemente; 4= algumas vezes; 5= raramente; 6= nunca
 Teste de Mann Whitney

4.4. Avaliação das atitudes de controlo alimentar das mães

Na tabela 13, encontram-se representadas as médias de cada subescala do CFQ, por sexo e grupo etário. Apenas se observam diferenças estatisticamente significativas, na subescala “Perceção de excesso de peso próprio” ($p=0,009$), referente ao sexo da criança e do adolescente.

Nas subescalas do CFQ que avaliam as atitudes de controlo alimentar das mães relativamente à alimentação dos filhos, por sexo e grupo etário, não se observaram diferenças estatisticamente significativas. Contudo, destacam-se duas subescalas (“Pressão para comer” e “Comida como recompensa”), pelas médias baixas que apresentam, indicando que as mães desta amostra não têm o hábito de pressionar os seus filhos para comer, nem de recorrer à comida como recompensa.

Tabela 13: Avaliação das subescalas do CFQ, de acordo com o sexo e o grupo etário das crianças e adolescentes. (n=105). (dp=desvio padrão). [média (dp); mediana; percentis].

CFQ		Sexo (n=105)		p	Grupo Etário (n=105)		p
		Feminino (n=49)	Masculino (n=56)		Grupo I ≥ 7 e < 11 anos (n=39)	Grupo II ≥ 11 e < 15 anos (n=66)	
Perceção da responsabilidade da mãe pela alimentação dos filhos	Média (dp)	4,05 (0,85)	4,21 (0,91)	0,190	4,26 (0,86)	4,06 (0,89)	0,154
	Mediana	4,33	4,67		4,67	4,33	
	Pc25	3,67	3,67		3,67	3,67	
	Pc75	4,67	5,00		5,00	4,67	
Perceção do excesso de peso próprio	Média (dp)	3,33 (0,53)	3,11 (0,49)	0,009	3,15 (0,49)	3,25 (0,53)	0,238
	Mediana	3,25	3,00		3,25	3,25	
	Pc25	3,00	3,00		2,75	3,00	
	Pc75	3,50	3,25		3,50	3,50	
Perceção do excesso de peso dos filhos	Média (dp)	3,56 (0,45)	3,52 (0,43)	0,557	3,50 (0,47)	3,56 (0,42)	0,764
	Mediana	3,60	3,50		3,50	3,50	
	Pc25	3,20	3,33		3,20	3,33	
	Pc75	4,00	3,80		3,80	3,83	
Preocupação com o excesso de peso dos filhos	Média (dp)	4,71 (0,43)	4,63 (0,71)	0,815	4,63 (0,53)	4,69 (0,63)	0,231
	Mediana	5,00	5,00		4,67	5,00	
	Pc25	4,33	4,50		4,33	4,67	
	Pc75	5,00	5,00		5,00	5,00	
Restrição	Média (dp)	4,32 (0,71)	4,27 (0,69)	0,631	4,29 (0,62)	4,30 (0,74)	0,501
	Mediana	4,67	4,50		4,33	4,58	
	Pc25	3,83	3,67		3,83	3,67	
	Pc75	4,83	4,83		4,83	5,00	
Pressão para comer	Média (dp)	2,44 (0,92)	2,15 (0,93)	0,103	2,37 (0,93)	2,23 (0,93)	0,457
	Mediana	2,50	2,00		2,50	2,00	
	Pc25	2,00	1,25		1,50	1,25	
	Pc75	3,00	2,88		3,00	3,00	
Monitorização	Média (dp)	4,41 (0,63)	4,25 (0,87)	0,590	4,43 (0,68)	4,26 (0,81)	0,336
	Mediana	4,67	4,33		4,67	4,33	
	Pc25	4,00	4,00		4,00	4,00	
	Pc75	5,00	5,00		5,00	5,00	

Comida como recompensa	Média (dp)	1,69 (1,07)	1,61 (1,08)	0,414	1,83 (1,08)	1,54 (1,06)	0,070
	Mediana	1,00	1,00		1,00	1,00	
	Pc25	1,00	1,00		1,00	1,00	
	Pc75	2,00	1,75		2,50	1,50	

Teste de Mann Whitney

4.5. Correlação entre as subescalas do CFQ e as subescalas do ChEAT

As próximas tabelas referem-se ao estudo de correlação entre as subescalas dos dois questionários aplicados, por sexo e grupo etário.

Na tabela 14, está descrita a correlação de acordo com o sexo da criança/adolescente. Todas as correlações encontradas são baixas. Sendo que, apenas no sexo feminino, encontram-se correlações significativamente diferentes de zero.

Desta forma, salienta-se a correlação entre a subescala do ChEAT “Aspetos relativos ao cumprimento da dieta”, com as subescalas do CFQ “Perceção da responsabilidade da mãe pela alimentação da filha” ($r=0,303$, $p=0,034$) e “Monitorização” ($r=0,303$, $p=0,034$) (Tabela 14). Assim como, a correlação entre a subescala do ChEAT “Controlo da ingestão alimentar” e as subescalas do CFQ “Preocupação com o excesso de peso da filha” ($r=0,377$, $p=0,008$), “Restrição” ($r=0,371$, $p=0,009$) e “Monitorização” ($r=0,335$, $p=0,019$) (Tabela 14). Por último, o score global do ChEAT demonstrou ter uma correlação significativa com as subescalas do CFQ “Perceção da responsabilidade da mãe pela alimentação da filha” ($r=0,290$, $p=0,043$) e “Monitorização” ($r=0,297$, $p=0,038$) (Tabela 14).

Tabela 14: Estudo de correlação entre as subescalas do CFQ e as subescalas do ChEAT, de acordo com o sexo da criança e do adolescente.

CFQ	ChEAT							
	Sexo Feminino				Sexo Masculino			
	Aspetos relativos ao cumprimento da dieta	Preocupação com a comida e bulimia	Controlo da ingestão alimentar	ChEAT global	Aspetos relativos ao cumprimento da dieta	Preocupação com a comida e bulimia	Controlo da ingestão alimentar	ChEAT global
Perceção da responsabilidade da mãe pela alimentação dos filhos	r =0,303 p=0,034	r= -0,211 p=0,146	r=0,252 p=0,081	r=0,290 p=0,043	r=0,255 p=0,058	r=-0,154 p=0,259	r=0,046 p=0,736	r=0,198 p=0,143
Perceção do excesso de peso próprio	r =0,012 p=0,934	r=-0,250 p=0,083	r=-0,027 p=0,852	r=-0,032 p=0,825	r=0,010 p=0,939	r=-0,124 p=0,363	r=0,101 p=0,459	r=0,039 p=0,773
Perceção do excesso de peso dos filhos	r =0,265 p=0,065	r=-0,128 p=0,379	r=0,281 p=0,050	r=0,277 p=0,054	r=0,245 p=0,069	r=0,228 p=0,090	r=-0,198 p=0,143	r=0,152 p=0,264
Preocupação com o excesso de peso dos filhos	r=0,127 p=0,386	r=-0,209 p=0,149	r=0,377 p=0,008	r=0,184 p=0,206	r=0,179 p=0,188	r=0,087 p=0,523	r=0,050 p=0,714	r=0,196 p=0,147
Restrição	r=0,131 p=0,370	r=-0,214 p=0,140	r=0,371 p=0,009	r=0,201 p=0,166	r=-0,026 p=0,848	r=-0,262 p=0,052	r=-0,105 p=0,441	r=-0,098 p=0,470
Pressão para comer	r=0,059 p=0,688	r=-0,009 p=0,951	r=-0,037 p=0,802	r=0,055 p=0,706	r=-0,246 p=0,067	r=-0,209 p=0,121	r=0,029 p=0,835	r=-0,222 p=0,100
Monitorização	r=0,303 p=0,034	r=-0,163 p=0,264	r=0,335 p=0,019	r=0,297 p=0,038	r=0,103 p=0,450	r=-0,055 p=0,687	r=0,036 p=0,795	r=0,082 p=0,547
Comida como recompensa	r=-0,212 p=0,143	r=-0,235 p=0,104	r=-0,218 p=0,132	r=-0,277 p=0,054	r=-0,096 p=0,483	r=-0,043 p=0,754	r=0,098 p=0,471	r=-0,052 p=0,706

Correlação de Spearman

Na tabela 15, pode-se observar a correlação entre os dois questionários, de acordo com o grupo etário da criança e do adolescente.

No Grupo I, destacam-se as seguintes correlações. A correlação entre a subescala do ChEAT “Aspetos relativos ao cumprimento da dieta” e as subescalas do CFQ “Perceção da responsabilidade da mãe pela alimentação dos filhos” ($r=0,331$, $p=0,039$) e “Monitorização” ($r=0,410$, $p=0,010$) (Tabela 15). A subescala do ChEAT “Preocupação com a comida e bulimia” apresenta uma correlação significativa com a “Restrição” ($r=-0,544$, $p<0,001$) (Tabela 15). Por último, o score global do ChEAT apresenta uma correlação significativa com a subescala “Monitorização” ($r=0,337$, $p=0,036$) (Tabela 15).

No que diz respeito ao Grupo II, também se observam algumas correlações significativas, nomeadamente, a correlação entre a subescala do ChEAT “Aspetos

relativos ao cumprimento da dieta” e as subescalas do CFQ “Perceção da responsabilidade da mãe pela alimentação dos filhos” ($r=0,273$, $p=0,026$), “Perceção do excesso de peso dos filhos” ($r=0,343$, $p=0,005$) e “Preocupação com o excesso de peso dos filhos” ($r=0,344$, $p=0,005$). A subescala do ChEAT “Preocupação com a comida e bulimia” também apresenta uma correlação significativa com a subescala do CFQ “Perceção do excesso próprio” ($r=-0,293$, $p=0,017$), bem como a subescala do ChEAT “Controlo da ingestão alimentar” e a subescala do CFQ “Preocupação com o excesso de peso dos filhos” ($r=0,277$, $p=0,024$) (Tabela 15). Por último, o score total do ChEAT apresenta correlações significativas com as subescalas “Perceção do excesso de peso dos filhos” ($r=0,304$, $p=0,013$) e “Preocupação com o excesso de peso dos filhos” ($r=0,375$, $p=0,002$) (Tabela 15).

Tabela 15: Estudo de correlação entre as subescalas do CFQ e do ChEAT, de acordo com o grupo etário da criança e do adolescente.

CFQ	ChEAT							
	Grupo I (≥ 7 e < 11 anos)				Grupo II (≥ 11 e < 15 anos)			
	Aspetos relativos ao cumprimento da dieta	Preocupação com a comida e bulimia	Controlo da ingestão alimentar	ChEAT global	Aspetos relativos ao cumprimento da dieta	Preocupação com a comida e bulimia	Controlo da ingestão alimentar	ChEAT global
Perceção da responsabilidade da mãe pela alimentação dos filhos	$r=0,331$ $p=0,039$	$r=-0,170$ $p=0,300$	$r=0,257$ $p=0,114$	$r=0,297$ $p=0,067$	$r=0,273$ $p=0,026$	$r=-0,146$ $p=0,243$	$r=0,055$ $p=0,663$	$r=0,221$ $p=0,075$
Perceção do excesso de peso próprio	$r=0,142$ $p=0,389$	$r=-0,116$ $p=0,482$	$r=-0,033$ $p=0,840$	$r=0,088$ $p=0,593$	$r=-0,076$ $p=0,545$	$r=-0,293$ $p=0,017$	$r=0,071$ $p=0,569$	$r=-0,075$ $p=0,548$
Perceção do excesso de peso dos filhos	$r=0,091$ $p=0,583$	$r=-0,140$ $p=0,396$	$r=0,045$ $p=0,786$	$r=0,052$ $p=0,754$	$r=0,343$ $p=0,005$	$r=0,180$ $p=0,147$	$r=0,020$ $p=0,872$	$r=0,304$ $p=0,013$
Preocupação com o excesso de peso dos filhos	$r=-0,136$ $p=0,409$	$r=-0,165$ $p=0,316$	$r=0,076$ $p=0,644$	$r=-0,116$ $p=0,483$	$r=0,344$ $p=0,005$	$r=0,066$ $p=0,598$	$r=0,277$ $p=0,024$	$r=0,375$ $p=0,002$
Restrição	$r=-0,002$ $p=0,989$	$r=-0,544$ $p<0,001$	$r=0,278$ $p=0,087$	$r=-0,020$ $p=0,902$	$r=0,078$ $p=0,534$	$r=-0,081$ $p=0,516$	$r=0,020$ $p=0,870$	$r=0,066$ $p=0,600$
Pressão para comer	$r=-0,050$ $p=0,761$	$r=-0,029$ $p=0,862$	$r=-0,153$ $p=0,351$	$r=-0,072$ $p=0,664$	$r=-0,162$ $p=0,193$	$r=-0,187$ $p=0,132$	$r=0,090$ $p=0,473$	$r=-0,123$ $p=0,324$
Monitorização	$r=0,410$ $p=0,010$	$r=-0,135$ $p=0,411$	$r=0,262$ $p=0,107$	$r=0,337$ $p=0,036$	$r=0,055$ $p=0,660$	$r=-0,122$ $p=0,328$	$r=0,094$ $p=0,450$	$r=0,054$ $p=0,664$
Comida como recompensa	$r=-0,140$ $p=0,394$	$r=-0,055$ $p=0,740$	$r=-0,061$ $p=0,714$	$r=-0,132$ $p=0,422$	$r=-0,142$ $p=0,255$	$r=-0,226$ $p=0,068$	$r=-0,032$ $p=0,796$	$r=-0,176$ $p=0,157$

Correlação de Spearman

4.6. Associação entre as atitudes de controlo alimentar das mães e a presença de alterações de comportamento alimentar dos filhos

Na Tabela 16, pode observar-se a associação entre as subescalas do CFQ e a presença de alterações do comportamento alimentar dos filhos. Apenas se verificaram diferenças com significado estatístico na subescala “Perceção da responsabilidade da mãe pela alimentação do filho” ($p=0,015$) (Tabela 16).

Tabela 16: Associação entre as subescalas do CFQ e a presença de alterações do comportamento alimentar nas crianças e adolescentes. (dp=desvio padrão). [média (dp); mediana; percentis].

CFQ		ChEAT			p	Total
		CA normal (score<10)	Alteração moderada do CA (≥ 10 score<20)	Alteração severa do CA (score ≥ 20)		
Perceção da responsabilidade da mãe pela alimentação dos filhos	Média (dp)	3,73 (1,03)	4,29 (0,75)	4,37 (0,75)	0,015	4,13 (0,88)
	Mediana	4,00	4,33	4,67		4,33
	Pc25	3,00	4,00	4,00		3,67
	Pc75	4,67	5,00	5,00		5,00
Perceção do excesso de peso próprio	Média (dp)	3,16 (0,53)	3,32 (0,45)	3,09 (0,57)	0,321	3,21 (0,52)
	Mediana	3,25	3,25	3,13		3,25
	Pc25	2,75	3,00	2,88		3,00
	Pc75	3,50	3,50	3,50		3,50
Perceção do excesso de peso dos filhos	Média (dp)	3,40 (0,45)	3,62 (0,40)	3,58 (0,44)	0,114	3,54 (0,44)
	Mediana	3,40	3,55	3,60		3,50
	Pc25	3,17	3,33	3,33		3,25
	Pc75	3,60	4,00	3,92		3,83
Preocupação com o excesso de peso dos filhos	Média (dp)	4,55 (0,75)	4,71 (0,47)	4,75 (0,55)	0,140	4,67 (0,59)
	Mediana	4,67	5,00	5,00		5,00
	Pc25	4,33	4,67	4,67		4,33
	Pc75	5,00	5,00	5,00		5,00
Restrição (sem Q21 e Q22)	Média (dp)	4,30 (0,63)	4,35 (0,67)	4,20 (0,82)	0,687	4,30 (0,70)
	Mediana	4,50	4,67	4,50		4,50
	Pc25	4,00	3,67	3,58		3,67
	Pc75	4,83	5,00	4,83		4,83
Pressão para comer	Média (dp)	2,49 (0,82)	2,24 (0,97)	2,12 (0,97)	0,254	2,29 (0,93)
	Mediana	2,50	2,25	2,00		2,25
	Pc25	2,00	1,38	1,25		1,50
	Pc75	3,00	2,88	3,00		3,00
Monitorização	Média (dp)	4,22 (0,72)	4,28 (0,85)	4,51 (0,66)	0,244	4,32 (0,77)
	Mediana	4,33	4,33	5,00		4,33
	Pc25	3,67	4,00	4,00		4,00
	Pc75	5,00	5,00	5,00		5,00
Comida como recompensa	Média (dp)	1,80 (1,19)	1,67 (1,07)	1,43 (0,94)	0,274	1,65 (1,07)
	Mediana	1,00	1,00	1,00		1,00
	Pc25	1,00	1,00	1,00		1,00
	Pc75	2,00	2,00	1,25		2,00

CA: comportamento alimentar
 Teste Kruskal Wallis

4.7. Associação entre a presença de alterações do comportamento alimentar dos filhos e a caracterização do estado nutricional da criança e do adolescente

Na tabela 17, pode-se analisar a associação entre a presença de alterações do comportamento alimentar e a média de z-score de IMC da criança e do adolescente. Apesar, de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo, pode-se observar uma média de z-score de IMC superior no grupo das crianças e adolescentes com alterações severas do comportamento alimentar.

Tabela 17: Associação entre a presença de alterações do comportamento alimentar e o z-score de IMC da criança e do adolescente. (dp=desvio padrão). [média (dp); mediana; percentis].

		ChEAT			p	Total
		CA normal (score<10)	Alteração moderada do CA (≥ 10 score<20)	Alteração severa do CA (score ≥ 20)		
Z-score de IMC da criança/ adolescente	Média (dp)	2,21 (0,60)	2,47 (0,52)	2,60 (0,82)	0,180	2,42 (0,65)
	Mediana	2,31	2,46	2,49		2,43
	Pc25	1,81	2,18	1,98		2,05
	Pc75	2,63	2,77	3,15		2,72

CA: comportamento alimentar
Teste de Kruskal Wallis

4.8. Associação entre as atitudes de controlo alimentar das mães e a caracterização do estado nutricional da criança e do adolescente

Na Tabela 18, pode-se analisar a associação entre as subescalas do CFQ e a caracterização do estado nutricional da criança e do adolescente. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas em algumas subescalas, nomeadamente na subescala “Perceção do excesso de peso próprio” ($p=0,017$) e “Preocupação com o excesso de peso dos filhos” ($p=0,026$).

Relativamente à relação entre as subescalas que avaliam as atitudes de controlo alimentar das mães e o estado nutricional dos filhos, não se observaram diferenças com significado estatístico nas diferentes variáveis em estudo.

Tabela 18: Associação entre as subescalas do CFQ da criança e do adolescente e o seu estado nutricional. (dp=desvio padrão). [média (dp); mediana; percentis].

CFQ		Estado nutricional da criança e do adolescente		p	Total
		Sobrepeso (n=26)	Obesidade (n=79)		
Perceção da responsabilidade da mãe pela alimentação dos filhos	Média (dp)	4,06 (1,07)	4,16 (0,82)	0,994	4,13 (0,88)
	Mediana	4,33	4,33		4,33
	Pc25	3,67	3,67		3,67
	Pc75	5,00	5,00		5,00
Perceção do excesso de peso próprio	Média (dp)	2,98 (0,58)	3,28 (0,47)	0,017	3,21 (0,52)
	Mediana	3,00	3,25		3,25
	Pc25	2,75	3,00		3,00
	Pc75	3,25	3,50		3,50
Perceção do excesso de peso dos filhos	Média (dp)	3,45 (0,37)	3,57 (0,46)	0,178	3,54 (0,44)
	Mediana	3,50	3,50		3,50
	Pc25	3,17	3,33		3,25
	Pc75	3,67	3,83		3,83
Preocupação com o excesso de peso dos filhos	Média (dp)	4,38 (0,94)	4,76 (0,39)	0,026	4,67 (0,59)
	Mediana	4,67	5,00		5,00
	Pc25	4,33	4,67		4,33
	Pc75	5,00	5,00		5,00
Restrição	Média (dp)	4,34 (0,76)	4,28 (0,68)	0,510	4,30 (0,70)
	Mediana	4,58	4,50		4,50
	Pc25	4,00	3,67		3,67
	Pc75	5,00	4,83		4,83
Pressão para comer	Média (dp)	2,50 (0,88)	2,22 (0,94)	0,175	2,29 (0,93)
	Mediana	2,50	2,25		2,25
	Pc25	2,00	1,25		1,50
	Pc75	3,00	3,00		3,00
Monitorização	Média (dp)	4,45 (0,77)	4,28 (0,77)	0,209	4,32 (0,77)
	Mediana	5,00	4,33		4,33
	Pc25	4,00	4,00		4,00
	Pc75	5,00	5,00		5,00
Comida como recompensa	Média (dp)	1,52 (1,01)	1,69 (1,10)	0,534	1,65 (1,07)
	Mediana	1,00	1,00		1,00
	Pc25	1,00	1,00		1,00
	Pc75	1,50	2,00		2,00

Teste de Mann Whitney

4.9. Associação entre as atitudes de controlo alimentar das mães e o seu estado nutricional

Na tabela 19, pode-se observar os resultados das diferentes subescalas do CFQ referente às filhas em função do estado nutricional da mãe. Encontram-se,

apenas diferenças estatisticamente significativas na subescala “Percepção de excesso de peso próprio” ($p=0,05$).

No que diz respeito à associação entre o estado nutricional das mães e as subescalas do CFQ que avaliam as atitudes de controlo alimentar das mães, não se observaram diferenças estatisticamente significativas. Contudo, pode-se verificar que as mães com obesidade monitorizam mais a alimentação das filhas.

Tabela 19: Associação entre as subescalas do CFQ referente às filhas e o estado nutricional da mãe. (dp=desvio padrão). [média (dp); mediana; percentis].

CFQ	Estado nutricional da mãe			p	Total	
	Normoponderal (n=11)	Excesso de peso (n=17)	Obesidade (n=21)			
Percepção da responsabilidade da mãe pela alimentação das filhas	Média (dp)	4,15 (0,85)	4,00 (0,77)	4,03 (0,95)	0,775	4,05 (0,85)
	Mediana	4,33	4,00	4,00		4,33
	Pc25	3,67	3,67	3,33		3,67
	Pc75	4,67	4,33	5,00		4,67
Percepção do excesso de peso próprio	Média (dp)	3,07 (0,34)	3,31 (0,70)	3,48 (0,39)	0,050	3,33 (0,53)
	Mediana	3,25	3,25	3,50		3,25
	Pc25	3,00	2,75	3,25		3,00
	Pc75	3,25	3,75	3,75		3,50
Percepção do excesso de peso das filhas	Média (dp)	3,65 (0,28)	3,46 (0,45)	3,59 (0,52)	0,229	3,56 (0,45)
	Mediana	3,67	3,40	3,60		3,60
	Pc25	3,60	3,20	3,20		3,20
	Pc75	3,80	3,60	4,00		4,00
Preocupação com o excesso de peso das filhas	Média (dp)	4,85 (0,23)	4,76 (0,28)	4,60 (0,57)	0,491	4,71 (0,43)
	Mediana	5,00	5,00	5,00		5,00
	Pc25	4,67	4,67	4,33		4,33
	Pc75	5,00	5,00	5,00		5,00
Restrição (sem Q21 e Q22)	Média (dp)	4,50 (0,61)	4,42 (0,70)	4,15 (0,75)	0,287	4,32 (0,71)
	Mediana	4,67	4,83	4,33		4,67
	Pc25	4,17	4,00	3,67		3,83
	Pc75	5,00	4,83	4,83		4,83
Pressão para comer	Média (dp)	2,86 (0,85)	2,26 (0,89)	2,36 (0,94)	0,217	2,44 (0,92)
	Mediana	3,25	2,50	2,50		2,50
	Pc25	2,00	1,50	1,50		2,00
	Pc75	3,50	2,75	2,75		3,00
Monitorização	Média (dp)	4,27 (0,73)	4,39 (0,66)	4,49 (0,56)	0,698	4,41 (0,63)
	Mediana	4,00	4,67	4,67		4,67
	Pc25	3,67	4,00	4,00		4,00
	Pc75	5,00	5,00	5,00		5,00
Comida como recompensa	Média (dp)	1,73 (0,93)	1,44 (1,00)	1,88 (1,20)	0,381	1,69 (1,07)
	Mediana	1,00	1,00	1,50		1,00
	Pc25	1,00	1,00	1,00		1,00
	Pc75	2,50	1,50	2,50		2,00

Teste de Kruskal Wallis

Na tabela 20, encontra-se a associação entre as subescalas do CFQ relativo aos filhos e o estado nutricional das mães. Novamente, encontram-se diferenças com significado estatístico entre o estado nutricional da mãe e a subescala “Percepção do excesso de peso próprio” ($p=0,008$).

Relativamente às subescalas que avaliam as atitudes de controlo alimentar das mães, observam-se diferenças estatisticamente significativas entre o estado nutricional da mãe e a subescala “Pressão para comer” ($p=0,002$).

Tabela 20: Associação entre as subescalas do CFQ referente aos filhos e o estado nutricional da mãe. (dp=desvio padrão). [média (dp); mediana; percentis].

CFQ		Estado nutricional da mãe			p	Total
		Normoponderal (n=19)	Excesso de peso (n=22)	Obesidade (n=15)		
Perceção da responsabilidade da mãe pela alimentação dos filhos	Média (dp)	3,86 (0,96)	4,21 (0,98)	4,64 (0,50)	0,076	4,21 (0,91)
	Mediana	4,00	4,33	4,67		4,67
	Pc25	3,00	3,67	4,67		3,67
	Pc75	5,00	5,00	5,00		5,00
Perceção do excesso de peso próprio	Média (dp)	2,86 (0,42)	3,20 (0,53)	3,28 (0,38)	0,008	3,11 (0,49)
	Mediana	3,00	3,25	3,25		3,00
	Pc25	2,75	3,00	3,00		3,00
	Pc75	3,00	3,50	3,50		3,25
Perceção do excesso de peso dos filhos	Média (dp)	3,44 (0,34)	3,52 (0,46)	3,62 (0,50)	0,447	3,52 (0,43)
	Mediana	3,40	3,50	3,50		3,50
	Pc25	3,17	3,33	3,33		3,33
	Pc75	3,67	3,80	4,00		3,80
Preocupação com o excesso de peso dos filhos	Média (dp)	4,61 (0,57)	4,44 (0,96)	4,93 (0,14)	0,097	4,63 (0,71)
	Mediana	4,67	5,00	5,00		5,00
	Pc25	4,33	4,00	5,00		4,50
	Pc75	5,00	5,00	5,00		5,00
Restrição (sem Q21 e Q22)	Média (dp)	4,13 (0,59)	4,40 (0,77)	4,26 (0,70)	0,214	4,27 (0,69)
	Mediana	4,00	4,75	4,67		4,50
	Pc25	3,50	4,33	3,67		3,67
	Pc75	4,67	5,00	4,83		4,83
Pressão para comer	Média (dp)	2,63 (0,84)	2,14 (0,99)	1,57 (0,59)	0,002	2,15 (0,93)
	Mediana	2,75	2,00	1,50		2,00
	Pc25	2,00	1,25	1,00		1,25
	Pc75	3,00	2,75	2,00		2,88
Monitorização	Média (dp)	4,21 (0,79)	4,33 (0,70)	4,18 (1,19)	0,871	4,25 (0,87)
	Mediana	4,33	4,33	4,67		4,33
	Pc25	3,67	4,00	4,00		4,00
	Pc75	5,00	5,00	5,00		5,00
Comida como recompensa	Média (dp)	1,47 (0,90)	1,91 (1,37)	1,33 (0,70)	0,576	1,61 (1,08)
	Mediana	1,00	1,00	1,00		1,00
	Pc25	1,00	1,00	1,00		1,00
	P75	1,50	3,50	1,50		1,75

Teste de Kruskal Wallis

4.10. Associação entre presença de alterações do comportamento alimentar na criança e o estado nutricional da mãe

Na tabela 21, é abordada a associação entre a presença de alterações do comportamento alimentar nas crianças e adolescentes e o estado nutricional da mãe. Relativamente às filhas não se observaram diferenças estatisticamente significativas. Contudo, quando se avalia a relação com a presença de alterações

do comportamento alimentar do filho já se observam diferenças estatisticamente significativas ($p=0,041$).

Tabela 21: Associação entre o estado nutricional da mãe e a presença de alterações do comportamento alimentar, de acordo com o sexo da criança/ adolescente. [n(%)].

		Estado nutricional da mãe				p	Total (n=105)
		Normoponderal (n=30)	Excesso de peso (n=39)	Obesidade (n=36)			
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
ChEAT Sexo Feminino (n=49)	CA normal (score<10)	5 (45,4)	4 (23,5)	6 (28,6)	0,656	15 (30,6)	
	Alteração moderada do CA (≥10 score<20)	4 (36,4)	9 (53,0)	8 (38,1)		21 (42,9)	
	Alteração severa do CA (score≥20)	2 (18,2)	4 (23,5)	7 (33,3)		13 (26,5)	
ChEAT Sexo Masculino (n=56)	CA normal (score<10)	7 (36,8)	10 (45,5)	1 (6,6)	0,041	18 (32,1)	
	Alteração moderada do CA (≥10 score<20)	6 (31,6)	10 (45,5)	7 (46,7)		23 (41,1)	
	Alteração severa do CA (score≥20)	6 (31,6)	2 (9,0)	7 (46,7)		15 (26,8)	

CA: comportamento alimentar
Teste do Qui-quadrado

4.11. Fatores de risco para o aparecimento de alterações do comportamento alimentar em crianças e adolescentes

Na tabela 22, pode-se observar a contribuição das diferentes variáveis estudadas no aparecimento de alterações do comportamento alimentar nesta amostra. Observa-se que, quanto maior o IMC da mãe, mais elevados tendem a ser os scores do ChEAT [$\beta=0,281$ (-0,027;0,590)] ($p=0,073$). A subescala do CFQ “Percepção da responsabilidade da mãe pela alimentação dos filhos” também tem efeito no aparecimento de alterações do comportamento alimentar. Neste caso, scores superiores nesta subescala parecem estar associados à presença de alterações de comportamento alimentar na criança e no adolescente [$\beta =2,379$ (0,623;4,135)] ($p=0,008$).

Tabela 22: Análise univariada e multivariada dos fatores de risco para o aparecimento de alterações do comportamento alimentar em idade pediátrica. [β , respetivo intervalo de confiança de 95% (IC95%) e valor de p].

Fatores	Análise Univariada			Análise Mutivariada*		
	β	IC95%	p	β	IC95%	p
IMC da Mãe	0,326	0,011;0,642	0,043	0,281	-0,027;0,590	0,073
Z-score de IMC da Criança/ Adolescente	2,392	-0,053;4,837	0,055			
Sexo	0,082	-3,143;3,307	0,960			
Subescalas do CFQ						
Perceção da responsabilidade da mãe pela alimentação dos filhos	2,552	0,787;4,317	0,005	2,379	0,623;4,135	0,008
Perceção do excesso de peso próprio	-1,140	-4,268;1,988	0,471			
Perceção do excesso de peso dos filhos	2,866	-0,789;6,520	0,123			
Preocupação com o excesso de peso dos filhos	1,905	-0,788;4,598	0,164			
Restrição	-0,654	-3,256;1,947	0,619			
Pressão para comer	-0,724	-2,455;1,006	0,408			
Monitorização	1,571	-0,518;3,660	0,139			

*Variáveis independentes: todas as variáveis consideradas: Método backward

5. Discussão

A obesidade em idade pediátrica tem alcançado números cada vez mais elevados^(45, 46). Na amostra estudada, apesar de não se observarem diferenças com significado estatístico dos números de excesso de peso e obesidade, entre os sexos e os grupos etários, o sexo masculino e o grupo das crianças mais jovens (Grupo I) apresentam valores médios de z-score mais elevados (Tabela 6). De acordo com os critérios da OMS⁽³⁸⁾, a caracterização do estado nutricional da amostra estudada permite observar uma elevada percentagem de crianças e adolescentes com obesidade ($z\text{-score} \geq 2$), na totalidade da amostra, em ambos os sexos e grupos etários (Tabela 7). De salientar, que do total da amostra, cerca de 75% das crianças e adolescentes têm obesidade (Tabela 7).

Por outro lado, verificou-se igualmente uma elevada percentagem de excesso de peso e obesidade materna, sendo que 71,4% das mães têm excesso de peso ou obesidade (Tabela 9). A obesidade dos pais, tem sido um dos fatores de risco apontados para o desenvolvimento de obesidade em idade pediátrica^(47, 48). Torna-se assim crucial o envolvimento da família no tratamento da obesidade em idade pediátrica, nomeadamente da mãe. A inclusão da família neste processo tem demonstrado melhor sucesso destas intervenções^(49, 50).

A obesidade infantil tem tendência a persistir até à idade adulta⁽⁵¹⁾. As intervenções habitualmente realizadas na prevenção e tratamento da obesidade não são eficazes, em parte, devido à falta de compreensão sobre as características da família que influenciam os comportamentos alimentares da criança e do adolescente⁽⁵²⁾. Daí a importância do seu estudo para uma melhor atuação do profissional de saúde.

A identificação da presença de alterações do comportamento alimentar em idade pediátrica, é uma informação fundamental para uma melhor compreensão e abordagem no tratamento do sobrepeso e da obesidade nesta faixa etária⁽⁵³⁾. A avaliação de alterações do comportamento alimentar através da aplicação do ChEAT, permitiu observar que não há diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e os grupos etários (Tabela 10). Porém, destaca-se a subescala “Preocupação com a comida e bulimia”, por apresentar médias muito baixas, quer por sexo, como por grupo etário. A referida subescala avalia a presença de episódios de ingestão compulsiva, purgação e outras técnicas de controlo de peso⁽⁴²⁾, que perante os resultados obtidos, a amostra estudada, na sua maioria, não aplica estas técnicas.

Atendendo à avaliação da existência de alterações do comportamento alimentar, salienta-se o facto que mais de 25% da amostra estudada, apresenta alterações severas do comportamento alimentar (Tabela 11). Este dado reforça o encontrado na literatura, relativamente à elevada presença de alterações do comportamento alimentar em crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade⁽⁵⁾. O aparecimento de alterações do comportamento alimentar em crianças parece estar relacionado com vários fatores, nomeadamente, características da própria criança, como o IMC⁽⁵⁴⁾. De facto, no presente estudo, as crianças e adolescentes que apresentam alterações severas do comportamento alimentar, têm uma média de z-score de IMC superior (Tabela 17), o que vai de encontro com o que se observa na literatura^(5, 16, 33).

Um estudo realizado em Portugal entre 2006 e 2008, num grupo de crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos com sobrepeso e obesidade seguidas igualmente em meio hospitalar, verificou uma percentagem igualmente

elevada de crianças e adolescentes com alterações severas do comportamento alimentar⁽⁴²⁾.

Procedendo a uma análise mais aprofundada de cada item por subescala, permite retirar algumas conclusões interessantes. Na subescala “Aspectos relativos ao cumprimento da dieta” pode-se observar que, em ambos os sexos, as crianças e adolescentes, pensam muito em ser mais magros e em queimar calorias quando fazem exercício físico (Tabela 12). Cerca de 25% da amostra estudada refere pensar muito sobre a gordura corporal, principalmente os rapazes que referem pensar quase sempre neste aspeto (Tabela 12). Relativamente à alimentação, cerca de 25% da amostra refere que evita frequentemente alimentos que contenham açúcar, sendo que os rapazes se sentem desconfortáveis quando comem doces. Por outro lado, a maioria da amostra não tem conhecimento do valor calórico dos alimentos que ingerem. Atendendo ao propósito desta subescala, a amostra estudada parece ter uma grande preocupação com a imagem corporal. Os estudos têm sugerido que as crianças e adolescentes com sobrepeso/ obesidade, expressam maior preocupação com o peso e com a alimentação, e poucos referem comportamentos de *binge-eating* e recusa alimentar⁽³⁶⁾. Tal facto verificou-se na presente amostra.

Os scores das restantes subescalas são mais baixos atendendo aos pontos de corte de cada subescala. Os itens referidos na subescala “Controlo da ingestão alimentar” tendem a relacionar-se mais com crianças e adolescentes com desordens alimentares do foro restritivo, como por exemplo a anorexia nervosa, do que propriamente com o sobrepeso e a obesidade⁽⁵⁾. Tal observa-se, na presente amostra, pois apresenta scores baixos nesta mesma subescala do ChEAT (Tabela 10).

Aquando da análise das diferentes subescalas do CFQ, por sexo e por grupos etários, apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas numa das subescalas. A subescala “Perceção do excesso de peso próprio” apresenta diferenças estatisticamente significativas de acordo com o sexo da criança e do adolescente ($p=0,009$) (Tabela 13). As mães com filhos do sexo feminino, referem ter uma maior perceção do seu excesso de peso, o que vai de encontro à percentagem de obesidade mais elevada das mães de crianças e adolescentes do sexo feminino (Tabela 9).

Analisando atentamente a subescala “Perceção do excesso de peso dos filhos” verifica-se que as mães, em média, classificam que o peso do seu filho está entre a média e o excesso de peso (Tabela 13), o que contraria os dados da caracterização do estado nutricional da presente amostra, em que cerca de 75% das crianças e adolescentes apresentam obesidade (Tabela 7). Os estudos têm verificado que muitos pais não se apercebem do peso dos filhos, nomeadamente quando os filhos têm sobrepeso ou obesidade⁽⁵⁵⁻⁵⁸⁾, nem reconhecem o facto desta ser um problema de saúde⁽⁵⁹⁾. Tal facto, poderá dificultar o acesso ao tratamento da criança e do adolescente. No presente estudo, tal não se verificou, possivelmente pelo facto dos profissionais de saúde estarem cada vez mais alertados para o sobrepeso e a obesidade e encaminharem as crianças/adolescentes para profissionais de saúde especialistas na área da obesidade pediátrica.

Nas subescalas do CFQ, que avaliam as atitudes de controlo alimentar das mães relativamente à alimentação dos filhos, apesar de não se observarem diferenças estatisticamente significativas entre sexos e grupos etários, destacam-se duas subescalas pelas médias baixas que apresentam em todos os grupos:

“Pressão para comer” e “Comida como recompensa” (Tabela 13). Ao apresentarem médias baixas, indicam que as mães da amostra avaliada não têm o hábito de pressionar os seus filhos para comer, nem oferecem comida como recompensa. Os estudos indicam que a pressão para comer tende a ser inferior, quanto maior o peso da criança⁽³⁰⁾, estando o presente estudo em consonância com este achado. No ChEAT também foi possível observar que a maioria das crianças/ adolescentes não se sente pressionada para comer, pois as médias da subescala “Controlo da ingestão alimentar” são baixas (Tabela 10). Por outro lado, a utilização de comida como recompensa pode diminuir a capacidade da criança auto-regular a sua ingestão alimentar, baseada na saciedade⁽³²⁾. Assim, a opção das mães desta amostra de não usarem a comida como recompensa poderá facilitar o tratamento da obesidade.

No estudo realizado em Portugal, que validou o CFQ em crianças dos 7 aos 12 anos, em meio escolar, verificaram-se médias de pressão para comer superiores nas crianças com excesso de peso e obesidade, quando comparado com a presente amostra⁽³⁰⁾. Tal, poderá ser explicado, pelo facto da amostra aqui estudada, encontrar-se a ser seguida por profissionais de saúde para o tratamento da obesidade, enquanto que a amostra escolar poderá não ter o mesmo acompanhamento. Da mesma forma, a amostra escolar apresenta níveis de monitorização inferiores⁽³⁰⁾, quando comparados com a presente amostra, podendo apresentar a mesma explicação.

No presente estudo, verificam-se médias elevadas na subescala “Restrição” em ambos os sexos e grupos etários (Tabela 13). Os estudos indicam que a restrição exercida pela mãe associa-se geralmente ao aumento de peso

dos filhos^(30, 60). Por vezes, a restrição aumenta a atenção e a preferência pelos alimentos restritos, que geralmente correspondem aos não saudáveis⁽⁶¹⁾.

Na amostra estudada, a média da subescala “Monitorização” foi elevada, não havendo também diferenças estatisticamente significativas entre os sexos e os grupo etários (Tabela 13). A monitorização encontra-se associada a um controlo discreto por parte dos pais e alguns estudos indicam que está relacionada com uma alimentação mais saudável por parte da criança e do adolescente^(4, 14). As médias mais elevadas que encontramos nesta subescala no podem ser explicadas provavelmente por ser uma amostra que se encontra atualmente em tratamento. O tratamento da obesidade engloba não só a educação alimentar e o incentivo à prática de atividade física, mas também a modelagem dos comportamentos alimentares das crianças e adolescentes, bem como dos comportamentos dos pais para com o seu filho. Por outro lado, é importante referir, que a média de monitorização é superior no caso das raparigas, comparativamente aos rapazes, mas sem diferenças com significado estatístico. A diferença verificada entre os sexos, poderá estar associada à maior importância geralmente dada pelas mães ao peso das raparigas⁽³⁰⁾.

No estudo de correlação entre o ChEAT e o CFQ, apenas se observam correlações significativas no sexo feminino (Tabela 14). As filhas, cujas mães indicam ter uma maior perceção da responsabilidade pela alimentação das mesmas e monitorizam mais a alimentação, apresentam uma diminuição da ingestão de alimentos densamente energéticos e maior preocupação com a imagem corporal (Tabela 14). Por outro lado, as mães que referem ter maior preocupação com o excesso de peso das filhas e que restringem e monitorizam mais a sua alimentação, as filhas apresentam um score superior de controlo da

ingestão alimentar e referem sofrer de maior pressão social (Tabela 14). Contudo, como anteriormente referido, a subescala “Controlo da ingestão alimentar” apresenta scores baixos. No que diz respeito, ao score total do ChEAT, pode-se observar que as mães que apresentam maior perceção da responsabilidade pela alimentação das filhas e monitorizam mais a sua alimentação, estas apresentam scores totais do ChEAT mais elevados (Tabela 14). Face à literatura, os dados apresentados parecem contraditórios, uma vez que a monitorização e o controlo discreto se encontram associados a hábitos alimentares mais saudáveis⁽⁴⁾. Contudo, este resultado poderá ser interpretado no sentido em que quando as filhas apresentam alterações do comportamento alimentar, as mães acabam por assumir maior responsabilidade pela sua alimentação e monitorizá-la mais.

Quando aplicado o mesmo estudo de correlação, tendo em conta o grupo etário, encontram-se correlações significativas em ambos os grupos. No Grupo I, tal como anteriormente referido para o sexo feminino, as mães que referem ter maior perceção da responsabilidade pela alimentação dos filhos e a monitorizam mais, têm filhos que apresentam menor ingestão de alimentos densamente energéticos e maior preocupação com a imagem corporal (Tabela 15). No mesmo grupo, as crianças que referem maior preocupação com a comida e episódios de ingestão compulsiva e purgação, têm mães que relatam restringirem menos a alimentação dos filhos (Tabela 15). Porém, este dado pode não ser muito relevante visto os scores da respetiva subescala do ChEAT serem muito baixos, o que indica que as crianças da amostra raramente apresentam episódios de ingestão compulsiva e purgação (Tabela 10). Relativamente ao score total do ChEAT, quanto mais elevado, as mães referem monitorizar mais a alimentação dos filhos (Tabela 15). Tal facto, poderá ser explicado da mesma forma como

aconteceu no caso das raparigas. A criança ao apresentar alterações do comportamento alimentar, a mãe tende a monitorizar mais a sua alimentação.

No Grupo II, para além da maior noção da responsabilidade pela alimentação dos filhos, as mães que têm maior perceção e preocupação com o excesso de peso deles, estes apresentam maior preocupação com a alimentação e com a imagem corporal (Tabela 15). Por outro lado, as mães que demonstram ter maior preocupação com o excesso de peso dos filhos, estes referem ter maior auto-controlo na sua alimentação (Tabela 15). No que diz respeito, aos scores totais do ChEAT, os mais elevados, encontram-se associados a uma maior perceção e preocupação com o excesso de peso dos filhos (Tabela 15). Pode-se especular, que o facto do adolescente apresentar alterações do comportamento alimentar, a mãe tende a ter maior perceção do excesso de peso do filho e, conseqüentemente maior preocupação.

Na correlação entre as subescalas do CFQ e a presença de alterações do comportamento alimentar, sobressai, uma vez mais, a subescala “Perceção da responsabilidade pela alimentação do filho” (Tabela 16). As mães de filhos que apresentam alterações severas do comportamento alimentar, são as que referem ter maior responsabilidade pela alimentação dos mesmos (Tabela 16). Tal dado, levanta a questão se este facto acontece porque as mães têm perceção da existência de alterações severas do comportamento alimentar na criança/adolescente.

Quando é feita a análise da relação entre as subescalas do CFQ e o estado nutricional da criança/adolescente, as mães que referem ter maior perceção do seu excesso de peso, têm filhos que apresentam também mais peso (Tabela 18). Tal dado, reforça, uma vez mais, que a obesidade é uma doença

transgeracional. Por outro lado, as mães com filhos com obesidade, demonstram ter maior preocupação com o excesso de peso dos filhos (Tabela 18).

No estudo de relação entre as diferentes subescalas do CFQ e o estado nutricional da mãe, encontramos diferenças com significado estatístico em função do sexo da criança/ adolescente, na subescala “Percepção do excesso de peso próprio” (Tabelas 19 e 20). Resumindo, quanto maior o estado ponderal das mães, maior a média de percepção de excesso de peso próprio. Indo ao encontro da elevada percentagem de mães com excesso de peso e obesidade da presente amostra. Apesar de não apresentar diferenças com significado estatístico, as mães com obesidade, são as que relatam monitorizar mais a alimentação das filhas (Tabela 19). Em geral, as mães tendem a preocupar-se mais com o peso das filhas que dos filhos, tal como se verifica na presente amostra (Tabela 13).

No grupo dos rapazes, destaca-se a relação entre a subescala “Pressão para comer” e o estado nutricional da mãe (Tabela 20). Neste caso, as mães normoponderais são que apresentam médias superiores de pressão para comer. Assim, as mães com obesidade são as que exercem menor pressão, eventualmente pela noção das consequências que esta prática pode provocar na saúde da criança/ adolescente. Ystrom e colaboradores observaram o mesmo em 2012, em que o peso da mãe estava negativamente associado à subescala “Pressão para comer”⁽⁶²⁾. Contudo, é importante salientar que no presente estudo, em todos os grupos, as médias da referida subescala são baixas, o que indica que não é uma prática muito utilizada pelas mães avaliadas.

Por último, a análise da relação entre a presença de alterações de comportamento alimentar na criança/ adolescente e o estado nutricional da mãe, permitiu observar que, apenas no grupo dos rapazes, existem diferenças com

significado estatístico (Tabela 21). Neste caso, as mães que apresentam obesidade, os filhos manifestam alterações moderadas a severas do comportamento alimentar (Tabela 21). Este dado reforça, uma vez mais, a importância da inclusão dos pais no tratamento da obesidade, englobando também o tratamento da obesidade materna.

Em resumo, os fatores que melhor preveem o aparecimento de alterações de comportamento alimentar nas crianças/ adolescentes incluídos nesta amostra são: o IMC da mãe e a subescala do CFQ “Perceção da responsabilidade da mãe pela alimentação do filho” (Tabela 22). Assim, mães com um IMC superior, têm filhos que apresentam algum tipo de alterações do comportamento alimentar, o que vai ao encontro do referido anteriormente. Da mesma forma, as mães que têm maior perceção da responsabilidade pela alimentação dos filhos, estes apresentam scores totais do ChEAT mais elevados.

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser referidas, como tal, os resultados deste estudo devem ser interpretados com precaução. Algumas crianças, nomeadamente as mais novas, manifestaram dificuldade de leitura e compreensão das afirmações presentes no questionário ChEAT. Contudo, esta questão foi ultrapassada pela explicação das afirmações pelo entrevistador. Por outro lado, a diferença entre o número de crianças do Grupo I e do Grupo II, também não permite retirar muitas conclusões. A existência de um grupo controlo seria importante, sendo assim, são necessários mais estudos, nomeadamente, caso-controlo e longitudinais, para suportarem mais as conclusões aqui encontradas.

Relativamente às vantagens, foram usados questionários validados na população portuguesa e a recolha dos dados foi realizada sempre pela mesma

pessoa, diminuindo o viés do entrevistador. Mais ainda, até ao momento parece não existir mais nenhum estudo que avalie a correlação entre o questionário ChEAT e o CFQ.

6. Conclusões

No presente estudo, a maioria das crianças/ adolescentes com sobrepeso/ obesidade têm mães com excesso de peso ou obesidade. As crianças/ adolescentes com *z-score* de IMC superior têm maior probabilidade de desenvolverem alterações do comportamento alimentar. Mais especificamente, alterações relacionadas com maior preocupação com a imagem corporal e com a alimentação. Não se observando com muita frequência, episódios de ingestão compulsiva e purgação.

Relativamente às atitudes de controlo alimentar das mães, foi possível verificar médias baixas de pressão para comer e utilização de comida como recompensa e médias mais elevadas nas subescalas restrição e monitorização.

Apesar das correlações entre os dois questionários serem baixas, verificou-se, que quanto maior o score total do ChEAT, maior a monitorização da alimentação da criança/adolescente por parte da mãe.

Os fatores que mais influenciaram o aparecimento de alterações do comportamento alimentar foram o IMC da mãe e a sua perceção da responsabilidade pela alimentação do filho.

Pode-se concluir, que efetivamente parece existir uma ligação importante entre o estado ponderal da mãe e as suas atitudes de controlo alimentar com o estado nutricional da criança/ adolescentes e as alterações do comportamento alimentar. Destaca-se assim, a importância da inclusão de toda a família, especialmente da mãe, nas ações de prevenção da obesidade em idade pediátrica, bem como no seu tratamento.

7. Referências Bibliográficas

1. Gahagan S. Development of eating behavior: biology and context. *J Dev Behav Pediatr.* 2012; 33(3):261-71.
2. Ramos M, Stein LM. [Development children's eating behavior]. *J Pediatr (Rio J).* 2000; 76 Suppl 3:S229-37.
3. Viana V, Santos PL, Guimarães MJ. Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças.* 2008; 9(2):209-31.
4. Viana V, Candeias L, Rego C, Silva D. Comportamento alimentar em crianças e controlo parental: uma revisão bibliográfica. *Alimentação Humana.* 2009; 15(1):9-16.
5. Ranzenhofer LM, Tanofsky-Kraff M, Menzie CM, Gustafson JK, Rutledge MS, Keil MF, et al. Structure analysis of the Children's Eating Attitudes Test in overweight and at-risk for overweight children and adolescents. *Eat Behav.* 2008; 9(2):218-27.
6. WHO. Obesity and overweight [Web Page]. 2014. [citado em: 14/1/2015]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
7. Viana V. Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica.* 2002; 4:611-24.
8. Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, Shrewsbury VA, O'Malley C, Stolk RP, et al. Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009(1):CD001872.
9. Fonseca H, Palmeira AL, Martins SC, Falcato L, Quaresma A. Managing paediatric obesity: a multidisciplinary intervention including peers in the therapeutic process. *BMC Pediatr.* 2014; 14:89.
10. Sardinha LB, Santos R, Vale S, Silva AM, Ferreira JP, Raimundo AM, et al. Prevalence of overweight and obesity among Portuguese youth: a study in a representative sample of 10-18-year-old children and adolescents. *Int J Pediatr Obes.* 2011; 6(2-2):e124-8.
11. de Onis M, Blossner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *Am J Clin Nutr.* 2010; 92(5):1257-64.
12. Krebs NF, Himes JH, Jacobson D, Nicklas TA, Guilday P, Styne D. Assessment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics.* 2007; 120 Suppl 4:S193-228.
13. Guerra A. As curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa - Revista de Medicina da Criança e do Adolescente.* 2009; 40(3):XLI-XLV.
14. Sleddens EF, Kremers SP, Stafleu A, Dagnelie PC, De Vries NK, Thijs C. Food parenting practices and child dietary behavior. Prospective relations and the moderating role of general parenting. *Appetite.* 2014; 79:42-50.
15. Weiss R, Kaufman FR. Metabolic complications of childhood obesity: identifying and mitigating the risk. *Diabetes Care.* 2008; 31 Suppl 2:S310-6.
16. Van Ryzin MJ, Nowicka P. Direct and indirect effects of a family-based intervention in early adolescence on parent-youth relationship quality, late adolescent health, and early adult obesity. *J Fam Psychol.* 2013; 27(1):106-16.
17. Spear BA, Barlow SE, Ervin C, Ludwig DS, Saelens BE, Schetzina KE, et al. Recommendations for treatment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics.* 2007; 120 Suppl 4:S254-88.

18. Hoelscher DM, Kirk S, Ritchie L, Cunningham-Sabo L. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: interventions for the prevention and treatment of pediatric overweight and obesity. *J Acad Nutr Diet*. 2013; 113(10):1375-94.
19. Barlow SE. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics*. 2007; 120 Suppl 4:S164-92.
20. Ogata BN, Hayes D. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: nutrition guidance for healthy children ages 2 to 11 years. *J Acad Nutr Diet*. 2014; 114(8):1257-76.
21. Faith MS, Van Horn L, Appel LJ, Burke LE, Carson JA, Franch HA, et al. Evaluating parents and adult caregivers as "agents of change" for treating obese children: evidence for parent behavior change strategies and research gaps: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2012; 125(9):1186-207.
22. Vaz A, Silva D, Rego C, Viana V. Determinantes comportamentais em crianças e adolescentes com diagnóstico de obesidade. *Alimentação Humana*. 2010; 16(2):33-38.
23. McPhie S, Skouteris H, Daniels L, Jansen E. Maternal correlates of maternal child feeding practices: a systematic review. *Matern Child Nutr*. 2014; 10(1):18-43.
24. Xu H, Wen LM, Rissel C, Flood VM, Baur LA. Parenting style and dietary behaviour of young children. Findings from the Healthy Beginnings Trial. *Appetite*. 2013; 71:171-7.
25. Vollmer RL, Mobley AR. Parenting styles, feeding styles, and their influence on child obesogenic behaviors and body weight. A review. *Appetite*. 2013; 71:232-41.
26. Hetherington MM, Cecil JE, Jackson DM, Schwartz C. Feeding infants and young children. From guidelines to practice. *Appetite*. 2011; 57(3):791-5.
27. Birch LL, Johnson SL, Jones MB, Peters JC. Effects of a nonenergy fat substitute on children's energy and macronutrient intake. *Am J Clin Nutr*. 1993; 58(3):326-33.
28. Franchini B, Poinhos R, Klepp KI, de Almeida MD. Association between parenting styles and own fruit and vegetable consumption among Portuguese mothers of school children. *Br J Nutr*. 2011; 106(6):931-5.
29. Ventura AK, Birch LL. Does parenting affect children's eating and weight status? *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2008; 5:15.
30. 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.
31. Rollins BY, Loken E, Savage JS, Birch LL. Effects of restriction on children's intake differ by child temperament, food reinforcement, and parent's chronic use of restriction. *Appetite*. 2014; 73:31-9.
32. Braden A, Rhee K, Peterson CB, Rydell SA, Zucker N, Boutelle K. Associations between child emotional eating and general parenting style, feeding practices, and parent psychopathology. *Appetite*. 2014; 80:35-40.
33. Braet C, O'Malley G, Weghuber D, Vania A, Erhardt E, Nowicka P, et al. The assessment of eating behaviour in children who are obese: a psychological approach. A position paper from the European childhood obesity group. *Obes Facts*. 2014; 7(3):153-64.

34. Sonnevile KR, Rifas-Shiman SL, Haines J, Gortmaker S, Mitchell KF, Gillman MW, et al. Associations of parental control of feeding with eating in the absence of hunger and food sneaking, hiding, and hoarding. *Child Obes.* 2013; 9(4):346-9.
35. Ricciardelli LA, McCabe MP. Children's body image concerns and eating disturbance: a review of the literature. *Clin Psychol Rev.* 2001; 21(3):325-44.
36. Tanofsky-Kraff M, Cohen ML, Yanovski SZ, Cox C, Theim KR, Keil M, et al. A prospective study of psychological predictors of body fat gain among children at high risk for adult obesity. *Pediatrics.* 2006; 117(4):1203-9.
37. Stewart A, Marfell-Jones M, Olds T, Ridder H. *International Standards for Anthropometric Assessment.* 1st ed.: International Society for the Advancement of Kinanthropometry; 2011.
38. WHO. Growth reference data for 5-19 years. 2007. Disponível em: <http://www.who.int/growthref/en/>.
39. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. World Health Organ Tech Rep Ser. 2003; 916:i-viii, 1-149, backcover.
40. Maloney MJ, McGuire JB, Daniels SR. Reliability testing of a children's version of the Eating Attitude Test. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1988; 27(5):541-3.
41. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med.* 1982; 12(4):871-8.
42. Silva D. Fatores individuais e familiares associados à obesidade pediátrica e ao sucesso de uma abordagem terapêutica. Porto; 2012.
43. Nunes M, Bagatini L, Abuchaim A, Albanese M, Kuntz A, Nunes M, et al. O teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) em adolescentes do Porto Alegre. *Arq Psicol Psicoter.* 1994; 1(1):133-36.
44. 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.
45. Maziak W, Ward KD, Stockton MB. Childhood obesity: are we missing the big picture? *Obes Rev.* 2008; 9(1):35-42.
46. Wang Y, Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obes.* 2006; 1(1):11-25.
47. Blair NJ, Thompson JM, Black PN, Becroft DM, Clark PM, Han DY, et al. Risk factors for obesity in 7-year-old European children: the Auckland Birthweight Collaborative Study. *Arch Dis Child.* 2007; 92(10):866-71.
48. Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR, Emmett PM, Ness A, Rogers I, et al. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ.* 2005; 330(7504):1357.
49. Kitzman-Ulrich H, Wilson DK, St George SM, Lawman H, Segal M, Fairchild A. The integration of a family systems approach for understanding youth obesity, physical activity, and dietary programs. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2010; 13(3):231-53.
50. Young KM, Northern JJ, Lister KM, Drummond JA, O'Brien WH. A meta-analysis of family-behavioral weight-loss treatments for children. *Clin Psychol Rev.* 2007; 27(2):240-9.
51. Singh AS, Mulder C, Twisk JW, van Mechelen W, Chinapaw MJ. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obes Rev.* 2008; 9(5):474-88.

52. Hingle MD, O'Connor TM, Dave JM, Baranowski T. Parental involvement in interventions to improve child dietary intake: a systematic review. *Prev Med.* 2010; 51(2):103-11.
53. Hahn-Smith AM, Smith JE. The positive influence of maternal identification on body image, eating attitudes, and self-esteem of Hispanic and Anglo girls. *Int J Eat Disord.* 2001; 29(4):429-40.
54. Stice E, Agras WS, Hammer LD. Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: a five-year prospective study. *Int J Eat Disord.* 1999; 25(4):375-87.
55. Baughcum AE, Chamberlin LA, Deeks CM, Powers SW, Whitaker RC. Maternal perceptions of overweight preschool children. *Pediatrics.* 2000; 106(6):1380-6.
56. Carnell S, Edwards C, Croker H, Boniface D, Wardle J. Parental perceptions of overweight in 3-5 y olds. *Int J Obes (Lond).* 2005; 29(4):353-5.
57. Garrett-Wright D. Parental perception of preschool child body weight. *J Pediatr Nurs.* 2011; 26(5):435-45.
58. Scholtens S, Brunekreef B, Visscher TL, Smit HA, Kerkhof M, de Jongste JC, et al. Reported versus measured body weight and height of 4-year-old children and the prevalence of overweight. *Eur J Public Health.* 2007; 17(4):369-74.
59. Keller KL, Olsen A, Kuilema L, Meyermann K, Belle C. Predictors of parental perceptions and concerns about child weight. *Appetite.* 2013; 62:96-102.
60. Crouch P, O'Dea JA, Battisti R. Child feeding practices and perceptions of childhood overweight and childhood obesity risk among mothers of preschool children. *Nutrition & Dietetics.* 2007; 64(3):151-58.
61. Coulthard H, Blissett J. Fruit and vegetable consumption in children and their mothers. Moderating effects of child sensory sensitivity. *Appetite.* 2009; 52(2):410-5.
62. Ystrom E, Barker M, Vollrath ME. Impact of mothers' negative affectivity, parental locus of control and child-feeding practices on dietary patterns of 3-year-old children: the MoBa Cohort Study. *Matern Child Nutr.* 2012; 8(1):103-14.

8. Anexos

8.1. Anexo A

**Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do
Centro Hospitalar de São João – EPE**

Pro CA c/1
João Manuel DC
8.8.2013
Comissão de Ética
Paulo Bettencourt
Presidente do Conselho

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de S. João – EPE

AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO
Presidente do Conselho de Administração: 08 AGO 2013

PROSECUTOR: [assinatura] DIRETOR GERAL: [assinatura]
DIRETOR DE SAÚDE PÚBLICA: [assinatura] DIRETOR DE INVESTIGAÇÃO: [assinatura]

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do investigador Principal: Diana Maria Veloso e Silva e António José Mónica Guerra

Título do projecto de investigação: "Caracterização do Estado Nutricional, da Qualidade de Vida e das Atitudes e Comportamentos Alimentares em Crianças/Adolescentes com Obesidade."

Pretendemos realizar no Hospital Pediátrico Integrado/Centro Hospitalar de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicitamos a V. Exa., na qualidade de Investigadores/Promotores, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com as melhores cumprimentos.

Porto, 23 / Maio / 2013.

OS INVESTIGADORES/PROMOTORES

[assinatura]
[assinatura]

8.2. Anexo B

Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a "Declaração de Helsinque" da Associação Médica Mundial
(Helsinque 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo:

"Caraterização do Estado Nutricional, da Qualidade de Vida e das Atitudes e Comportamentos Alimentares em Crianças/Adolescentes com Obesidade."

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) _____

Responsável pelo doente (nome completo) _____

_____, declaro que o mesmo não participa em nenhum outro projecto de investigação durante este internamento, tendo compreendido a explicação que me foi fornecida acerca da sua situação clínica e da investigação que se tenciona realizar. Foi-me ainda dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsinque, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que lhe é prestada.

Por isso, consinto que lhe seja aplicado o método, o tratamento ou o inquérito proposto pelo Investigador.

Data: ____ / _____ / 201__

Assinatura do Responsável pelo doente: _____

Os Investigadores responsáveis:

Nome: Diana e Silva ; António Guerra

Assinatura:

8.3. Anexo C

Questionário de Avaliação



Nº _____
Nº de OB _____

Caracterização do Estado Nutricional, da Qualidade de Vida e das Atitudes e Comportamentos Alimentares em Crianças/ Adolescentes com Obesidade

Data da primeira consulta ___/___/___; Consulta nº _____

I. Características inerentes à criança

Sexo: ⁽¹⁾M ___ ⁽⁰⁾F ___

Grau de escolaridade: _____

II. Características inerentes ao agregado familiar

Grau de escolaridade: Mãe _____; Pai _____

Data	
Idade	Mãe: _____
	Pai: _____
IMC	Mãe: _____
	Pai: _____

III. Antropometria da Criança/ Adolescente

Data	
Idade	
Peso	
Estatura	
IMC	
Pc / Z-score IMC	
Massa Gorda	
Perímetro da Cintura	

Data: __/__/____

Nº _____

Nº de OB _____

Sexo: (1)M (0)F _____

Idade: __A __M

Avaliação do Comportamento Alimentar

ChEAT – Children's Version of Eating Attitude Test

Instruções

Coloque um (X) no número que melhor se aplica às alegações abaixo:

Sempre	Quase sempre	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
1. Tenho medo de estar com excesso de peso.	1	2	3	4	5	6
2. Mantenho-me afastado da comida quando tenho fome.	1	2	3	4	5	6
3. Penso em comida muitas vezes.	1	2	3	4	5	6
4. Já tive ataques de voracidade (comer grandes quantidades de comida num curto período de tempo) nos quais sentia que não ia conseguir parar de comer.	1	2	3	4	5	6
5. Corto a comida em pedaços pequenos.	1	2	3	4	5	6
6. Sei quantas calorias contêm os alimentos que como.	1	2	3	4	5	6
7. Tento manter-me afastado de alimentos como pão, batatas e arroz.	1	2	3	4	5	6
8. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.	1	2	3	4	5	6
9. Vomito após comer.	1	2	3	4	5	6
10. Sinto-me muito culpado após comer.	1	2	3	4	5	6
11. Penso muito em ser mais magro.	1	2	3	4	5	6
12. Penso em queimar calorias (energia) quando faço exercício físico.	1	2	3	4	5	6
13. As outras pessoas pensam que sou muito magro.	1	2	3	4	5	6
14. Penso muito sobre ter gordura no meu corpo.	1	2	3	4	5	6
15. Demoro mais tempo a comer uma refeição que os outros.	1	2	3	4	5	6
16. Afasto-me de comidas que contenham açúcar.	1	2	3	4	5	6
17. Como comida de dieta.	1	2	3	4	5	6
18. Penso que a comida controla a minha vida.	1	2	3	4	5	6
19. Posso demonstrar controlo na comida que como.	1	2	3	4	5	6
20. Sinto que os outros pressionam-me para comer.	1	2	3	4	5	6
21. Dedico muito tempo e pensamento à comida.	1	2	3	4	5	6
22. Sinto-me desconfortável quando como doces.	1	2	3	4	5	6
23. Estou a fazer dieta.	1	2	3	4	5	6
24. Gosto do meu estômago vazio.	1	2	3	4	5	6
25. Gosto de experimentar novas comidas calóricas.	1	2	3	4	5	6
26. Tenho a urgência de vomitar após comer.	1	2	3	4	5	6

ChEAT – Versão adaptada do Eating Attitudes Test (Garner & Garfinkel)

Data: __/__/____
 Nº _____
 Nº de OB _____
 Sexo: (1)M ___(0)F ___
 Idade: __A __M

Questionário Alimentar para Crianças (CFQ)

Um Instrumento para Avaliar o Controlo Parental na Alimentação das Crianças

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

Instruções: Usando a escala em baixo indique como classificaria o seu próprio peso em cada um dos quatro períodos de tempo apresentados em baixo. Por favor, circule apenas um número por cada período.

	Baixo peso acentuado	Baixo peso	Na média	Excesso de peso	Excesso de peso acentuado
4.Na sua infância (dos 5 aos 10 anos)	1	2	3	4	5
5.Na sua adolescência	1	2	3	4	5
6.Os seus 20 anos	1	2	3	4	5
7.Atualmente	1	2	3	4	5

Instruções: Usando a escala em baixo indique 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 (1 aos 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

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.

	Totalmente despreocupada	Ligeiramente despreocupada	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 que a minha criança não come demasiados doces (<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 (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 <i>doces (rebuçados, gelados, bolos ou pastéis)</i> que a sua criança come?	1	2	3	4	5
30. Quantas vezes está atenta aos <i>salgadinhos (batatas fritas, aperitivos, Doritos®, Cheetos®, etc.)</i> que a sua criança come?	1	2	3	4	5
31. Quantas vezes está atenta aos <i>alimentos com elevado teor de gordura</i> que a sua criança come?	1	2	3	4	5