



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

A estrutura da refeição no comportamento alimentar da criança

Curso de Mestrado em Promoção da Saúde

Filipa Vanessa Gomes Rodrigues

Outubro 2020



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

A estrutura da refeição no comportamento alimentar da criança

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Mestre em Promoção da Saúde realizada sob a
orientação científica de Professora Doutora Ana Rita Goes

Outubro 2020

Agradecimentos

Ao finalizar este percurso, não poderia deixar de expressar o meu agradecimento a todos aqueles que me apoiaram durante o mesmo e que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho ao longo destes dois anos.

À Professora Ana Rita Goes, pela orientação científica, confiança, paciência e apoio ao longo da realização deste trabalho, e com quem tive oportunidade de aprender tanto sobre promoção da saúde e obesidade infantil.

À Gisele, pelo apoio e incentivo ao longo destes dois anos, pela sua generosidade e com quem tive a oportunidade de aprender tanto sobre promoção da saúde e obesidade infantil.

À Professora Isabel Loureiro, por ter permitido conhecer o Papa Bem – Alimentar é Educar!, um projeto no qual acredito muito.

Aos meus pais pelo amor, paciência e apoio em todos os desafios. São a minha maior inspiração.

À minha irmã Mariana, por me mostrar como é importante levar a vida com mais leveza.

A todos os meus amigos pelo seu incentivo constante e apoio na divulgação do estudo.

Ao Almor, por acreditar nas minhas capacidades e por me apoiar em todos os desafios.

A todos os participantes do estudo, pois sem a sua colaboração não seria possível realizar este trabalho.

Resumo

Introdução: As práticas parentais no contexto da alimentação influenciam o comportamento alimentar da criança e a obesidade infantil. O presente estudo tem como objetivo geral explorar as associações das práticas parentais não responsivas e de estrutura com o comportamento alimentar e os hábitos alimentares da criança.

Materiais e Métodos: Foi realizado um estudo observacional transversal, com uma amostra de conveniência, de pais de crianças entre 1 e 10 anos de idade recrutados através de um questionário online (n=289). A validade de constructo do *Feeding Practices and Structure Questionnaire-28* foi explorada através da análise das correlações entre as práticas parentais e o comportamento alimentar, hábitos alimentares e IMC da criança. A contribuição das práticas parentais para o comportamento alimentar da criança foi examinada através da regressão múltipla hierárquica.

Resultados: Os modelos para a seletividade e para a resposta à saciedade explicaram a maior proporção de variância (31,7% e 22,8%). Os principais resultados indicam que maiores níveis de estrutura contribuem para menor seletividade alimentar e maior prazer na comida.

Discussão de Resultados: Contrariamente à hipótese do estudo, a evidência não suporta a associação entre a estrutura da refeição e a autorregulação da ingestão energética. No entanto, as práticas de estrutura parecem contribuir para a menor seletividade e maior prazer na comida. Os estudos longitudinais podem ajudar a compreender o papel das práticas de estrutura da refeição para o comportamento alimentar da criança.

Palavras-chave: práticas parentais, validação, comportamento alimentar, estrutura da refeição, controlo

Abstract

Introduction: Food parenting practices influence children's eating behaviors. The aim of this study was to explore associations between structure-related and non-responsive feeding practices and children's eating behaviors and dietary patterns.

Methods and materials: A cross-sectional observational study was performed, using a convenience sample. Parents of 1- to 10-year-old children were recruited through an online survey (n = 289). Construct validity of the *Feeding Practices and Structure Questionnaire-28* was examined by correlating feeding practices with child eating behaviours, dietary patterns and BMI. Associations between parental feeding practices and children's eating behaviors were tested using multiple hierarchical regression models, adjusted for covariates.

Results: Feeding practices accounted for 31,7% and 23% of the variance in food fussiness and satiety responsiveness, respectively ($p < .001$). Key results suggest more structure practices were associated with lower food fussiness and higher enjoyment of food.

Discussion and Conclusion: Contrary to our hypothesis, there was no evidence to indicate that mealtime structured practices are associated with better self-regulation of energy intake. However, structured feeding practices might contribute to lower food fussiness and higher enjoyment of food. Longitudinal research studies are needed to confirm the importance of these mealtime structure feeding practices for children's eating behaviors.

Keyword: feeding practices, validity, child eating behavior, mealtime-structure, control

Índice

1	A obesidade infantil, determinantes e consequências	3
2	Comportamento alimentar da criança.....	3
3	Influência do contexto da família no comportamento alimentar da criança	7
3.1	Estilos e práticas parentais: da conceptualização à medição.....	7
3.1.1	Estilos parentais no contexto da alimentação	9
3.1.2	Práticas parentais no contexto da alimentação.....	12
3.1.3	A medição das práticas parentais no contexto da alimentação.....	15
4	Práticas parentais e comportamento alimentar, hábitos alimentares e estado nutricional da criança.....	17
4.1.1	Práticas parentais e comportamento alimentar da criança.....	17
4.1.2	Práticas parentais e hábitos alimentares da criança	19
4.1.3	Práticas parentais e obesidade infantil	20
5	Pergunta de investigação	21
5.1	Objetivo geral	22
5.2	Objetivos específicos.....	22
6	Metodologia.....	23
6.1	Caracterização do estudo	23
6.2	Caracterização da amostra.....	23
6.3	Instrumentos de recolha de dados.....	24
6.3.1	Dados sociodemográficos e de saúde	24
6.3.2	Questionário acerca das práticas parentais no contexto da alimentação – <i>Feeding Practices and Structure Questionnaire-28</i>	24
6.3.3	Questionário acerca do comportamento alimentar da criança - CEBQ ..	26
6.3.4	Questionário acerca dos hábitos alimentares da criança - Índice KIDMED	27
6.4	Análise estatística.....	27
7	Resultados	29
7.1	Caracterização da amostra.....	29

7.2	Estudo de validação	32
7.2.1	Análise preliminar dos itens	32
7.2.2	Consistência interna do FPSQ-28.....	33
7.2.3	Validade de constructo	34
7.3	Estudo principal	37
7.3.1	Caracterização das práticas parentais no contexto da alimentação.....	37
7.3.2	Caracterização do comportamento alimentar.....	39
7.3.3	Caracterização dos hábitos alimentares da criança.....	40
7.3.4	Práticas parentais e comportamento alimentar da criança: Regressão Múltipla Hierárquica.....	42
7.3.5	Práticas parentais, comportamento alimentar e hábitos alimentares da criança: Regressão Logística	44
8	Discussão.....	45
8.1	Estudo de validação	45
8.1.1	Consistência interna	45
8.1.2	Validade de constructo	46
8.1.3	Práticas parentais, comportamento alimentar e hábitos alimentares da criança	48
8.1.4	Associações entre as práticas parentais e o comportamento alimentar .	49
8.1.5	Associações entre as práticas parentais e os hábitos alimentares.....	50
8.2	Forças e Limitações do estudo	51
8.3	Implicações para a investigação futura e para a prática	53
9	Conclusões	53
10	Referências bibliográficas	54
11	Apêndices	74
11.1	Apêndice 1 - Protocolo de investigação.....	74
11.2	Apêndice 2 – Análise correlação Item-total.....	87

Lista de tabelas

Tabela 1 - Itens adaptados após pré-teste do FPSQ-28	26
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica e de saúde dos cuidadores.....	29
Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica e de saúde da criança	31
Tabela 4 - Análise de itens FPSQ-28.....	32
Tabela 5 - Alpha de Cronbach FPSQ-28.....	34
Tabela 6 – Correlações entre as práticas parentais e o comportamento alimentar (n=289).....	36
Tabela 7 – Estatística descritiva do Feeding Practices and Structured Questionnaire-28 (n=289).....	37
Tabela 8 – Comparação das práticas parentais em função das características sociodemográficas e antropométricas da criança e cuidador	38
Tabela 9 - Estatística descritiva do Child Eating Behavior Questionnaire (n=289)	39
Tabela 10 – Comparação do comportamento alimentar em função do sexo da criança	39
Tabela 11 – Estatística descritiva dos hábitos alimentares - Índice KIDMED	40
Tabela 12 – Caracterização dos itens do índice KIDMED.....	41
Tabela 13 – Comparação do índice KIDMED e sexo da criança.....	41
Tabela 14 - Regressão Múltipla Hierárquica: Práticas parentais e comportamento alimentar da criança.....	43
Tabela 15 - Regressão logística - preditores dos hábitos alimentares da criança (Índice KIDMED)	44
Tabela 17 - Correlação Item-total FPSQ-28.....	87

Lista de figuras

Figura 1 - Estilos parentais no contexto da alimentação..	11
---	----

Lista de abreviaturas

CEBQ – *Child Eating Behaviour Questionnaire*

FPSQ-28 – *Feeding Practices and Structured Questionnaire-28*

FPSQ-40 – *Feeding Practices and Structured Questionnaire-40*

IMC – Índice de Massa Corporal

KIDMED - Mediterranean Diet Quality Index for children and adolescents

OMS – Organização Mundial de Saúde

Introdução

O excesso de peso e obesidade infantil constituem um problema de saúde pública, com uma prevalência elevada em Portugal, perto de 30%, incluindo crianças com idade inferior a 3 anos ¹⁻³. Os primeiros anos de vida da criança representam um período crítico para a prevenção da obesidade infantil e desenvolvimento dos hábitos alimentares da criança. A compreensão dos seus determinantes é fundamental para o desenvolvimento de programas que possam atuar de forma efetiva na promoção da saúde e prevenção da obesidade infantil. O modelo ecológico de Davison e Birch ⁴ procura explicar os determinantes da obesidade infantil. Neste modelo, são descritos os determinantes, entre os quais os fatores intra- e interpessoais da criança, bem como os contextos em que criança se insere. O modelo reconhece o contexto familiar como um dos fatores ambientais na problemática da obesidade infantil. Nos primeiros anos de vida, os pais e outros cuidadores assumem um papel de relevância na alimentação da criança, por serem os principais cuidadores que tomam decisões sobre o que, onde e como a criança é alimentada ^{5,6}. Entre os determinantes do contexto familiar, são descritos o comportamento parental (*parenting*) adotadas pelos pais sobre a alimentação da criança, definidas como os estilos e práticas parentais na alimentação.

Os estilos parentais constituem o clima emocional da interação pai-criança, através dos quais o comportamento dos pais se expressa ⁷ e distinguem-se das práticas parentais. As práticas parentais constituem estratégias específicas e orientadas pelos objetivos que os pais adotam nas diferentes questões da parentalidade e do desenvolvimento da criança, nomeadamente o sono, a alimentação e a atividade física ⁷⁻⁹. Os estilos parentais variam entre diferentes níveis de duas dimensões: a responsividade (caracterizado pela aceitação, envolvimento, apoio afetivo e resposta às necessidades da criança, permissividade) e o controlo (caracterizado pela monitorização, estabelecimento de limites, controlo coercivo) ⁷⁻⁹. A alimentação responsiva é reconhecida por promover a autorregulação da ingestão energética da criança, ¹⁰⁻¹².

No contexto da alimentação, as práticas parentais parecem influenciar a regulação do apetite, o comportamento alimentar e a ingestão alimentar da criança ^{5,13,14,15}. Ao contribuir para a autorregulação da ingestão energética da criança, têm sido propostas como fatores modificáveis na prevenção da obesidade infantil. Práticas não responsivas (práticas de controlo), como restringir alimentos menos saudáveis, utilizar alimentos como recompensa ou pressionar para comer, estão associadas a comportamentos alimentares como sobre e sub-ingestão alimentar, seletividade alimentar e resposta à comida ¹⁶⁻¹⁸. Além disso, estão inversamente associadas a comportamentos saudáveis,

como o prazer na comida ^{19,20}. Por outro lado, práticas parentais responsivas e de estrutura, como a estrutura da refeição, o suporte à autonomia da criança, o encorajamento e o elogio, estão associadas a comportamentos como prazer na comida, menor seletividade alimentar e ²¹⁻²³. As práticas responsivas têm tido um menor foco na investigação, quando comparado com as práticas de controlo. O estudo das práticas parentais deve ser mais compreensivo, estendendo-se ao estudo de práticas responsivas, como a estrutura da refeição ^{22,24}.

A estrutura da refeição envolve a existência de uma rotina das refeições, de um contexto das refeições estruturado (comer à mesa, sem distrações com ecrãs), e em família ^{22,25}. A sua relação com os hábitos alimentares tem vindo a ser principalmente estudada em adolescentes, mas a sua relação com o comportamento alimentar tem recebido menor atenção ²⁶. Mais recentemente, o estudo da estrutura da refeição em crianças demonstrou estar associado a menor seletividade alimentar e maior prazer na comida ^{21,27-29}. Contudo, uma vez que a maioria dos questionários disponíveis não contemplam estas práticas (como é o caso dos questionários desenvolvidos por Birch e Ogden, amplamente utilizados), mantém-se na literatura um maior foco nas práticas de controlo ^{30,31}, em detrimento do estudo das práticas inerentes à estrutura.

Com o objetivo de avaliar as práticas parentais, foram até ao momento desenvolvidos e validados vários questionários ³¹⁻³³. Entre os questionários desenvolvidos e validados, foi publicado o *Feeding Practices and Structure Questionnaire-28 (FPSQ-28)* ³⁴⁻³⁶, que vem acrescentar um novo constructo – a estrutura da refeição – relativamente à maioria dos questionários. A presente dissertação pretende contribuir para o estudo do papel das práticas parentais para o comportamento alimentar da criança. Neste sentido, são exploradas as propriedades psicométricas da versão portuguesa do questionário *Feeding Practices and Structure Questionnaire-28*. Adicionalmente, vai ser analisada a relação entre as práticas parentais relacionadas com a alimentação, incluindo a estrutura da refeição, e o comportamento alimentar e hábitos alimentares da criança.

O presente trabalho está organizado em duas secções: enquadramento teórico e componente empírica. No enquadramento teórico é apresentada a revisão da literatura sobre práticas parentais e o desenvolvimento da criança (obesidade infantil, hábitos alimentares e comportamento alimentar), com maior foco para o comportamento alimentar da criança. Na parte empírica, são apresentados os objetivos, metodologia, resultados e a discussão dos resultados encontrados.

1 A obesidade infantil, determinantes e consequências

O excesso de peso e obesidade infantil constituem um problema de saúde pública, observando-se uma prevalência elevada em Portugal, perto de 30%, mesmo em crianças com idade inferior a 3 anos, segundo os últimos dados publicados ^{1,2}. Na Europa, países como Grécia, Espanha e Itália apresentaram uma prevalência de excesso de peso superior a 30%. Entre 2008 a 2019 tem sido observada uma diminuição significativa do excesso de peso em países como Portugal, Grécia, Eslovénia e Irlanda. No entanto, a prevalência de excesso de peso e obesidade infantil em Portugal continua a expressar-se em níveis preocupantes: 29,6% e 12%, respetivamente ^{2,3}. A obesidade infantil tem como consequências para a saúde a diabetes mellitus tipo 2, a hipertensão, a apneia do sono, e consequências psicossociais como a estigmatização e a depressão ^{37,38}.

A compreensão dos determinantes da obesidade infantil é essencial no desenvolvimento de orientações para a atuação efetiva na promoção da saúde e prevenção da obesidade infantil ¹². Davison e Birch explicam os determinantes da obesidade infantil através de um modelo ecológico ⁴, que considera os contextos em que a criança se insere. Os fatores genéticos, como a idade e sexo da criança e dos pais e outros fatores não modificáveis são reconhecidos como fatores de risco no desenvolvimento da obesidade infantil. Paralelamente, têm vindo a ser identificados diferentes fatores individuais modificáveis com um papel fundamental no risco de obesidade infantil, como fatores comportamentais relacionados com a alimentação. Por sua vez, estes fatores são influenciados por contextos mais próximos, como o contexto familiar e escolar, que incluem determinantes como as práticas parentais, a interação com os pares, a oferta alimentar em casa e na escola. Os contextos familiar e escolar estão, por sua vez, sob a influência de contextos macro mais complexos - sociais, ambientais e políticos (como políticas, estatuto socioeconómico, oportunidades para a atividade física e oferta alimentar nos contextos envolventes da criança) ⁴.

2 Comportamento alimentar da criança

Os primeiros anos de vida da criança representam um período crítico para a prevenção da obesidade infantil e as experiências que a criança tem com a alimentação influenciam as preferências e hábitos alimentares da criança e podem persistir na idade adulta ³⁹⁻⁴⁴

Os comportamentos alimentares da criança relacionados com o risco de obesidade infantil envolvem as preferências alimentares, a capacidade de autorregulação da

ingestão energética, o estilo e comportamento alimentar (forma como a criança aborda os alimentos) e a ingestão alimentar, normalmente descritos como hábitos alimentares 4,45–48.

Os **hábitos alimentares da criança**, enquanto ingestão energética e padrão alimentar, são o principal foco na investigação da obesidade infantil e nas intervenções dirigidas a esta problemática ⁴⁹. A ingestão de alimentos com elevado teor de sal, gordura e açúcar e a ingestão de bebidas açucaradas está associada à obesidade infantil e estes hábitos alimentares podem persistir na idade adulta ^{44,50–52}. O padrão alimentar mediterrânico tem sido adotado como guia alimentar para a população portuguesa por constituir um padrão com benefícios para a saúde (obesidade, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares) ⁵³. Um padrão alimentar mediterrânico caracteriza-se pelo consumo elevado de alimentos de origem vegetal como fruta, vegetais, frutos oleaginosos, cereais e derivados integrais e leguminosas. Além disso, caracteriza-se pelo consumo de azeite ⁵⁴. Dois estudos avaliaram a adesão das crianças portuguesas em idade pré-escolar e escolar ao padrão alimentar através do índice KIDMED. Um dos estudos, de 2017, demonstrou que 26,3% tinha uma baixa adesão, 69,1% tinha uma adesão moderada e 4,6% ótima adesão (n=464), sendo a adesão ótima superior no sexo feminino ⁵⁵. O segundo estudo, de 2019, verificou que, em crianças de idade pré-escolar, 1,6% tinha uma baixa adesão, 39,3% tinha adesão moderada e 59,0% tinha ótima adesão ⁵⁶. Na idade pré-escolar, os resultados demonstraram que 1,2% das crianças tinham baixa adesão, 29,9% adesão moderada e 68,9% ótima adesão. Este estudo envolveu uma amostra de crianças a jovens adultos entre os 2 e os 21 anos de idade, sendo que a adesão diminuiu a partir da adolescência ⁵⁶.

Ao longo do desenvolvimento da criança, os seus hábitos alimentares resultam de uma interação complexa entre componentes inatas do seu desenvolvimento e influências dos contextos sociais e ambientais da criança ^{14,57–61}. As preferências e comportamento alimentar estão entre os fatores que podem determinar a ingestão energética da criança. O apetite e as preferências alimentares são determinados por fatores genéticos, mas os comportamentos relacionados com a alimentação são principalmente aprendidos ⁶². À medida que a criança cresce, estas influências aumentam e são mais complexas ^{4,5,63}.

Na infância, os pais constituem modelos e uma importante influência na modulação dos hábitos alimentares da criança ⁶⁴.

As **preferências alimentares** influenciam a ingestão alimentar da criança. As preferências alimentares pelos sabores doces e salgados e a tendência para rejeitar sabores amargos e azedos foi identificada como uma predisposição inata da criança e

que determina a preferência por alguns alimentos em detrimento de outros ^{48,65,66}. Embora inata, a exposição do feto aos sabores que integram a alimentação da mãe, através do líquido amniótico, a amamentação, e mais tarde, a exposição repetida a fruta e vegetais nos primeiros anos de vida da criança podem modular estas preferências e promover a aceitação a novos alimentos, e por sua vez, determinar o padrão alimentar da criança ^{48,65-68}. Por fim, reconhece-se atualmente o papel dos pais enquanto modelos com principal influência nos primeiros anos de vida da criança, pois as suas preferências alimentares podem ser determinadas pela observação, através da imitação do comportamento alimentar do outro ⁶⁹. Os pais são modelos para o comportamento alimentar da criança e podem despertar o interesse pelos alimentos e determinar as suas preferências alimentares. As refeições em família representam uma oportunidade para esta aprendizagem ⁶⁹.

Outra característica do desenvolvimento dos hábitos alimentares da criança é a capacidade inata para a **autorregulação da ingestão energética**, ou seja, a “*capacidade de ajustar a quantidade de alimentos de acordo com as necessidades fisiológicas*” ⁷⁰. Crianças com idade inferior a 2 anos, mostraram ter a capacidade de autorregular a sua ingestão energética através de sinais internos de fome e saciedade ^{71,72}. Embora inata, a manutenção da regulação dos sinais de fome e saciedade da criança pode ser promovida desde cedo através da responsividade alimentar na amamentação e mais tarde pela interação-pai criança (práticas parentais) e o contexto alimentar em que se insere (oferta alimentar mais variada, de elevado valor energético) ⁷³⁻⁷⁵. Os pais têm um papel no reconhecimento e resposta aos sinais de fome e saciedade que a criança transmite, definido como a responsividade alimentar ⁷⁶. A redução da capacidade para regular a sua ingestão energética e guiar-se por pistas externas pode resultar num aumento da ingestão alimentar da criança e, conseqüentemente, no excesso de peso e obesidade infantil ⁷⁷. Práticas parentais como a restrição ou a recompensa para comer foram associadas à redução desta capacidade e constituem as mesmas práticas que têm vindo a ser associadas à ingestão alimentar menos saudável e ao excesso de peso e obesidade infantil ⁷⁸. Crianças com excesso de peso e obesidade parecem ser mais sensíveis a pistas externas e menos responsivas às suas pistas internas de saciedade e da densidade energética dos alimentos, em comparação com crianças com um peso saudável ⁷⁹⁻⁸². O comportamento alimentar da criança pode expressar a tendência para regular a sua ingestão energética guiada por pistas externas (como a pressão para comer, alimentos de maior densidade energética).

O **comportamento alimentar** pode expressar-se sob a forma como a criança aborda os alimentos, por evitamento ou aproximação. O comportamento alimentar tem vindo a

ser consistentemente associado ao peso e IMC da criança ^{80,81,83}, influenciando a ingestão alimentar da criança. Crianças com maior resposta à comida tendem a preferir e ingerir alimentos com maior palatibilidade ⁸⁴.

Wardle et al descrevem os diferentes comportamentos alimentares da criança. Os comportamentos alimentares de “aproximação à comida” e associados à obesidade infantil são comportamentos que predispõem a criança a comer por motivos externos que não a sua capacidade de autorregulação energética, tendo vindo a ser estudada a sua etiologia na obesidade infantil ^{16,81}. Entre estes comportamentos estão: a *Sobre-ingestão*, que consiste em comer para satisfazer necessidades emocionais; a *Resposta à comida*, que reflete uma resposta a pistas externas dos alimentos; e o *Prazer na comida*, que refletem um maior interesse pelos alimentos. A *Sobre-ingestão emocional* parece estar atribuída tanto a fatores ambientais, como parece ser uma resposta aprendida pela criança ⁸⁵. Enquanto que o *Prazer na comida* se refere a uma variação normal do apetite em geral, a *Resposta à comida* refere-se a níveis de apetite disfuncionais, ou seja, uma tendência para comer em resposta à comida disponível ²¹. Por exemplo, comer em resposta a alimentos palatáveis que estão disponíveis, independentemente dos sinais de fome e saciedade. Por outro lado, observam-se comportamentos de “evitamento da comida”, normalmente associados ao baixo peso, como a *Ingestão lenta* e a *Seletividade alimentar*, que se caracterizam pela falta de interesse e prazer nos alimentos; e a *Sub-ingestão emocional*, que consiste na diminuição da ingestão para satisfazer necessidades emocionais ^{16,79}.

Embora alguns dos comportamentos alimentares sejam determinados por uma componente genética, como a resposta à saciedade e a ingestão lenta, a interação pais-criança pode exercer também uma forte influência sobre os mesmos ^{86,87}.

3 Influência do contexto da família no comportamento alimentar da criança

Ao longo dos primeiros anos de vida, o comportamento alimentar é aprendido e evolui com a influência do contexto da família ⁶⁸. As crianças estão dependentes dos pais que têm o papel de definir e orientar a alimentação da criança na promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis da mesma e determinam o contexto alimentar da família, que pode influenciar as suas preferências e hábitos alimentares ^{45,68,88}. Este contexto alimentar envolve a oferta alimentar em casa, a exposição alimentar a fruta e vegetais, os hábitos alimentares dos pais e o comportamento alimentar em relação à alimentação da criança (*food parenting*) ⁸⁹. Este último faz parte da interação pais-criança e tem um papel fundamental no desenvolvimento dos hábitos alimentares ^{58,63,68}.

3.1 Estilos e práticas parentais: da conceptualização à medição

Na literatura, são distinguidos três diferentes níveis de influência parental na alimentação: **estilos parentais educativos; os estilos parentais na alimentação; e as práticas parentais na alimentação**. Estes três níveis de influência parental não influenciam o desenvolvimento da criança de forma independente ^{39,90,91}.

O estudo dos estilos e práticas parentais tem vindo a aumentar, por se verificar desde cedo que a interação dos pais com a criança pode determinar a manutenção da capacidade de regulação energética e o comportamento alimentar da criança, e assim contribuir para o risco de obesidade infantil ^{61,92}. Este é um fator modificável, e que tem sido considerado nas intervenções de prevenção da obesidade infantil ^{59,60}.

O estudo dos **estilos parentais** teve início em 1930 no âmbito da investigação das principais características da parentalidade ⁹. O estilo parental é definido como o clima emocional da interação entre pai e criança, no qual o comportamento e atitudes dos pais se expressam ³⁹. Os estilos parentais têm sido conceptualizados com base em duas abordagens: dimensional e tipológica. Na abordagem dimensional, a responsividade e o controlo têm sido as principais dimensões adotadas para descrever e medir os estilos, nomeadamente no contexto da alimentação, embora tenham vindo a ser propostas outras dimensões ⁷.

A abordagem tipológica tem explorado tipologias de estilos parentais, contemplando combinações de comportamentos e atitudes parentais ⁹³. Os trabalhos de Diana Baumrind conduziram à identificação de diferentes estilos parentais: autoritativo, autoritário e permissivo. *Maccoby e Martin* procuraram conciliar a abordagem tipológica

de Baumrind com a abordagem dimensional, propondo um modelo de duas dimensões que se distribuem ao longo de um contínuo: controlo (*demandingness*) e a responsividade. Desta combinação entre controlo e responsividade, resultam quatro padrões: autoritativo, autoritário, permissivo e negligente.⁸ Na sequência deste modelo, Baumrind propôs a seguinte definição para as dimensões de controlo e responsividade (referências): *Demandingness refers to the claims parents make on the child to become integrated into the family whole by their maturity demands, supervision, disciplinary efforts and willingness to confront the child who disobeys. Responsiveness refers to actions which intentionally foster individuality, self-regulation and self-assertion by being attuned, supportive and acquiescent*.⁷

O estilo *autoritativo* caracteriza-se por níveis de controlo e responsividade elevados. Envolve o suporte emocional, promover a autonomia, e a comunicação clara, e tem demonstrado contribuir para o adequado desenvolvimento da criança e adolescente.^{7,94} O estilo *autoritário*, caracteriza-se por elevados níveis de controlo e baixos níveis de responsividade, expressando-se em comportamentos como punição, rejeição, assertividade (realça um papel de poder dos pais (*parent-centered*))^{7,94}. O estilo *indulgente/permissivo* é caracterizado por maior nível de responsividade, com práticas parentais como a aceitação, mas baixos níveis de controlo, caracterizado por falta de monitorização do comportamento da criança.^{7,94} O estilo *negligente* é caracterizado por baixos níveis de controlo e responsividade, em que os pais adotam práticas como baixa monitorização do comportamento da criança e, igualmente, baixo envolvimento, aceitação e consideração pelas necessidades da criança.^{7,94}

As **práticas parentais** são comportamentos específicos, orientados por objetivos concretos (Darling & Steinberg, 1993). Darling *et al* propuseram, em 1993, um modelo integrativo para explicar a diferença entre estilos e práticas parentais e o seu mecanismo de influência no desenvolvimento da criança. Segundo este modelo, os estilos e dimensões parentais operacionalizam-se em práticas parentais que consistem em estratégias que os pais utilizam em contextos específicos (alimentação, atividade física, sono) e que variam ao longo do tempo, entre contextos e de acordo com as características da criança.^{39,95} Em comparação com os estilos parentais, as práticas parentais no contexto da alimentação podem traduzir-se em ações adotadas pelos pais durante as refeições e no contexto da alimentação da criança, orientadas por objetivos que os pais têm para o desenvolvimento da mesma.^{22,39,95} Enquanto que as práticas parentais apresentam um efeito direto no desenvolvimento da criança, o estilo parental influencia indiretamente este desenvolvimento ao influenciar a natureza da interação pais-criança, podendo ser considerada uma variável contextual.^{7,8}

3.1.1 Estilos parentais no contexto da alimentação

A **responsividade** alimentar tem sido descrita como um processo de 4 fases: 1- a existência de uma rotina, estrutura, expectativas e um contexto emocional que promovem a interação; 2 - a criança transmite sinais, através de expressões faciais ou verbalizando; 3- os cuidadores reconhecem esses sinais e respondem prontamente e de forma contingente aos sinais que a criança transmite, num resposta adequada ao seu desenvolvimento; 4 – o reconhecimento da resposta expectável/clara pela criança pai-criança ⁷⁶ Por outro lado, a alimentação não responsiva caracteriza-se pela falta de reciprocidade entre a criança e o cuidador, em que o cuidador controla e domina o contexto da alimentação (controlo/pressão), a criança controla a situação (indulgente) ou o cuidador ignora a criança (negligente) ⁷⁶. Quando os cuidadores interpretam a recusa para comer como um sinal de pouco apetite e não como um sinal de autonomia, a refeição pode tornar-se stressante e levar a criança a ter sentimentos de frustração, não atentar aos sinais internos de saciedade e a ter falta de interesse em comunicar estes sinais ao cuidador ⁷⁶.

A dimensão de **controlo**, na alimentação, pode caracterizar-se por práticas não-responsivas e coercivas, como a restrição (*overt restriction*) ou a pressão para comer, com um efeito negativo no comportamento alimentar e hábitos alimentares da criança suportado pela evidência ⁹⁶. As práticas de controlo podem promover a preferência da criança pelos alimentos restritos (*i.e. snacks*) ^{96,97}. Por esta razão, a dimensão do controlo (*demandingness*) tem sido das dimensões mais discutidas na literatura ⁹⁸. No entanto, observa-se que algum nível de controlo, com a monitorização do que a criança ingere e a definição de limites claros (controlo discreto) contribui para o adequado desenvolvimento da criança ⁹⁶ principalmente considerando o contexto obesogénico em que vivemos. Deste modo, a literatura tem discutido a necessidade de um maior estudo do efeito positivo do controlo na alimentação da criança.

Grolnick e Pomerantz referem que as práticas de **estrutura**, em comparação com práticas de controlo, promovem a autorregulação da criança e o consumo moderado de alimentos menos saudáveis. A resposta adequada aos sinais de fome e saciedade da criança pode ser importante por ser um preditor da obesidade infantil ^{70,99}. O *Trust Model*, desenvolvido por Satter, pressupõem que a criança tem a capacidade de regular a sua ingestão energética quando a alimentação ocorre num contexto alimentar que é regular e consistente ^{23,100}. Com base neste pressuposto, este modelo defende que a alimentação saudável na criança é promovida pela responsividade, em que os pais são responsivos às pistas de fome e saciedade da criança, combinada com a responsabilidade parental em estruturar o contexto alimentar da criança. A estrutura

constitui um controlo caracterizado em termos de limites e estrutura e centrado nas necessidades da criança, ao invés de um controlo caracterizado por um controlo coercivo e centrado nos pais. . Este modelo é apoiado por Eneli e Black e Aboud, que defendem a importância de estabelecer um ambiente em que as refeições são previsíveis e em que há um limite das distrações, que contribuem para a autorregulação dos sinais de fome e saciedade da criança ^{76,101}.

O conceito de estrutura foi recentemente adotado por alguns autores para compreender as diferenças entre as estratégias específicas ao contexto da alimentação que expressam estas dimensões (controlo vs. estrutura) ^{22,96}. Deste modo, foi proposto o papel da estrutura/monitorização como uma alternativa ao controlo (com características coercivas e centrado nos pais e nos objetivos que têm para a criança), no qual está incluído o controlo discreto proposto por Ogden ^{22,39,96,100,102-104}. Frankel *et al.* observaram que um contexto da refeição estruturado (sem distrações, à mesa) e em família estava associado a maiores níveis de autorregulação da ingestão energética na criança ²³.

Conclui-se que o desenvolvimento saudável da criança é suportado por adequados níveis de responsividade, em que os pais respondem de forma adequada às necessidades da criança, em combinação com um controlo em que os pais estruturam o contexto alimentar da criança (ex. contexto das refeições). Em conjunto, promovem a capacidade de autorregulação energética da criança e apoiam a criança a guiar-se pelos sinais de fome e saciedade internos e menos por fatores externos ^{23,100}. O modelo de Satter tem suportado a investigação sobre a estrutura enquanto alternativa ao controlo (coercivo) e é o modelo que guia a presente dissertação ^{22,23,28,35,96,105}.

A conceptualizações de tipologias de estilos parentais foi aplicada ao contexto da alimentação. Hughes *et al*, com base nas dimensões de controlo e responsividade, definiram os quatro estilos parentais na alimentação: **autoritativo, autoritário, indulgente e negligente**, que parecem moderar as interações pai-criança neste contexto ^{15,90}. Este modelo é o mais aplicado nos estudos e desenvolvimento de instrumentos de avaliação de estilo parentais incluindo no contexto da alimentação ^{7,8,90}. Na figura 1 são descritos os estilos parentais no contexto da alimentação.

		Responsividade	
		Baixo	Elevado
Controlo	Elevado	<p>Autoritário</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelece limites quanto à alimentação • Visa diretamente o comportamento alimentar da criança • Utiliza estratégias diretivas 	<p>Autoritativo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelece limites quanto à alimentação • Responsivo aos sinais de fome e saciedade da criança • Visa o comportamento alimentar da criança através do contexto alimentar • Suporte à autonomia da criança
	Baixo	<p>Permissivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baixa responsividade aos sinais de fome e saciedade da criança • Poucos limites quanto à alimentação 	<p>Indulgente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsivo aos sinais de fome e saciedade da criança • Poucos limites quanto à alimentação • Falta de estrutura do contexto alimentar

Figura 1 - Estilos parentais no contexto da alimentação. Adaptado de Alexis C. Wood. Journal of the American Heart Association. Caregiver Influences on Eating Behaviors in Young Children.

Os estilos parentais parecem apresentar um efeito indireto no desenvolvimento da criança ao moderarem o efeito das práticas parentais¹⁰⁶. Pais com um estilo parental autoritário, caracterizado por níveis elevados de controlo e baixos em responsividade, têm maior tendência para adotar a restrição de alimentos, que por sua vez parece contribuir para a maior preferência para os alimentos restritos (normalmente os alimentos preferidos da criança) que por sua vez pode contribuir para maior ingestão energética e o excesso de peso¹⁰⁷. Por outro lado, um estilo parental caracterizado por níveis elevados de controlo e responsividade foi associado a práticas como a monitorização e a estrutura que podem contribuir para a adequada capacidade de autorregulação da criança^{15,27}.

O estudo dos estilos e práticas parentais e o seu papel no risco de obesidade infantil tem demonstrado associações entre a obesidade, o comportamento alimentar e a regulação do apetite^{15,67,108}. O estilo autoritativo está associado a hábitos e comportamentos alimentares mais saudáveis e à autorregulação do apetite da criança^{76,100,109}. No entanto, na literatura observam-se resultados contraditórios^{15,110}. A evidência sobre a associação entre os estilos parentais e a obesidade infantil, incluindo estudos longitudinais, demonstrou uma associação positiva entre o estilo indulgente, o estilo permissivo e o estilo autoritário com o IMC da criança^{14,111,112}. No entanto, outros estudos não encontraram relação entre o estilo parental e o peso ou IMC da

criança^{113,114}. Por sua vez, o estilo autoritativo foi associado a menor risco de excesso de peso e obesidade infantil^{111,115,116}.

3.1.2 Práticas parentais no contexto da alimentação

As práticas parentais, que constituem estratégias específicas e com um efeito mais direto no desenvolvimento da criança, começaram a ser o centro do estudo da parentalidade e alimentação^{67,83}. Os pais e cuidadores utilizam estas estratégias no dia-a-dia para moldar a alimentação da criança (ex. Comer mais vegetais ou reduzir a ingestão de doces). As práticas parentais foram associadas à obesidade infantil, hábitos alimentares da criança e comportamento alimentar da mesma¹¹⁷.

A evidência sobre as práticas parentais tem aumentado e foram identificadas diferentes práticas parentais no contexto da alimentação. Na literatura observa-se a adoção de diferentes terminologias para descrever e medir as práticas parentais no contexto da alimentação, que muitas vezes se sobrepõem, verificando-se falta de consenso e inconsistência na terminologia²². Isto tem resultado em questionários que avaliam práticas de forma diferente, dificultando a comparação entre estudos^{24,91}. Além disso, observam-se resultados contraditórios quanto ao papel das práticas parentais na obesidade infantil, provavelmente decorrentes da utilização de diferentes terminologias. Finalmente, observa-se um maior estudo das práticas de controlo, o que tem limitado a evidência sobre práticas responsivas, como a estrutura^{24,91}. Neste sentido, alguns autores procuraram desenvolver mapas conceptuais para definir as práticas parentais no contexto da alimentação que propõem a conceptualização dos principais constructos em que as práticas parentais se podem agrupar em: **controlo (coercivo), estrutura e autonomia**^{22,39,100,102,103}.

As práticas caracterizadas por um **controlo coercivo** incluem a restrição, a pressão para comer, e a recompensa através de alimentos para modular o comportamento e a alimentação^{22,103,118}. Estas estratégias têm em comum o facto de serem centradas nos pais (*parent-centered*) e não consideram as necessidades da criança.

A *restrição* envolve limitar o acesso da criança a alimentos, nomeadamente alimentos com maior teor de açúcar e gordura. Portanto, a restrição distingue-se por ser centrada nas motivações e objetivos dos pais, sem considerar as necessidades da criança^{22,103,118}.

A *pressão para comer* pode ser definida como insistir ou exigir que a criança coma mais, influenciando a capacidade de autorregulação dos sinais de fome e saciedade da criança. Por exemplo, insistir para a criança comer o que está no prato, forçar

fisicamente a criança a comer. Esta prática tem sido distinguida da prática de encorajamento, que é caracterizada por um tom de voz positivo, sendo uma prática recíproca e responsiva ao que a criança transmite ^{18,22,103,118}.

A recompensa com alimentos, seja por comer, pelo comportamento ou em resposta a emoções (quando esta se mostra aborrecida, triste, chateada), pretende moldar estes aspetos. Por exemplo, prometer o alimento preferido à criança se esta se portar bem ou acabar de comer o jantar. Estas práticas caracterizam-se assim por um controlo da criança que é coercivo [oferecer algo em troca]. No entanto, a utilização de outros incentivos para comer que não os alimentos, como “autocolantes”, parecem ter efeitos positivos no comportamento alimentar da criança ^{22,96,103,118}.

Na literatura têm vindo a ser descritas práticas responsivas que, embora não deixem de reconhecer os objetivos dos pais para a criança, reconhecem e reforçam as necessidades da criança, e parecem ter um efeito positivo no desenvolvimento dos hábitos e comportamento alimentar da mesma ^{22,96}. Deste modo, Vaughn *et al* propõe a distinção entre o controlo (coercivo) e a estrutura, que tendo os mesmos objetivos que o controlo (modificar os hábitos alimentares e peso da criança) apresentam outras características que podem contribuir para desenvolvimento adequado dos hábitos alimentares da criança ^{22,96}.

As práticas caracterizadas pela existência de monitorização e estrutura, que se diferencia de um controlo coercivo correspondem à Estrutura, definida como *a organização do contexto alimentar da criança para facilitar a sua competência ao estabelecer regras e limites sobre a alimentação para ajudar a criança a aprender e manter hábitos e comportamentos alimentares saudáveis* ^{22,103,118}.

As práticas de estrutura têm demonstrado uma associação e efeito positivo no comportamento alimentar da criança ^{22,103,118}. A **Estrutura** compreende práticas não coercivas como ^{22,96}:

- *Estabelecer limites e regras* para clarificar as expectativas dos pais sobre o que, quando, onde e quanto a criança come.
- *Escolhas guiadas*, envolve dar à criança algum controlo sobre o que come mas guiando as suas escolhas, ou seja, apresentar alimentos que a criança pode comer dentro daquilo que são os seus objetivos para a criança mas dar à criança a oportunidade de escolher.

- *Monitorização* que consiste numa prática operacionalizada como a frequência com que os pais “monitorizam” o que as crianças comem, ou seja, monitorizar a ingestão excessiva de doces ou *snacks*.

A **Estrutura da refeição** foi descrita por Jansen *et al.* ¹¹⁹ como “*Estabelecer uma rotina quanto ao local, horário, redução de distrações e presença da família na mesa*”. Assim, a estrutura da refeição pode envolver: um contexto das refeições estruturado que ocorre quando as refeições são realizadas à mesa e não existem distrações, como ecrãs ¹¹⁹; a existência de uma rotina de refeições, que consiste em estabelecer horários para as refeições, sendo necessários mais estudos sobre o seu papel na alimentação e peso da criança ^{22,120}; e realizar refeições em família, definida ‘quando a criança faz uma refeição planeada com pelo menos um cuidador ¹²¹.

Esta estrutura pode contribuir para que a criança reconheça e responda aos sinais de fome e saciedade, e que assim permitem manter a sua capacidade de regulação da ingestão energética ^{21,35,100}. Além disso, foi associada a hábitos alimentares mais saudáveis ¹⁵²². Mais recentemente, tem sido também estudada a sua influência no comportamento alimentar da criança ^{21,122}.

A estrutura envolve ainda a estrutura do contexto alimentar da família que é geralmente determinada pelos pais. A *disponibilidade e acessibilidade alimentar do contexto familiar*, ou seja, presença ou ausência de determinados de alimentos em casa favorecendo um contexto alimentar saudável pela presença de alimentos saudáveis e ausência de alimentos menos saudáveis. A acessibilidade alimentar envolve estratégias dos pais para controlar a facilidade da criança em ter acesso a determinados alimentos como guardar os alimentos menos saudáveis fora do alcance da criança e apresentar outros alimentos de forma mais acessível como ter uma fruteira à vista (*covert control*); Por fim, neste construto são incluídas as práticas *não estruturadas* que dizem respeito à falta de estrutura em relação à alimentação da criança, práticas de carácter negligente ou indulgente, que Vaughn *et al* agrupam no presente constructo da Estrutura. Estas práticas foram ainda pouco exploradas e os autores referem a necessidade de melhorar os instrumentos aplicados para permitir distinguir as mesmas de outras práticas como a baixa monitorização e baixa utilização de regras e limites ²².

As práticas caracterizadas por promoverem a **Autonomia** da criança envolvem a educação alimentar, envolver a criança na alimentação, encorajar, elogiar, dar argumentos e negociar e têm sido das práticas mais estudadas até ao momento, paralelamente às práticas de controlo ²².

Importa considerar que a parentalidade não ocorre isoladamente, pois as práticas parentais são influenciadas pelo contexto obesogénico em que as famílias vivem atualmente e aquilo que os pais percecionam como ameaças ao desenvolvimento saudável da criança^{68,123}. Os pais podem ser influenciados a utilizar práticas de restrição quando fazem compras com as crianças. Outro exemplo, são as características da criança e dos pais (sexo, idade, peso, seletividade alimentar, temperamento)¹²³. Pais de crianças com excesso de peso parecem utilizar mais frequentemente práticas de restrição e pais de crianças seletivas (*picky eaters*) tendem a utilizar a pressão para comer (de alimentos saudáveis) e a restrição dos alimentos preferidos da criança (normalmente menos saudáveis)¹²³.

3.1.3 A medição das práticas parentais no contexto da alimentação

Os métodos aplicados para medir as práticas parentais envolvem a observação ou questionários. A observação tem sido definida como o *gold standard*. No entanto, em estudos com amostras maiores, torna-se difícil a sua adoção, por representar uma maior necessidade de recursos e tempo¹²³.

Os questionários continuam a ser o método mais aplicado até ao momento, tendo sido publicados ao longo dos últimos anos mais de 60 questionários para avaliar as práticas parentais no contexto da alimentação³¹⁻³³. Recentemente, foram publicadas duas revisões sistemáticas sobre estes instrumentos. Uma das questões centrais foi a importância da utilização de um modelo teórico para o desenvolvimento do instrumento, que se verificou em apenas metade dos questionários analisados. O modelo de Satter foi utilizado por 3 instrumentos^{33,105}. Observa-se um menor foco no estudo das práticas inerentes à estrutura da refeição, limitadas pelo próprio desenvolvimento da maioria dos questionários pois não englobam outras práticas responsivas^{30,31}. Além disso, alguns instrumentos utilizaram itens e subescalas que se sobrepõem ou são inconsistentes, entre os quais as práticas de controlo⁹¹. Por fim, os autores observaram que existe a necessidade de maior validação dos instrumentos divulgados até ao momento^{33,105}, incluindo a validade de critério^{33,105}. A validade de constructo tem sido a propriedade psicométrica da validade mais aplicada, geralmente avaliada através da relação entre as práticas parentais e os hábitos alimentares da criança ou o peso da criança, com a maioria dos instrumentos a apresentar uma ou mais escalas com relação significativa com as variáveis mencionadas¹⁰⁵. A análise confirmatória é a menos comum entre estes estudos e apenas dois estudos testaram a validade de critério, explicado pela necessidade de comparar o instrumento com um método *gold standard*, que neste caso consistiria num estudo experimental com observação¹⁰⁵.

A diversidade verificada na medição de práticas parentais limita a capacidade de avaliar as associações entre constructos que representem práticas parentais responsivas e o desenvolvimento da criança (peso, comportamento alimentar, ingestão alimentar), bem como a comparação entre estudos ¹⁰³.

Entre os questionários analisados na revisão de 2019, encontra-se o *Feeding Practices and Structure Questionnaire-28* (FPSQ-28) ³⁴⁻³⁶. O FPSQ-28 é constituído por 29 questões enquadradas em quatro constructos de práticas não responsivas (*Recompensa para comer, Recompensa pelo comportamento, Alimentação persuasiva, Restrição explícita*) e quatro relativos a práticas de estrutura (*Restrição discreta, Contexto da refeição estruturado, Horário da refeição estruturado, Refeições em família*). O estudo de 2019 permitiu a comparação do FPSQ com outros questionários e concluiu que, em comparação com os restantes questionários, o FPSQ apresentou as 4 formas de validação consideradas nesta revisão. Além disso, a aplicação deste questionário é sustentada pelo facto de ter sido testado especificamente apenas numa faixa etária dos 2 aos 5 anos de idade, numa amostra de mães e pais, em populações com baixos rendimentos, e ter sido validado num estudo longitudinal o que permitiu analisar a sua estabilidade ^{36,67,120,124}. Além disso, foi baseado na teoria e avaliado quanto à sua validade de critério. O mesmo questionário foi ainda aplicado em crianças com idade escolar, demonstrando resultados satisfatórios ^{21,27}.

O *Child Feeding Questionnaire* (CFQ) é o questionário que tem sido mais aplicado neste âmbito, em diferentes populações. O questionário mede perceções e preocupações dos pais sobre o peso e sobre a sua responsabilidade, e ainda práticas relacionadas com a restrição, pressão para comer mais e monitorização. Os autores distinguem monitorização como o grau em que os pais supervisionam a alimentação da criança ('Tenho que ter a certeza de que a criança não come demasiados alimentos ricos em gordura'); enquanto que a restrição é definida como o grau em que os pais restringem o acesso da criança a alimentos. A pressão para comer é definida como a tendência para pressionar a criança a comer mais ('A criança tem que comer sempre tudo o que estiver no prato.'). O mesmo foi validado em crianças entre os 2 e os 11 anos de idade, e incluiu tanto pais como mães na amostra, tendo apresentado resultados de consistência interna de questionáveis a excelentes (0,68 a 0,92) ^{31,33,125-127}. O CFQ foi validado na população portuguesa, demonstrando resultados questionáveis a excelentes quanto à sua fiabilidade (entre 0,61 a 0,90) ¹²⁵. O mesmo foi previamente aplicado na população portuguesa em conjunto com a escala de Ogden sobre controlo discreto e controlo manifesto, que apresentaram resultados entre 0,68 e e 0,90 ¹²⁶.

Em comparação ao CFQ e com a maioria dos questionário aplicados noutras populações, o FPSQ-28 vem acrescentar um novo constructo, a estrutura da refeição e tem apresentado resultados promissores na avaliação das práticas parentais em idade pré-escolar e idade escolar ^{34–36,128}.

4 Práticas parentais e comportamento alimentar, hábitos alimentares e estado nutricional da criança

4.1.1 Práticas parentais e comportamento alimentar da criança

Observou-se que a restrição estava positivamente correlacionada tanto com comportamentos de atração pela comida, como também com comportamentos de evitamento da comida num dos estudos de Jansen et al ^{80,92,98,122,129–131}. Esta restrição parece determinar a maior preferência das crianças aos alimentos restritos o que pode explicar a sua associação com a resposta à comida ou prazer na comida. Por outro lado, sabe-se que existe uma relação bidirecional com as práticas parentais e o comportamento alimentar. A restrição pode ser adotada pelos pais para modificar os hábitos alimentares das crianças das crianças, tanto em crianças com excesso de peso como baixo peso, o que pode justificar a correlação a ambos os comportamentos reportados pelos pais.

A pressão para comer observa-se estar positivamente associada a comportamentos de evitamento da comida (seletividade alimentar, ingestão lenta e resposta à saciedade) ^{80,129}. Por outro lado, a pressão para comer estava correlacionada negativamente com a resposta à comida em dois estudos ^{80,129}, mas positivamente correlacionada com a resposta à comida noutros dois estudos ^{80 21,122}. Esta prática estava ainda correlacionada positivamente com a sobre-ingestão emocional e negativamente com o prazer na comida ^{21,80,122,129}. A pressão para comer pode determinar na criança um menor interesse pelos alimentos a que é pressionada a comer, normalmente vegetais ¹³². Por outro lado, a correlação positiva com o evitamento da comida e menor prazer na comida parece evidenciar a resposta dos pais a crianças com menor interesse e seletividade alimentar.

A recompensa para comer e pelo comportamento correlacionam-se positivamente tanto com comportamentos de evitamento da comida (resposta à saciedade, ingestão lenta e seletividade alimentar), como de atração pela comida (resposta à comida e sobre-ingestão emocional) ^{21,92,122,133}. Por outro lado, observou-se que num dos estudos observou-se que estavam negativamente correlacionada com o prazer na comida ^{21,122,134}. Utilizar alimentos como recompensa impacta a preferência por esse mesmo

alimento e pode diminuir interesse pelo alimento que é induzida a comer, seja para moderar um comportamento/emoção ou modificar os hábitos alimentares/peso da criança ¹³³.

Alguns estudos têm explorado a direção destas associações ⁶⁷. A evidência tem suportado a existência de uma associação bidirecional entre as práticas parentais e o comportamento alimentar da criança ^{40,67,135}. Observou-se que a restrição e a pressão para comer estavam prospectivamente e inversamente associadas ao *Prazer na comida* e à *Ingestão emocional* ^{36,92,136}. A pressão para comer observou-se ainda estar associada a maior *Seletividade alimentar* aos 2 a 4 anos de idade e menor *Prazer na comida* aos 7 e 9 anos de idade ¹³¹. Estes resultados podem explicar as correlações negativas com o prazer à comida. A recompensa pelo comportamento/emoções previu maior *Sobre-ingestão emocional* e *Resposta à comida* e menor *Prazer na comida* ^{36,92}, mas não se observou a associação no reverso ¹³⁷. A seletividade alimentar da criança aos 14 meses estava associada à utilização de práticas parentais não-responsivas, nomeadamente a pressão para comer, aos 2 anos de idade ⁸⁶. . Num estudo com observou-se que as mães utilizavam diferentes níveis de pressão para comer e recompensa com alimentos quando um dos gémeos era mais seletivo relativamente ao outro ¹³⁸. Estes resultados apoiam o papel bidirecional da relação entre as práticas parentais e o comportamento alimentar da criança ⁶⁷. No estudo de Jansen et al. ⁶⁷ foi avaliada a relação bidirecional entre práticas e o comportamento alimentar (*resposta à saciedade* e *resposta à comida*). Observaram que maior recompensa pelo comportamento e menor restrição discreta estavam prospectivamente associados a maior resposta à comida ⁶⁷.

4.1.1.1 Estrutura da refeição e comportamento alimentar

A estrutura da refeição tem vindo mais recentemente a ser investigada quanto ao seu papel no comportamento alimentar e autorregulação da ingestão energética da criança ^{23,28,139}. Um contexto estruturado das refeições (à mesa, sem distrações) estava correlacionado negativamente com a *resposta à saciedade*, *ingestão lenta* e *sub-ingestão emocional* e *sobre-ingestão emocional*. Por outro lado, estava positivamente associado ao *prazer na comida* ¹²². A rotina de refeições estavam correlacionados positivamente com a *sub-ingestão emocional* ¹²². Por fim, realizar refeições em família estava negativamente correlacionado com comportamentos de evitamento da comida (seletividade alimentar e a sub-ingestão alimentar) e também com a *resposta à comida*. Por outro lado, estava positivamente correlacionado com o *prazer à comida* ^{21,122}. Pais que utilizam práticas não-responsivas e menos estrutura reportaram maior seletividade alimentar da criança, enquanto que aqueles que utilizam menos as práticas não-

responsivas e fornecem mais estrutura da refeição reportaram maior prazer na comida e maior intenção de estar às refeições ²¹. A estrutura parece ter um papel particularmente importante na *seletividade alimentar*. Quanto à autorregulação, Marques et al. ¹⁴⁰ observaram que tomar o pequeno-almoço em família estava associado a comportamento alimentar adequado (parar de comer quando se sente cheio, comer quando os alimentos estão disponíveis, não comer em demasia), embora não se tenha verificado uma associação significativa ¹⁴⁰. O papel da autorregulação, foi avaliado em crianças em idade pré-escolar e escolar demonstrando que a estrutura está associada com maiores níveis de autorregulação da ingestão energética ²⁷. Um estudo longitudinal avaliou as práticas parentais de estrutura aos 2 e aos 3.7 anos de idade. Neste estudo, o contexto da refeição estruturado previu maiores níveis de *Prazer na comida* ³⁶. Estes resultados podem ajudar a explicar as correlações negativas observadas para a *seletividade alimentar* e positivas com o *prazer na comida*. Jansen et al. ⁶⁷ desenvolveram um estudo para avaliar a relação bidirecional entre práticas e comportamento aos 2, 3.7 e 5 anos de idade. A resposta à saciedade estava prospectivamente associada a maior rotina de refeições e negativamente associada às refeições em família ⁶⁷.

4.1.2 Práticas parentais e hábitos alimentares da criança

Práticas parentais como o encorajamento e o elogio, a modelagem, a monitorização de alimentos menos saudáveis e a existência de estrutura na refeição foi associada a maior aceitação de vegetais em crianças em idade pré-escolar e escolar ¹⁴¹⁻¹⁴⁶. Por outro lado, práticas não responsivas como recompensa para comer e a pressão para comer foram associadas a menor aceitação e ingestão de vegetais ¹⁴¹⁻¹⁴⁴. A pressão para comer parece ter efeito a nível das preferências alimentares da criança, ao desencadear um aversão da criança pelos alimentos que são pressionadas para comer ^{90,147,148}. Tal como observado para o comportamento alimentar, a restrição apresentou resultados diferentes. A restrição estava associada inversamente ao consumo de bebidas açucaradas quando em contexto parental autoritário ¹⁴⁹. A restrição está negativamente correlacionada à ingestão de vegetais. Por outro lado, observou-se estar associada a menor ingestão de bebidas açucaradas e maior ingestão de água ^{150,151}. Por fim, a recompensa pelo comportamento foi associada transversalmente e longitudinalmente a maior ingestão de snacks ^{150,151}.

4.1.2.1 Estrutura da refeição e os hábitos alimentares

A evidência é menor sobre a estrutura da refeição e os hábitos alimentares da criança. A literatura tem suportado o papel das refeições em família na saúde da criança. As

refeições em família são uma componente da estrutura das refeições e constitui uma oportunidade para os pais enquanto modelos da alimentação da criança. Uma revisão sistemática da literatura permitiu observar que realizar refeições em família estava positivamente associados à ingestão de fruta e vegetais e a um padrão alimentar saudável em crianças na idade pré-escolar, incluindo em contextos socioeconómicos mais baixos ¹³⁹. No entanto, a revisão não incluiu estudos que permitissem explorar a causalidade desta associação. Noutros estudos, observou-se que realizar refeições em família estava positivamente associado à ingestão de fruta, vegetais e leite e a menor probabilidade de ingerir alimentos como bebidas açucaradas e *fast food*, e ainda contribuiu para o bem estar psicossocial ^{121,152-159}. Outro fator que constitui a estrutura da refeição da criança é realizar é um contexto de refeições estruturado. Observou-se que a presença de ecrãs durante as refeições, mesmo em família, estava associado a oferta alimentar e hábitos alimentares inadequados (menor ingestão de fruta, vegetais, leite e cereais e derivados) ^{25,119,154}. É importante realçar que realizar refeições em família não parece ser um fator protetor do impacto dos ecrãs na alimentação da criança durante as refeições ^{119,154}. Lopez et al ¹⁶⁰ observaram que práticas da estrutura da refeição (rotina de refeições, comer em família, presença de ecrãs durante as refeições) estavam associados a maiores índices da qualidade da alimentação de crianças em idade pré-escolar e escolar ¹⁶⁰.

4.1.3 Práticas parentais e obesidade infantil

A recompensa para comer, a restrição e a pressão para comer estavam positivamente correlacionadas ao IMC para a idade ^{80,92}. No entanto, foram encontrados resultados contraditórios para a pressão para comer ^{80,92}. Quanto à restrição, observou-se que estava relacionada a um maior peso da criança, embora a evidência também tenha demonstrado que a restrição na infância prevê o baixo peso da criança aos 2 anos de idade ^{80,161}. A restrição e a recompensa para comer podem influenciar a autorregulação energética da criança, o que pode contribuir para que a criança coma em excesso e aumentar o risco de obesidade infantil mais tarde ¹³¹. As características da criança, como o peso e o comportamento alimentar parecem explicar em parte estas associações ⁸⁰. Mães preocupadas com o baixo peso da criança têm maior tendência para pressionar a criança para comer ¹³¹. Os estudos longitudinais têm confirmado os resultados contraditórios sobre a restrição, pois observou-se que a restrição estava tanto prospectivamente associada a maiores z-scores de IMC para a idade como a menores z-scores ^{114,162,163}. Alguns autores explicam que estas diferenças resultam das escalas utilizadas para avaliar a restrição. Em Portugal, Afonso et al ¹⁶⁴, observaram que pressão para comer e o controlo manifesto (*overt*) utilizadas aos 4 anos de idade estavam

associadas a menor IMC aos 7 anos de idade, enquanto que a direção da associação entre o IMC e as práticas demonstrou que um maior IMC aos 4 anos de idade estava significativamente associado a práticas como a restrição e o controlo discreto (*covert*) aos 7 anos, mas a menores níveis de pressão para comer ¹⁶⁴.

4.1.3.1 Estrutura da refeição e obesidade infantil

O comportamento alimentar constitui um mediador a relação entre as práticas parentais e o peso da criança ¹⁰⁶. As práticas parentais são afetadas tanto pelo comportamento alimentar como o peso da criança ¹³⁷. Os estudos longitudinais entre as práticas parentais e a obesidade infantil vêm demonstrar como esta relação é complexa. Estudos longitudinais mostraram que a restrição no início estava associada tanto a maior IMC ^{163,165}, bem como associada a menor IMC da criança mais tarde ¹⁶². Estudos longitudinais têm demonstrado o efeito do estabelecimento de práticas de estrutura como preditores de menor alimentação desinibida e menor ganho de peso em raparigas, mas apenas quando utilizadas na ausência de práticas de restrição ¹⁶⁶, sugerindo que dependendo da forma como a restrição é avaliada podem ser determinados resultados diferentes quanto ao peso da criança. Numa meta-análise com crianças entre os 4 e os 17 anos de idade observou-se que tinham menor probabilidade de ter excesso de peso em famílias que faziam pelo menos 3 refeições em família por semana em comparação às que fazem numa frequência inferior avaliados ¹²¹. No mesmo estudo, observou-se que uma redução de 7% no risco de excesso de peso em crianças que faziam refeições em família ¹²¹. Mas ainda estão por investigar os mecanismos da relação entre as refeições em família e a redução do risco de obesidade ¹²¹. Um estudo que seguiu mães e crianças aos 6 meses, 5 anos e 14 anos de idade não observou associação entre a frequência das refeições em família e excesso de peso aos 14 anos ¹⁶⁷. Quanto à existência de rotinas, outro estudo longitudinal em crianças em idade pré-escolar avaliou rotinas relacionadas com o sono, refeições (jantar pelo menos 5 dias da semana em família) e acesso limitado a ecrãs e a obesidade infantil. Os resultados indicaram menor prevalência de obesidade nas crianças expostas a estas rotinas ¹⁶⁸.

5 Pergunta de investigação

O estudo do comportamento alimentar não representa um tema novo na área da obesidade, mas a maioria dos estudos foi realizado em adolescentes ou centra-se em resultados como a obesidade infantil e os hábitos alimentares da criança ^{121,169,170}. As práticas parentais estão associadas ao comportamento alimentar da criança. A sua evidência tem sido limitada às práticas de controlo, sendo importante contribuir para a

evidência sobre o papel de práticas responsivas,. As práticas que envolvem a estrutura da refeição têm sido transversal e prospetivamente associadas a melhor capacidade de autorregulação da ingestão energética e comportamentos alimentares adaptativos da criança. Contudo, a evidência disponível sobre o papel deste tipo de práticas parentais é ainda escassa. Deste modo, é fundamental que existam instrumentos mais compreensivos e que permitam considerar a contribuição das práticas responsivas no comportamento alimentar da criança.

O presente estudo pretende responder à seguinte pergunta de investigação: qual a relação entre práticas de estrutura da refeição e o comportamento alimentar e hábitos alimentares da criança?

Objetivos

5.1 Objetivo geral

O presente estudo pretende explorar as associações das práticas parentais não responsivas e de estrutura e o comportamento alimentar de crianças com idades compreendidas entre 1 e 10 anos.

5.2 Objetivos específicos

Para o objetivo geral foram definidos dois grupos de objetivos específicos.

Grupo 1 – Propriedades psicométricas da versão portuguesa do *Feeding Practices and Structure Questionnaire-28*

- Analisar a validade de constructo e consistência interna da versão portuguesa do *Feeding Practices and Structure Questionnaire-28*

Grupo 2 – Práticas parentais, comportamento alimentar e hábitos alimentares

- Caracterizar as práticas parentais no contexto da alimentação de mães e pais de crianças residentes em Portugal;
- Caracterizar o comportamento alimentar de crianças entre 1 e 10 anos de idade residentes em Portugal;
- Caracterizar os hábitos alimentares de crianças entre 1 e 10 anos de idade residentes em Portugal;
- Comparar as práticas parentais e o comportamento alimentar de acordo com as características da criança e cuidador;

- Examinar o contributo das práticas parentais não responsivas e de estrutura para o comportamento alimentar da criança;
- Examinar o contributo das práticas parentais não responsivas e de estrutura e do comportamento alimentar para os hábitos alimentares da criança.

6 Metodologia

6.1 Caracterização do estudo

O presente estudo consiste num estudo observacional, transversal e analítico numa amostra de mães e pais de crianças entre 1 e 10 anos de idade, residentes em Portugal. O presente estudo é transversal, pois consistiu na recolha de dados num determinado momento; e analítico, para compreender a relação entre as práticas parentais com –o comportamento alimentar e os hábitos alimentares.

6.2 Caracterização da amostra

A população do presente estudo abrangeu cuidadores principais (mães, pais ou outros cuidadores) de crianças entre 1 e 10 anos de idade, residentes em Portugal. Para o desenvolvimento do estudo foi utilizada uma metodologia de amostragem por conveniência (recrutada através de grupos de pais de Portugal na rede social Facebook, de uma plataforma sobre a parentalidade) e bola de neve (recrutada por *email*). A recolha de dados decorreu entre os dias 1 e 17 de julho de 2020.

Foram considerados como critérios de inclusão: ser mãe, pai ou outro cuidador principal de crianças entre 1 e 10 anos de idade; ter pelo menos 18 anos de idade; residir em Portugal Continental ou Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira; aceitar participar, fornecendo o consentimento informado, livre e esclarecido online, antes de iniciar o preenchimento do questionário. Foram considerados como critérios de exclusão a presença de patologias que pudessem afetar o desenvolvimento da criança (malformações congénitas, desenvolvimento psicomotor).

No total, foram recolhidos 316 questionários, dos quais 18 foram excluídos por motivos relacionados com os critérios de inclusão ou de exclusão (por doença ou idade); 3 por dados omissos em variáveis chave para o estudo (ex. data de nascimento da criança). Os participantes com valores de *z-score* extremos foram excluídos (*z-score* inferior a -5 e *z-score* superior a 5) (n=6). Deste modo, a amostra em estudo conta com 289 díades.

6.3 Instrumentos de recolha de dados

Para a recolha de informação foi elaborado um protocolo de investigação, disponibilizado online através da plataforma Google forms, que incluiu: dados sociodemográficos e de saúde do cuidador e da criança, o *Feeding Practices and Structured Questionnaire-28*, o Questionário do Comportamento Alimentar da Criança (CEBQ) e o Índice KIDMED.

6.3.1 Dados sociodemográficos e de saúde

A caracterização sociodemográfica e de saúde do cuidador foi realizada através das seguintes variáveis: região de residência conforme NUTS II, grupo etário, nacionalidade, nível de habilitações, situação profissional, peso (kg) e altura (m). O IMC foi determinado através do peso e altura reportados e classificado segundo os critérios da OMS¹⁷¹.

A caracterização sociodemográfica e de saúde da criança foi realizada através das seguintes variáveis: idade (data de nascimento), sexo, nacionalidade, peso (kg), comprimento/altura (cm). Os valores de z-score para o peso, comprimento e Índice de Massa Corporal para a idade foram determinados através do programa *WHO Anthro version 1.0.4*¹⁷². O IMC foi categorizado de acordo com os pontos de corte da OMS¹⁷³. Por fim, o questionário incluiu os seguintes dados de saúde da criança: condição de saúde que obrigue a cuidados de saúde regulares e alimentação específica (por doença, por outros motivos). Foi também solicitada a perceção da saúde da criança pelo cuidador, através de uma escala de Likert (1 – Muito má a 5 – Excelente).

6.3.2 Questionário acerca das práticas parentais no contexto da alimentação – *Feeding Practices and Structure Questionnaire-28*

As práticas parentais no contexto da alimentação foram avaliadas através do *Feeding Practices and Structure Questionnaire* (FPSQ-28). O questionário foi construído com base no modelo *Trust Model*¹⁰⁰ e em itens de questionários previamente validados^{30,90,98,174,175}. O FPSQ-28 é constituído por 29 questões enquadradas em quatro constructos de práticas não responsivas: *Recompensa para comer* [RE] (“Encoraja a sua criança a comer alguma coisa utilizando alimentos como recompensa”), *Recompensa pelo comportamento* [RB] (“Para fazer com que a minha criança se porte bem, prometo-lhe alguma coisa para comer”), *Alimentação persuasiva* [PF] (“Se a minha criança diz “Não tenho fome” tento de qualquer maneira fazer com que ela coma”), *Restrição manieta* [OR] (“Tenho de garantir que a minha criança não come demasiados doces (chupa-chupas, gelados, bolos).”). Além disso, é constituída por quatro subescalas relativas a práticas de estrutura: *Restrição discreta* [CR] (“Com que

frequência evita comprar bolachas e bolos para levar para casa?”), *Contexto da refeição estruturado* [SMS] (“Faço questão que a minha criança coma as refeições à mesa”), *Horário da refeição estruturado* [SMT] (“Sou eu que decido quando é que a minha criança faz as refeições (principais)”), *Refeições em família* [FMS] (“A minha criança come as mesmas refeições que o resto da família”) (composto por um item e proposto pelos autores como opcional) ¹²⁰. Todas as respostas são avaliadas através de escalas de Likert de 1 a 5, assumindo duas tipologias: *nunca a sempre* e *discordo totalmente a concordo totalmente*. O tratamento dos dados, inclui a determinação da pontuação média de cada escala para a posterior análise dos resultados, replicando o protocolo de análise do estudo original ³⁵.

O FPSQ-28 foi inicialmente desenvolvido em 2012 por Jansen *et al*, para avaliar práticas parentais no contexto da alimentação, com base na necessidade de um questionário mais compreensivo, em comparação com os questionários existentes. Do primeiro estudo, resultou o questionário *Feeding Practices and Structure Questionnaire-40*, constituído por 40 itens e 9 constructos. Os autores continuaram a realizar estudos de validação, incluindo um estudo longitudinal em que o questionário apresentou estabilidade aos 2, 3 e 5 anos de idade ³⁶. Deste estudo resultou a exclusão da subescala *Distrust in appetite*, pois apresentou uma correlação elevada com a dimensão *Persuasive Feeding* e apresentou baixa fiabilidade aos 2, 3 e 5 anos de idade ¹²⁰. Deste segundo estudo de validação resultou na versão final do questionário, o FPSQ-28, que continuou a ser analisado quanto à sua validade e fiabilidade, incluindo numa população com diferentes características sociodemográficas ^{27,124,176}. Os estudos de validação do questionário desenvolvidos ao longo do tempo demonstraram uma consistência interna (0.57–0.91) e validade de constructo adequadas ^{29,35,36,120,124,176}. A subescala *Horário da refeição estruturado* apresentou valores adequados (0,57-0,62), embora inferiores às restantes.

6.3.2.1 Tradução e pré-teste do questionário FPSQ-28

Os itens da versão em inglês foram traduzidos para português por três investigadores, de forma independente. Posteriormente foram comparados e discutidos para gerar uma versão conciliada. Na tradução, foram introduzidas pequenas alterações, sem alterar o sentido semântico dos itens, com o objetivo de adaptar culturalmente o questionário à população portuguesa. **O questionário foi submetido a um pré-teste, através de entrevista cognitiva a 6 participantes** ^{177,178} com características da amostra em estudo. Destas entrevistas, resultaram adaptações em três itens do questionário, uma vez que se verificaram diferenças na sua interpretação em relação à intenção

subjacente no original (tabela 1). O questionário FPSQ-28 traduzido e aplicado no presente estudo pode ser **consultado no apêndice 1**.

Tabela 1 - Itens adaptados após pré-teste do FPSQ-28

Item antes do pré-teste	Problema	Item após o pré-teste
Se a minha criança diz "não tenho fome", ainda assim tento que coma.	Interpretação	Se a minha criança diz "não tenho fome", tento de qualquer maneira fazer com que ela coma.
Sou eu que decido as horas em que a minha criança faz as refeições.	Interpretação	Sou eu que decido quando é que a minha criança faz as refeições (principais).
Com que frequência evita comprar biscoitos e bolos para levar para casa?		Com que frequência evita comprar bolachas e bolos para levar para casa?

6.3.3 Questionário acerca do comportamento alimentar da criança - CEBQ

O comportamento alimentar da criança foi avaliado através do *Questionário do Comportamento Alimentar da Criança* (CEBQ). Este questionário foi desenvolvido em 2001 por Wardle *et al* e tem vindo desde essa altura a ser aplicado em vários estudos para avaliar o comportamento alimentar de crianças e jovens ^{16,179}. O questionário é constituído por duas dimensões: “evitamento da comida” e “atração pela comida”. A dimensão “evitamento da comida” inclui as subescalas: *Seletividade* (FF), que avalia a o interesse e preferência da criança por grupos de alimentos familiares ou não familiares à criança e que podem resultar na variedade limitada na alimentação e menor ingestão alimentar; *Ingestão lenta* (SE), que avalia o ritmo a que a criança come; *Sub-ingestão Emocional* (EEU), que avalia reatividade emocional à comida; *Resposta à Saciedade* (SR), que avalia a capacidade de resposta às pistas internas de saciedade da criança ^{16,86,179}. A dimensão “atração pela comida” inclui as seguintes dimensões: *Prazer na Comida* (EF) que avalia interesse generalizado por comida captando a medida em que a criança encontra prazer em comer e deseja comer; a *Resposta à Comida* (FR), que avaliam uma maior resposta às pistas externas dos alimentos ou pistas externas sociais; *Sobre-ingestão emocional* (EEO), que avalia reatividade emocional à comida; *Desejo de Beber* (DD), que avalia a atracção por bebidas açucaradas, refrigerantes e sumos ^{16,179}. Cada item é avaliado através de uma escala de Likert de 1 a 5 (1 – Nunca a 5 – Sempre), em que os *scores* mais elevados indicam uma maior presença desse

comportamento alimentar. De acordo com o protocolo do estudo original, procedeu-se à determinação dos scores médios de cada prática para a posterior análise dos resultados.

Na versão original, o questionário apresentou previamente uma boa precisão teste-reteste ($r = .52-.87$), e consistência interna de valores de alfa entre 0,72 e 0,91^{16,180}. Além disso, o comportamento alimentar apresentou continuidade entre os 4 e 10 anos de idade¹⁸¹. O CEBQ tem sido extensamente aplicado na avaliação do comportamento alimentar da criança, incluindo em Portugal¹⁸². O questionário foi inicialmente validado para a versão portuguesa em crianças entre os 3 e 13 anos de idade. A versão portuguesa apresentou resultados satisfatórios quanto à validade de constructo e fiabilidade¹⁸². Na amostra do presente estudo as subescalas do CEBQ, apresentaram valores de consistência interna aceitáveis a bons ($> 0,70$).

6.3.4 Questionário acerca dos hábitos alimentares da criança - Índice KIDMED

O índice KIDMED (Mediterranean Diet Quality Index para crianças e adolescentes) consiste num índice que permite avaliar a adesão à Dieta Mediterrânica em crianças e adolescentes⁵⁴. O índice foi desenvolvido e validado por Serra-Majem et al/ na população espanhola e foi previamente aplicado em Portugal⁵⁴⁻⁵⁶. O Índice é constituído por 16 questões avaliadas com atribuição de conotação negativa (-1) e conotação positiva (+1), de acordo com a adesão aos comportamentos que caracterizam um padrão alimentar mediterrânico,. A cotação permite obter uma pontuação total entre 0 e 12 pontos, que se categoriza em: ótima adesão (>8); adesão moderada (4-7) e baixa adesão (≤ 3).

6.4 Análise estatística

A análise estatística dos dados foi realizada através do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences – IBM-SPSS for Windows 26.0®. Os testes estatísticos foram realizados para um nível de significância de 5%.O teste à distribuição das variáveis foi realizado através do teste de *Kolmogorov-Smirnov Z*. Após a avaliação da normalidade das variáveis, foi realizada a análise descritiva e de inferência. No estudo, foi assumida a normalidade dos dados de acordo com o teorema do limite central.

Em primeiro lugar, foi realizada a análise descritiva das variáveis, com recurso a frequências absolutas e relativas no caso de variáveis nominais e no caso das variáveis numéricas foram calculadas as medidas de tendência central e dispersão (média, desvio padrão, valor máximo e valor mínimo).

A validação da versão portuguesa do FPSQ-28, seguiu parcialmente os procedimentos dos estudos originais dos instrumentos. Desta forma, foi realizada a análise descritiva dos itens, avaliada a precisão e testada a validade de constructo. A precisão foi avaliada através da análise da consistência interna, recorrendo-se ao cálculo do alfa de Cronbach, das correlações item-total e da média das correlações inter-itens. Relativamente ao alfa de Cronbach, foram seguidas as seguintes orientações: valores excelentes ($\geq 0,9$); valores bons (0,8-0,9); valores aceitáveis (0,7-0,8); valores questionáveis (0,6-0,7); valores fracos (0,5-0,6); valores inaceitáveis ($\leq 0,5$)^{105,183}. Para as correlações item-total, considerou-se um valor mínimo de 0,20¹⁸⁴. Para a média das correlações inter-itens, utilizou-se como indicador de adequação valores entre 0,20 e 0,40¹⁸⁵.

A validade de constructo foi explorada através da análise das relações entre as práticas parentais¹⁸⁶ e variáveis da criança previstas pela teoria e evidência como estando associadas ao constructo: comportamento alimentar da criança, hábitos alimentares e peso/IMC. Para analisar a associação entre as práticas parentais no contexto da alimentação e as variáveis contínuas (idade, comportamento alimentar, hábitos alimentares, peso/IMC) foram utilizadas correlações de Pearson. A avaliação da força das correlações foi realizada com recurso à seguinte classificação: valores inferiores a 0,2 correlação muito fraca; valores entre 0,2 e 0,39 correlação baixa; valores entre 0,4 e 0,69 correlação moderada; valores entre 0,7 e 0,89 correlação alta; valores acima de 0,9 correlação muito alta¹⁸⁷. Quanto aos dados nominais, as diferenças entre grupos foram testadas com recurso ao teste *t* para amostras independentes.

Para examinar a contribuição das práticas parentais para o comportamento alimentar da criança, foi utilizada a regressão múltipla hierárquica. Nas análises, o comportamento alimentar foi definido como variável dependente, tendo sido testados modelos para cada um dos comportamentos alimentares contemplado no CEBQ. Em cada modelo, foram introduzidas as covariáveis (idade e sexo da criança, nível de escolaridade do cuidador) no primeiro bloco e as práticas parentais no segundo bloco. As variáveis independentes, com exceção das práticas parentais, foram selecionadas com base na análise bivariada.

Para analisar o contributo das práticas parentais e comportamento alimentar para os hábitos alimentares da criança, foi utilizada a regressão logística. Uma vez que a amostra se distribuiu entre adesão moderada e ótima ao padrão alimentar mediterrânico, os resultados no Índice KIDMED foram dicotomizados. No primeiro bloco foram introduzidas as variáveis sociodemográficas. No segundo bloco 2 foram inseridos os comportamentos alimentares da criança e as práticas parentais.

Considerações éticas

Aos participantes do estudo foram explicados, por escrito, os objetivos e condições de participação no mesmo, tendo os participantes aceite com o consentimento livre, voluntário e esclarecido (Apêndice 1).

7 Resultados

7.1 Caracterização da amostra

Na Tabela 2 é apresentada a caracterização dos cuidadores. A amostra foi constituída por 289 cuidadores, com idades compreendidas entre os 19 e os 46 anos ($M=34,3$, $DP=5,1$), sendo maioritariamente mães (98,3%). A maioria era de nacionalidade portuguesa (97,2%) e estava distribuída principalmente pelas regiões da Área Metropolitana de Lisboa, Norte e Centro. A maioria dos cuidadores tinha o Ensino Superior (62,6%) e identificava-se como *Trabalhador por uma remuneração ou lucro* (80,3%). Os cuidadores apresentavam um IMC com média de $25,38 \text{ kg/m}^2$ ($DP = 4,85$), ou seja, pré-obesidade. Observa-se que metade da amostra apresentava *Eutrofia* (51,2%) e 46,6% tinha excesso de peso ($\geq 25,00 \text{ kg/m}^2$).

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica e de saúde dos cuidadores

Variáveis	Cuidador n (%)	Estatística descritiva
Cuidador (n=289)		
Mãe ou companheira do pai	284 (98,3%)	
Pai ou companheiro da mãe	3 (1,0%)	
Outro cuidador (ex. Avó/avô, tio/tia, irmã/irmão)	1 (0,3%)	
Idade (anos) (n=287)		Média = 34,3 Desvio padrão = 5,1 Mediana = 35,0 Mínimo = 19,0 Máximo = 46,0
Nacionalidade (n=286)		
Portuguesa	278 (97,2%)	
Outra nacionalidade	7 (2,4%)	
Dupla nacionalidade	1 (0,3%)	
Nuts II (n=289)		
Norte	87 (30,1%)	
Centro	58 (20,1%)	
Área metropolitana de Lisboa	119 (41,2%)	
Alentejo	8 (2,8%)	

Variáveis	Cuidador		Estatística descritiva
	n	(%)	
Algarve	8	(2,8%)	
Região autónoma dos açores		5,7%)	
Região autónoma da madeira	4	(1,4%)	
Grau de escolaridade (n=289)			
Ensino básico 1º ciclo (4ºano, antigo ensino primário, 4ª classe)	0	(0%)	
Ensino básico 2º ciclo (6ºano, antigo ciclo preparatório)	2	(0,7%)	
Ensino básico 3º ciclo (9ºano, antigo 5º ano do liceu)	17	(5,9%)	
Ensino secundário (12ºano, antigo 7º ano do liceu)	59	(20,4%)	
Ensino pós-secundário não superior (ex. Curso profissional)	30	(10,4%)	
Ensino superior (bacharelato, licenciatura, mestrado, doutoramento)	181	(62,6%)	
Sem escolaridade	0	(0%)	
Condição perante o trabalho (n=289)			
Trabalhador por uma remuneração ou lucro	232	(80,3%)	
Desempregado	26	(9,0%)	
Outro (reformado, permanentemente incapacitado, estudante, trabalhador doméstico)	3	(1,0%)	
Outra situação	26	(9,0%)	
Classificação de IMC do cuidador (kg/m²) (n=283)			
Baixo peso (< 18,50)	6	(2,1%)	Média = 25,38
Eutrofia (18,50-24,99)	145	(51,2%)	Desvio padrão = 4,85
Pré-obesidade (25,00-29,99)	87	(30,7%)	Mediana = 24,91
Obesidade classe I (30,00-34,99)	33	(11,7%)	Mínimo = 17,75
Obesidade classe II (35,00-39,99)	10	(3,5%)	Máximo = 45,91
Obesidade classe III (> 40,00)	2	(0,7%)	

Relativamente às crianças, 52,9% das crianças eram do sexo feminino e tinham idades compreendidas entre 1 e 10,1 anos de idade (M = 3,9; DP = 2,2), sendo a maioria de idade pré-escolar (77,2%). Quanto à classificação do IMC das crianças com idade inferior a 5 anos (n=217), observa-se que 22,1% das crianças já se encontravam com *Possível risco de excesso de peso*. Quanto às crianças com idade superior a 5 anos (n=65), 13,8% apresentavam *Excesso de peso* e 16,9% apresentavam *Obesidade*. A maioria dos cuidadores percecionava a saúde geral da criança como *Muito boa* a *Excelente* (94,1%).

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica e de saúde da criança

Criança		
Variáveis	N (%)	Estatística descritiva
Sexo (n=289)		
Masculino	136 (47,1%)	
Feminino	153 (52,9%)	
Idade (anos) (n=289)		
1-2	115 (39,8%)	Média = 3,9
3-4	108 (37,4%)	Desvio padrão = 2,2
5-6	30 (10,4%)	Mediana = 3,6
7-8	22 (7,6%)	Mínimo = 1,0
9-10	14 (4,8%)	Máximo = 10,1
Nacionalidade (n=289)		
Portuguesa	283 (98,3%)	
Outra nacionalidade	1 (0,3%)	
Dupla nacionalidade	4 (1,4%)	
Peso para a idade (z-score) (n= 286)		
		Média = 0,16
		Desvio padrão = 1,03
		Mediana = 0,06
		Mínimo = -2,55
		Máximo = 2,84
Imc para a idade (zscore) (n=282)		
Idade inferior a 5 anos (n=217)		
Magreza	17 (7,8%)	
Normoponderal	135 (62,2%)	
Possível risco de excesso de peso	48 (22,1%)	Média = 0,19
Excesso de peso	12 (5,5%)	Desvio padrão = 1,42
Obesidade	5 (2,3%)	Mediana = 0,25
Idade superior a 5 anos (n=65)		
Magreza	1 (1,5%)	Mínimo = -3,96
Normoponderal	44 (67,7%)	Máximo = 4,03
Excesso de peso	9 (13,8%)	
Obesidade	11 (16,9%)	
Percepção da saúde da criança (n=289)		
Muito má	0 (0%)	Média = 4,5
Má	2 (0,7%)	Desvio padrão = 0,6
Boa	15 (5,2%)	Mediana = 5,0
Muito boa	102 (35,3%)	Mínimo = 2,0
Excelente	170 (58,8%)	Máximo = 5,0

7.2 Estudo de validação

7.2.1 Análise preliminar dos itens

A análise descritiva dos itens revelou que a maioria dos itens apresentaram uma amplitude de resultados que cobria todas as alternativas de resposta, com exceção dos itens 12 e 14 que apresentaram frequência nula no nível máximo da escala, o que se justifica pelo conteúdo dos itens (Tabela 4). Alguns itens obtiveram frequências superiores a 80% em duas opções de resposta correspondentes a polos extremos da escala de Likert (itens 1, 14, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 29); o conteúdo dos itens torna expectável que as respostas tendam para valores extremos.

Tabela 4 - Análise de itens FPSQ-28

Item	Percentagem (%)				
	1	2	3	4	5
1	45,7	28,4	20,8	4,5	0,7
2	12,1	17,3	30,8	30,4	9,3
3	13,8	29,8	31,5	19,4	5,5
4	34,3	26,6	23,9	12,5	2,8
5	6,9	21,1	33,9	29,4	8,7
6	9,7	11,1	9,7	38,1	31,5
7	31,1	33,6	22,8	11,1	1,4
8	14,9	38,1	20,8	19,7	6,6
9	16,6	24,6	12,5	31,8	14,5
10	9,7	9,7	9,7	33,9	37,0
11	14,5	28,4	29,4	23,5	4,2
12	37,7	36,3	22,5	3,5	0,0
13	3,8	8,3	27,7	35,3	24,9
14	40,8	40,5	15,9	2,8	0,0
15	58,9	24,9	11,4	4,2	1,0
16	45,3	36,7	14,2	3,5	0,3
17	3,5	14,2	28,7	37,4	16,3
18	64,4	21,8	10,4	2,4	1,0
19	4,2	4,5	9,7	34,3	47,4
20	46,0	33,9	15,6	3,8	0,7

21	0,3	1,0	5,5	24,9	68,2
22	1,7	2,4	11,1	33,6	51,2
23	19,0	19,4	22,1	30,1	9,3
24	6,9	21,1	23,5	30,8	17,6
25	20,4	25,6	21,8	23,5	8,7
26	13,8	24,2	26,6	27,7	7,6
27	7,6	22,1	33,2	29,1	8,0
28	46,0	30,8	15,6	5,9	1,7
29	0,7	2,1	11,4	30,1	55,7

7.2.2 Consistência interna do FPSQ-28

No que se refere às correlações item-total, verificaram-se correlações moderadas a elevadas (>0,2). As correlações item-total para cada escala situaram-se entre 0,224 e 0,672, demonstrando a homogeneidade das escalas (Apêndice 2). As médias das correlações inter-itens para cada escala situaram-se entre 0,266 e 0,482, dentro dos valores de adequação entre 0,20 e 0,40 para a maioria das escalas. A exceção verificou-se para as práticas de “recompensa para comer”, “restrição discreta” e “contexto da refeição estruturado” (>0,40). Os resultados encontram-se no anexo.

O coeficiente alfa de Cronbach das 7 escalas do FPSQ-28 apresentaram valores de alfa fracos a aceitáveis (Tabela 5), indicando uma boa consistência interna. Observou-se que a eliminação de itens nas escalas “restrição manifesta”, “restrição discreta” e “contexto da refeição estruturado” incrementariam o alfa, mas não representou uma mudança no patamar do alfa. A eliminação dos itens *Permito que a minha criança passeie de um lado para o outro durante a refeição* e *Deixo a minha criança decidir quando quer fazer a sua refeição* determinou um incremento no alfa maior na escala Horário da refeição estruturado. No entanto, constitui uma escala apenas com 3 itens, pelo que os itens foram mantidos.

Tabela 5 - Alpha de Cronbach FPSQ-28

Escala	Número de itens	Alpha de Cronbach			
		Amostra portuguesa FPSQ-28	Jansen et al. (2014) FPSQ-40	Jansen et al. (2016) FPSQ-28	Finnane et al. (2018) FPSQ-28
Recompensa pelo comportamento (RB)	4	0,74	0,86	0,80	0,80
Recompensa para comer (RE)	4	0,77	0,89	0,84	0,91
Alimentação persuasiva (PF)	6	0,77	0,73	0,75	0,79
Restrição manifesta (<i>overt</i>) (OR)	4	0,59	0,80	0,64	-
Restrição discreta (<i>covert</i>) (CR)	4	0,79	0,61	0,80	-
Contexto da refeição estruturado (SMS)	3	0,68	0,79	0,68	0,68
Horário da refeição estruturado (SMT)	3	0,54	0,68	0,60	0,62
Refeições em família (FMS)	1	-	0,87	-	-

7.2.3 Validade de constructo

A validade de constructo foi verificada através das correlações entre as práticas parentais e o comportamento alimentar. Os resultados são apresentados na Tabela 7.

7.2.3.1 Associações entre as práticas parentais e o comportamento alimentar

No que se refere à associação entre práticas parentais e comportamento alimentar, verificaram-se correlações positivas entre as práticas de recompensa e a “sobre-ingestão emocional” e “resposta à saciedade”, “sub-Ingestão emocional” e “seletividade”. As práticas de recompensa apresentaram também correlação negativa com o “prazer na comida” (Tabela 6).

As práticas de alimentação persuasiva (pressão para comer) apresentaram correlação positiva com comportamentos de “evitamento da comida” e negativa com “comportamentos de atração à comida” (prazer na comida).

As práticas de restrição manifesta apresentaram correlação positiva com comportamentos de “resposta à comida” e “sobre-ingestão emocional”.

Quanto às práticas de estrutura, apenas o “contexto da refeição estruturado” mostrou correlações significativas com o comportamento alimentar da criança. Verificaram-se

correlações positivas com comportamentos de “prazer na comida” e negativas com comportamentos de “resposta à saciedade”, “seletividade” e “sub-ingestão emocional”. Práticas de restrição discreta, horário da refeição estruturado e refeições em família não apresentaram correlações estatisticamente significativas com nenhum dos comportamentos alimentares da criança.

7.2.3.2 Associações das práticas parentais com o estado nutricional

Quanto ao estado nutricional da criança, observou-se que níveis mais elevados de práticas parentais de “alimentação persuasiva” se correlacionaram com menor peso e IMC para a idade, enquanto que o “contexto da refeição estruturado” apresentou correlação positiva ($<0,05$) (Tabela 6).

7.2.3.3 Associações das práticas parentais com os hábitos alimentares

Quanto aos hábitos alimentares da criança, observou-se que práticas não responsivas (“recompensa pelo comportamento”, “recompensa para comer” e “alimentação persuasiva”) apresentaram correlações negativas com a adesão da criança a um padrão alimentar mediterrânico (Índice KIDMED) (Tabela 6).

Tabela 6 – Correlações entre as práticas parentais e o comportamento alimentar (n=289)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. IMC para a idade (zscore)	-																			
2. IMC do Cuidador (kg/m2)	0,029	-																		
3. RB	-0,056	-0,052	-																	
4. RE	-0,104	0,008	,660**	-																
5. PF	-,147*	0,000	,522**	,636**	-															
6. OR	-0,062	-0,028	,305**	,285**	,285**	-														
7. CR	0,016	-0,087	-0,026	-0,029	-0,084	,207**	-													
8. SMS	,225**	0,009	-,182**	-,120*	-0,002	-0,017	-0,009	-												
9. SMT	0,076	-0,010	-0,029	0,025	,156**	,159**	-0,020	,337**	-											
10. FMS	0,056	0,033	-,132*	0,012	0,072	-0,026	-0,057	,278**	,173**	-										
11. SR	-,241**	0,095	,214**	,304**	,328**	,153**	0,060	-,238**	-0,115	-0,070	-									
12. SE	-,211**	,120*	0,109	,235**	,280**	0,022	-0,039	-0,065	-0,035	-0,016	,490**	-								
13. EUE	-0,091	-0,005	,213**	,120*	,153**	0,070	0,025	-,218**	-0,089	-0,065	,417**	,353**	-							
14. FF	-0,060	0,003	,256**	,346**	,400**	,123*	-0,049	-,156**	-0,097	-0,059	,399**	,315**	,236**	-						
15. EOE	0,033	-0,035	,317**	,222**	0,111	,180**	0,072	0,006	-0,007	-0,043	0,104	0,025	,444**	,156**	-					
16. FR	0,100	0,014	0,104	0,104	-0,097	,195**	0,098	0,085	0,025	-0,069	-,327**	-,262**	-0,014	-0,108	,484**	-				
17. EF	,191**	-0,040	-0,093	-,144*	-,250**	-0,026	0,059	,167**	0,043	0,032	-,578**	-,378**	-,177**	-,372**	,266**	,731**	-			
18. DD	-0,003	0,033	,261**	,219**	,172**	0,080	-0,063	-0,007	-0,050	-0,047	0,034	0,066	0,108	0,093	,348**	,418**	,295**	-		
19. Score KIDMED	-0,052	-0,106	-,158**	-,123*	-,141*	-0,064	0,028	0,102	0,037*	0,111	-0,086	-0,068	-0,021	-,137*	-0,105	0,023	,135*	-,178**	-	
20. Idade da criança (anos)	0,028	0,038	0,020	-0,068	0,064	0,020	0,074	0,010	0,013	0,059	,199**	0,101	0,089	0,073	,315**	,190**	-0,035	-,161**	-0,095	-

* p<0,05 ** p<0,01

RB – Recompensa pelo comportamento; RE – Recompensa para comer; PF – Alimentação persuasiva; OR – Restrição manifesta; CR – Restrição discreta; SMS – Contexto da refeição estruturado; SMT – Horário da refeição estruturado; FMS – Refeições em Família; SR – Resposta à saciedade; SE – Ingestão lenta; EUE – Sub-ingestão emocional; FF – Seletividade; EOE – Sobre-ingestão emocional; FR – Resposta à comida; EF – Prazer na comida; DD – Desejo de beber.

7.3 Estudo principal

7.3.1 Caracterização das práticas parentais no contexto da alimentação

Os cuidadores reportaram níveis baixos na utilização de práticas de recompensa (Tabela 7). Por outro lado, reportaram níveis moderados na “alimentação persuasiva” (pressão para comer) e na “restrição manifesta”. Quanto às práticas de estrutura, foram reportados níveis elevados, excepto para a “restrição discreta”.

Tabela 7 – Estatística descritiva do Feeding Practices and Structured Questionnaire-28 (n=289)

Subescala	Número de itens	Média (Desvio Padrão)	Mediana	Mínimo	Máximo
Recompensa pelo comportamento (RB)	4	1,92 (0,68)	1,75	1,00	4,00
Recompensa para comer (RE)	4	1,87 (0,78)	1,75	1,00	5,00
Alimentação persuasiva (PF)	6	3,06 (0,75)	3,00	1,17	4,83
Restrição discreta (<i>covert</i>) (CR)	4	2,97 (0,96)	3,00	1,00	5,00
Restrição manifesta (<i>overt</i>) (OR)	4	3,32 (0,84)	3,50	1,00	5,00
Contexto da refeição estruturado (SMS)	3	4,42 (0,65)	4,76	2,00	5,00
Horário de Refeição Estruturado (SMT)	3	3,96 (0,71)	4,00	1,33	5,00
Refeições em família (FMS)	1	4,38 (0,82)	5,00	1,00	5,00

No que se refere à distribuição das práticas parentais de acordo com o sexo da criança, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas (Tabela 8). O “contexto da refeição estruturado” e “refeições em família” são superiores no sexo feminino, que embora não representam associações significativas aproximam-se do nível de significância. Não se observaram diferenças para as restantes práticas. Observaram-se diferenças nas práticas “recompensa pelo comportamento” e “refeições em família” entre a idade pré-escolar e idade escolar.

No que diz respeito ao IMC da criança, verificaram-se diferenças significativas para a “alimentação persuasiva”, que diminuem com o IMC. As práticas de estrutura diferenciaram-se de forma significativa de acordo com o IMC. Quando analisadas as práticas de estrutura de acordo com a classificação do IMC, observou-se que o “contexto da refeição estruturado” aumentava com o IMC (entre o IMC normoponderal e IMC de excesso de peso). Não se observaram correlações significativas do IMC com as práticas parentais (tabela 6).

Quanto à escolaridade do cuidador, observaram-se níveis mais elevados de *Restrição Manifesta* em cuidadores com níveis mais baixos de escolaridade (Tabela 8).

Tabela 8 – Comparação das práticas parentais em função das características sociodemográficas e antropométricas da criança e cuidador

	RB	RE	PF	OR	CR	SMS	SMT	FMS
Criança								
Sexo^a (n=289)								
Feminino (n=136)	1,93 (0,68)	1,85 (0,71)	3,07 (0,72)	3,37 (0,90)	2,99 (0,95)	4,48 (0,60)	3,96 (0,68)	4,48 (0,74)
Masculino (n=153)	1,91 (0,67)	1,88 (0,79)	3,04 (0,77)	3,27 (0,79)	2,95 (0,96)	4,35 (0,68)	3,96 (0,73)	4,29 (0,88)
t	0,36	0,32	0,40	0,98	0,32	1,67	0,05	1,90
p	0,72	0,75	0,69	0,32	0,75	0,09	0,95	0,06
IMC para a idade (n=282)								
Baixo peso (n=18)	1,89 (0,76)	1,92 (0,84)	2,97 (0,55)*	3,44 (0,80)	2,83 (0,89)	4,41 (0,62)	3,70 (0,75)	3,94* (0,94)
Normoponderal (n=179)	1,96 (0,67)	1,93 (0,79)	3,18 (0,77)	3,37 (0,78)	2,97 (0,98)	4,33 (0,68)*	4,01 (0,71)	4,45 (0,81)
Excesso de peso (n=69)	1,92 (0,66)	1,81 (0,69)	2,85 (0,69)	3,24 (0,91)	3,07 (0,88)	4,60 (0,48)*	3,90 (0,68)	4,23 (0,79)
Obesidade (n=16)	1,70 (0,72)	1,61 (0,67)	2,74 (0,74)*	3,11 (1,12)	2,73 (0,96)	4,72 (0,46)	4,06 (0,72)	4,75 (0,58)*
F	0,711	1,177	4,510	0,899	0,735	4,317	1,351	4,181
p	0,546	0,319	0,004	0,442	0,532	0,005	0,258	0,006
Cuidador								
Escolaridade (n=289)								
Até 9 ^o ano (n=19)	2,19 (0,77)	2,24 (0,98)	3,26 (0,79)	3,76 (0,72)*	2,97 (1,01)	4,50 (0,69)	4,12 (0,70)	4,42 (0,83)
Até 12 ^o ano (n=59)	1,97 (0,66)	1,86 (0,74)	3,04 (0,81)	3,37 (0,85)	2,79 (1,01)	4,38 (0,66)	3,94 (0,73)	4,45 (0,79)
Ensino superior ou ensino não superior profissional (n=211)	1,88 (0,67)	1,84 (0,74)	3,04 (0,73)	3,26 (0,84)*	3,01 (0,93)	4,41 (0,64)	3,95 (0,70)	4,35 (0,83)
F	2,077	2,369	0,775	3,296	1,297	0,264	0,533	0,380
p	0,127	0,095	0,462	0,038	0,275	0,768	0,587	0,684

RB – Recompensa pelo comportamento; RE – Recompensa para comer; PF – Alimentação persuasiva; OR – Restrição manifesta; CR – Restrição discreta; SMS – Contexto da refeição estruturado; SMT – Horário da refeição estruturado; FMS – Refeições em Família;

7.3.2 Caracterização do comportamento alimentar

Quanto ao comportamento alimentar da criança, na tabela 9 pode observar-se que os pais reportaram níveis mais baixos de comportamentos de “atração à comida” em comparação com os comportamentos de “evitamento da comida”. Foram reportados níveis mais altos de “ingestão lenta” e “prazer na comida”.

Tabela 9 - Estatística descritiva do Child Eating Behavior Questionnaire (n=289)

Escala	Subescala	Número de itens	Média e desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Evitamento da comida	1 - Resposta à saciedade	5	2,57 ± 0,79	2,60	1,00	5,00
	2 - Ingestão lenta	4	2,89 ± 0,90	2,75	1,00	5,00
	3 - Sub-ingestão emocional	3	2,60 ± 0,91	2,67	1,00	5,00
	4 - Seletividade alimentar	6	2,60 ± 0,89	2,67	1,00	5,00
Atração à comida	5 - Sobre-ingestão emocional	5	2,00 ± 0,72	2,00	1,00	4,60
	6 - Resposta à comida	5	2,32 ± 1,00	2,20	1,00	5,00
	7 - Prazer na comida	4	3,23 ± 0,86	3,25	1,00	5,00
	8 - Desejo de beber	3	2,32 ± 0,95	2,00	1,00	5,00

No que se refere à distribuição do comportamento alimentar da criança de acordo com o sexo, verificou-se que as raparigas tinham pontuações mais altas nos comportamentos de “resposta à saciedade” e “ingestão lenta” (Tabela 10). Por outro lado, verificaram-se pontuações mais elevadas nos comportamentos de “resposta à comida” e “prazer na comida” nos rapazes. Na tabela 6, observaram-se correlações significativas da idade de forma positiva com a “resposta à comida”, “sobre-ingestão emocional” e “resposta à saciedade” e negativa com o “desejo de beber”.

Tabela 10 – Comparação do comportamento alimentar em função do sexo da criança

	Sexo maculino (n=136) Média e Desvio padrão	Sexo feminino (n=153) Média e Desvio padrão	t	p
Resposta à saciedade**	2,43 (0,75)	2,70 (0,80)	- 3,01	0,00
Ingestão lenta*	2,75 (0,92)	3,01 (0,87)	- 2,47	0,01

	Sexo masculino (n=136) Média e Desvio padrão	Sexo feminino (n=153) Média e Desvio padrão	t	p
Sub-ingestão alimentar	2,53 (0,91)	2,66 (0,91)	- 1,17	0,24
Seletividade alimentar	2,56 (0,91)	2,62 (0,88)	- 0,57	0,571
Sobre-ingestão alimentar	2,02 (0,76)	1,99 (0,67)	0,40	0,685
Resposta à comida*	2,44 (1,09)	2,21 (0,91)	1,98	0,05
Prazer na comida*	3,37 (0,89)	3,11 (0,82)	2,61	0,01
Desejo de beber	2,38 (1,01)	2,26 (0,89)	1,15	0,252

*p<0,05 ** p<0,01

7.3.3 Caracterização dos hábitos alimentares da criança

Em média, as crianças obtiveram uma pontuação total do índice KIDMED de 7,9 pontos. A maioria das crianças (62,2%) apresentou ótima adesão ao padrão alimentar mediterrânico (Tabela 11).

Tabela 11 – Estatística descritiva dos hábitos alimentares - Índice KIDMED

Índice KIDMED (n=288)	n (%)	Estatística descritiva
Ótima adesão (≥ 8)	179 (62,2)	Média = 7,9 Desvio padrão = 1,7
Adesão moderada (4-7)	109 (37,8)	Mediana = 8,0 Mínimo = 4,0
Baixa adesão (≤3)	0 (0)	Máximo = 12,0

Na tabela 12 pode ser observada a frequência de resposta aos itens do Índice KIDMED. Os cuidadores reportam que a maioria das crianças consome uma fruta diariamente, mas uma menor proporção das crianças consome uma segunda porção. A maioria das crianças consome produtos hortícolas frescos ou cozinhados mais de uma vez por dia (82,3%) e consome peixe regularmente (87,8%).

Tabela 12 – Caracterização dos itens do índice KIDMED

	Índice KIDMED (n=288)	n (%)
1.	Consome uma fruta ou sumo de fruta todos os dias	214 (74,3)
2.	Consome uma segunda fruta todos os dias	191 (68,4)
3.	Consome produtos hortícolas frescos ou cozinhados regularmente uma vez por dia	91 (31,6)
4.	Consome produtos hortícolas frescos ou cozinhados regularmente, mais de uma vez por dia	237 (82,3)
5.	Consome peixe regularmente (pelo menos, 2 a 3 vezes por semana)	253 (87,8)
6.	Frequenta, mais de uma vez por semana, restaurantes de “fast-food” (hambúrguer)	2 (0,7)
7.	Gosta e consome leguminosas, mais de uma vez por semana	174 (60,4)
8.	Consome massa ou arroz, quase todos os dias (5 ou mais vezes por semana)	229 (79,5)
9.	Consome cereais ou produtos derivados de cereais (pão, etc) ao pequeno-almoço	194 (67,4)
10.	Consome frutos oleaginosos (nozes, amêndoas, etc) regularmente (pelo menos, 2 a 3 vezes por semana)	71 (24,7)
11.	Utiliza azeite em casa	275 (95,5)
12.	Não toma o pequeno-almoço	2 (0,7)
13.	Consome lacticínios ao pequeno-almoço (leite, iogurte, etc)	251 (87,2)
14.	Consome produtos industrializados ou de pastelaria ao pequeno-almoço	13 (4,5)
15.	Consome 2 iogurtes e/ou 40g de queijo diariamente	120 (41,5)
16.	Consome doces ou guloseimas várias vezes por dia	11 (3,8)

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos hábitos alimentares entre o sexo masculino e feminino (tabela 13).

Tabela 13 – Comparação do índice KIDMED e sexo da criança

	Sexo maculino (n=135)	Sexo feminino (n=153)	t	p
	Média e Desvio padrão	Média e Desvio padrão		
Índice KIDMED (pontuação total)	7,90 (1,82)	7,94 (1,68)	-0,181	0,856

*p<0,05

7.3.4 Práticas parentais e comportamento alimentar da criança: Regressão Múltipla Hierárquica

Foram conduzidas análises de regressão para avaliar o contributo das práticas parentais para os comportamentos alimentares da criança. No seu todo, as práticas parentais explicaram a variância no comportamento alimentar num intervalo de 10,3 a 31,7%. Os modelos para a seletividade e para a resposta à saciedade explicaram a maior proporção de variância (31,7% e 22,8%).

O modelo final para a seletividade explicou 31,7% da variância, sendo significativo ($F=10,742$, $p<0,001$). A *Alimentação persuasiva* associou-se de forma positiva à seletividade alimentar, verificando-se o padrão inverso para o *Horário das refeições estruturado* e *Refeições em família*.

O modelo final para a resposta à saciedade (Tabela 17) explicou 23% da variância, sendo significativo ($F= 8,293$, $p<0,001$). As práticas de *Alimentação Persuasiva* (pressão para comer) e *Contexto Da Refeição Estruturado* contribuíram de forma significativa para a resposta à saciedade. A *Alimentação Persuasiva* associou-se positivamente com a resposta à saciedade, já o contexto da refeição estruturado associou-se de forma negativa com a resposta à saciedade.

Relativamente ao padrão de associações entre práticas parentais e comportamentos alimentares da criança, é de destacar que as práticas de alimentação persuasiva se associaram positivamente com comportamentos de evitamento da comida (resposta à saciedade, ingestão lenta e seletividade alimentar) e negativamente com comportamentos de atração pela comida (resposta à comida e prazer na comida). Verificou-se o padrão oposto para o contexto da refeição estruturado, que se associou negativamente com comportamentos de evitamento da comida (resposta à saciedade, ingestão lenta e sub-ingestão emocional) e positivamente com comportamentos de atração pela comida (resposta à comida e prazer na comida).

Tabela 14 - Regressão Múltipla Hierárquica: Práticas parentais e comportamento alimentar da criança

	SR (β)	SE (β)	EUE (β)	FF (β)	EOE (β)	FR (β)	EF(β)	DD(β)
Modelo 1								
Idade da criança	0,092	0,081	0,069	0,315***	0,193**	-0,028	-0,152**	-0,089
Sexo feminino	0,172**	0,141*	0,066	0,018	-0,032	-0,113	-0,143*	-0,051
Grau de escolaridade	-0,061	-0,027	-0,013	-0,078	-0,082	-0,062	0,000	-0,250
R²	0,043	0,028	0,01	0,105	0,044	0,018	0,046	0,075
F for change in R²	4,230**	2,754*	0,928	11,181***	4,392**	1,778	4,604**	7,728***
F	4,230*	2,754	0,928	11,181***	4,392**	1,778	4,604**	7,728***
Modelo 2								
Idade da criança	0,085	0,075	0,093	0,335***	0,222***	-0,032	-0,160*	-0,071
Sexo feminino	0,160**	0,133*	0,057	0,001	-0,024	-0,109	-0,129	-0,053
Grau de escolaridade	-0,49	-0,027	0,003	-0,066	-0,031	-0,023	0,007	-0,219
Comportamento alimentar								
Recompensa pelo comportamento	-0,071	-0,124	0,199*	-0,013	0,349***	0,076	0,058	0,146
Recompensa para comer	0,113	0,139	-0,124	0,089	0,039	0,233**	0,046	0,090
Alimentação persuasiva	0,305***	0,285***	0,138	0,373***	-0,107	-0,333***	-0,325***	0,041
Restrição manifesta	0,050	-0,052	-0,001	-0,018	0,063	0,182**	0,031	-0,013
Restrição discreta	0,077	-0,003	0,036	-0,020	0,057	0,038	0,031	-0,040
Contexto da refeição estruturado	-0,175**	-0,027	-0,176**	-0,076	0,094	0,136*	0,149*	0,054
Horário das refeições estruturado	-0,114	-0,067	-0,047	-0,128*	-0,024	0,015	0,044	-0,057
Refeições em família	-0,032	-0,039	0,000	-0,120*	-0,057	-0,079	0,034	-0,052
R²	0,228	0,129	0,103	0,317	0,171	0,136	0,143	0,137
F for change in R²	8,293***	4,012***	3,587**	10,742***	5,305***	4,731***	3,925	2,485*
F	7,421***	3,733	2,880`	11,696***	5,201***	3,977***	4,213***	4,003***

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

SR – Resposta à saciedade; SE – Ingestão lenta; EUE – Sub-ingestão emocional; FF – Seletividade; EOE – Sobre-ingestão emocional; FR – Resposta à comida; EF – Prazer na comida; DD – Desejo de beber.

7.3.5 Práticas parentais, comportamento alimentar e hábitos alimentares da criança: Regressão Logística

Foi conduzida uma análise de regressão logística para avaliar o contributo das práticas parentais e comportamento alimentar da criança para os hábitos alimentares da criança (adesão ótima ao padrão alimentar mediterrânico). O modelo final para os hábitos alimentares (Tabela 16) explicou 14,8% da variância, sendo significativo ($\chi^2= 33,059$ $p<0,05$). As práticas de contexto da refeição estruturado contribuíram de forma marginalmente significativa para a adesão ótima ao padrão alimentar mediterrânico. O comportamento “prazer na comida” contribuiu de forma significativa.

Tabela 15 - Regressão logística - preditores dos hábitos alimentares da criança (Índice KIDMED)

	Modelo 1		Modelo 2	
	B (EP)	OR [95% CI]	B (SE)	OR [95% CI]
Idade da criança (anos)	0,003 (0,055)	1,003 (0,900;1,118)	-0,018 (0,069)	0,982 (0,858;1,125)
Sexo da criança (feminino)	-0,090 (0,247)	0,914 (0,564;1,482)	-0,210 (0,270)	0,811 (0,478;1,376)
Grau de escolaridade (ensino superior)	-0,592 (0,251)	0,553* (0,339;0,905)	-0,580 (0,285)	0,560 (0,321;0,979)
Recompensa pelo comportamento	-	-	-0,015 (0,286)	0,985 (0,562;1,726)
Recompensa para comer	-	-	0,150 (0,270)	1,161 (0,684;1,973)
Alimentação persuasiva	-	-	-0,487 (0,263)	0,614 (0,367;1,029)
Restrição manifesta	-	-	0,033 (0,178)	1,034 (0,729;1,465)
Restrição discreta	-	-	0,020 (0,143)	1,020 (0,770;1,351)
Contexto da refeição estruturado	-	-	0,447 (0,231)	1,563 (0,994;2,457)
Horário da refeição estruturado	-	-	0,007 (0,207)	1,007 (0,671;1,511)
Refeições em família	-	-	0,297 (0,175)	1,346 (0,954;1,898)
Resposta à saciedade	-	-	0,205 (0,243)	1,227 (0,761;1,975)
Ingestão lenta	-	-	-0,029 (0,179)	0,972 (0,684;1,380)

Sub-ingestão emocional	-	-	0,316 (0,190)	1,372 (0,945;1,992)
Seletividade	-	-	0,298 (0,190)	1,348 (0,929;1,955)
Sobre-ingestão emocional	-	-	-0,476 (0,274)	0,621 (0,363;1,062)
Resposta à comida	-	-	-0,033 (0,237)	0,968 (0,608;1,538)
Prazer na comida	-	-	0,690 (0,286)	1,994 (1,139;3,492)
Desejo de Beber	-	-	-0,241 (0,168)	0,786 (0,566;1,092)
R ² = 0,020 (Cox e Snell); 0,027 (Nagelkerke); X ² do modelo= 5,807 p<0,05 *p<0,05		R ² = 0,108 (Cox e Snell); 0,148 (Nagelkerke); X ² do modelo= 33,059 p<0,05		

8 Discussão

O objetivo do presente estudo foi examinar a relação entre práticas parentais não reponsivas e de estrutura com o comportamento alimentar de crianças com idades compreendidas entre 1 e 10 anos.

8.1 Estudo de validação

8.1.1 Consistência interna

As escalas mostraram propriedades psicométricas adequadas, com níveis aceitáveis de consistência interna para a sua maioria (0,54 a 0,80). Adicionalmente, Por fim, a análise das correlações médias inter-itens e item-total em cada escala demonstrou valores aceitáveis o que constitui um importante indicador de consistência interna do questionário ^{184,185}. O FPSQ-28 tem-se relevado um instrumento promissor noutros países. Quando comparado com os valores reportados nas populações australianas e americanas, o presente estudo apresentou valores de alfa semelhantes para a maioria das escalas ^{21,27,35,120}. Contrariamente ao esperado, a “restrição manifesta” apresentou valores de alpha inferiores em comparação a estudos anteriores com o FPSQ-40 e estudos portugueses que aplicaram a escala de Ogden que mede o mesmo constructo ^{164120,122}. Embora inferior em comparação a estudos anteriores com o FPSQ-28, encontrou-se no mesmo patamar. No entanto, importa considerar que o presente estudo foi realizado com uma amostra de dimensão inferior em relação aos restantes estudos (n=289). A escala “horário da refeição estruturado” (SMT) apresentou, à semelhança do encontrado noutros estudos, valores questionáveis de alfa¹²⁰. O mesmo instrumento

pode não apresentar igual fiabilidade em diferentes condições, pelo que é importante continuar a explorar a fiabilidade do FPSQ-28 ¹⁰⁵.

8.1.2 Validade de constructo

A **validade de constructo** é geralmente avaliada através da correlação ou regressão entre as práticas parentais e o comportamento alimentar, hábitos alimentares ou peso da criança, com a maioria dos instrumentos a apresentar uma ou mais escalas com relação significativa entre as variáveis mencionadas ¹⁰⁵.

Como esperado, as práticas não responsivas de “recompensa para comer”, “recompensa pelo comportamento” e a “alimentação persuasiva” apresentaram correlações positivas com comportamentos de evitamento à comida e ingestão emocional, e negativas com o prazer na comida. Estes resultados vão de encontro a estudos previamente publicados na literatura, que demonstraram que estas práticas podem promover comportamentos de evitamento à comida, bem como de ingestão emocional^{21,138}. Jansen et al. observaram que a pressão para comer aos 4 anos de idade estava prospectivamente associada à seletividade alimentar aos 6 anos de idade ¹⁸⁸. Steinsbekk et al. observaram que a utilização da recompensa para comer (*instrumental feeding*) aos 6 anos estava associada a níveis elevados de resposta à comida aos 8 anos de idade ¹³⁷. Por sua vez, estas estratégias parecem ser adotadas pelos pais em resposta a crianças com baixo peso ou com comportamentos que demonstram evitamento da comida, como tem vindo a ser suportado pela investigação ^{86,135,188}.

A correlação positiva da “restrição manifesta” com comportamentos de atração à comida é esperada, pois parece ter um efeito oposto ao promover a maior resposta à comida e preferência para os alimentos que são restritos ^{148,189}. Além disso, estava correlacionada com a seletividade alimentar pois pode contribuir para o menor interesse da criança para os alimentos que é pressionada a comer em troca dos alimentos preferidos. Jansen et al observaram a mesma correlação positiva da “restrição manifesta” com a seletividade alimentar ³⁵. Rodgers et al. verificaram que crianças cujos pais utilizavam a restrição tinham maiores níveis de comportamentos de atração à comida e maior tendência a comer além das suas necessidades ⁹². Estes resultados suportam a validade de constructo das escalas.

Contrariamente à hipótese inicial, as práticas parentais de estrutura não estavam associadas a maior resposta à saciedade. O “contexto da refeição estruturado” foi o único item correlacionado com o comportamento alimentar, embora se correlacionasse negativamente com a resposta à saciedade. Embora do ponto de vista teórico este resultado pareça paradoxal, o mesmo tipo de correlação já foi observado anteriormente

^{21,35,86,120}. Porém, e como observado noutros estudos que aplicaram o FPSQ-28, no presente estudo foram observados resultados promissores e interessantes para a seletividade e prazer na comida ^{21,35,86,120}. Neste estudo, o “contexto da refeição estruturado” estava correlacionado negativamente com seletividade e ingestão lenta e positivamente com o prazer na comida. Powell et al. realizaram um estudo onde observaram as refeições entre mães e crianças com 2 a 4 anos de idade. O estudo permitiu observar que quando as mães faziam a mesma refeição que a criança e sem distrações as crianças apresentavam menor rejeição alimentar ²⁸. Deste modo, maior estrutura representou menor resposta à saciedade e seletividade e representou maior prazer na comida. Estes resultados não suportam o papel da estrutura na autorregulação da ingestão energética. Porém, podem contribuir para demonstrar um papel importante da estrutura na diminuição da seletividade e promoção da satisfação a comer e vão de encontro a alguns estudos que demonstram o papel da estrutura na aceitação de alimentos saudáveis ¹⁰⁰. Adicionalmente, as especificidades das associações entre práticas parentais e comportamentos da criança reforçam a importância de adotar uma leitura compreensiva e detalhada das práticas parentais relacionadas com a alimentação, sugerindo que em vez de efeitos transversais existirão efeitos mais específicos.

Os resultados da correlação das práticas com o IMC e hábitos alimentares suportam a validade do FPSQ-28. Observou-se que as práticas não responsivas se correlacionaram significativamente com menor adesão ao padrão alimentar mediterrânico (Índice KIDMED), enquanto que ter um “horário de refeições estruturado” se associou a maior adesão como esperado. Quanto ao IMC, as práticas de recompensa para comer e alimentação persuasiva correlacionaram-se com menor IMC para a idade, como previamente descrito na literatura ^{114,190,191}. Por outro lado, “a restrição manifesta” estava associada a maior IMC, possivelmente explicado por promover a preferência pelos alimentos restritos e tendência para comer mais, normalmente alimentos mais palatáveis ^{92,163,166}. Ao contrário do esperado, observou-se que o “contexto da refeição estruturado” estava correlacionado com maior IMC. Viana et al. também observaram que a monitorização aumentava de acordo com o peso da criança ¹⁷⁹. Foram reportados níveis elevados de práticas de estrutura num estudo com crianças com excesso de peso ¹⁷⁶. Além disso, no mesmo estudo foram reportadas práticas de “restrição manifesta” elevadas, o que pode sugerir que a estrutura pode não ser uma prática protetora quando a restrição manifesta é adotada com a mesma frequência ¹⁷⁶. Porém, a literatura tem demonstrado resultados controversos, com alguns estudos a suportar a hipótese do papel na autorregulação energética ao verificarem a associação da monitorização e

estrutura com menor IMC ^{92,163,166}. Finalmente, importa referir que estes resultados decorrem de um estudo transversal, não sendo possível determinar a direção das associações, pelo que a associação entre níveis mais elevados de estrutura da refeição e maior IMC pode decorrer de uma maior tendência de pais de crianças com IMC mais elevado para estruturarem o contexto da refeição.

8.1.3 Práticas parentais, comportamento alimentar e hábitos alimentares da criança

As práticas parentais demonstraram níveis importantes de estrutura entre os pais e ao mesmo tempo algum nível de controlo. No presente estudo, observou-se que as práticas não responsivas apresentaram níveis baixos, com exceção da “restrição manifesta” (OR) e “alimentação persuasiva” (PF) que apresentaram níveis moderados. As práticas de estrutura apresentaram níveis elevados, com exceção da “restrição discreta”. No estudo de Finnanne et al. observaram-se resultados semelhantes ²¹. As práticas não responsivas de OV e PF embora moderadas, correspondem a níveis inferiores em comparação a estudos previamente publicados. Jansen et al. reportaram níveis elevados das práticas de restrição ³⁵. Em Portugal, as mães reportaram elevados níveis de restrição e pressão para comer, bem como níveis moderados de *monitorização e restrição discreta* ^{164,192}. Esta diferença pode ficar a dever-se ao facto de se tratar de uma amostra com características diferentes, nomeadamente no que se refere ao nível de escolaridade dos cuidadores e idades das crianças.

Por fim, observaram-se diferenças nas práticas de estrutura entre rapazes e raparigas, que podem ser explicadas pela maior preocupação das mães em relação ao peso das raparigas. Viana et al, reportaram diferenças significativas nas práticas de monitorização entre pais de raparigas e rapazes ¹⁷⁹.

Quanto ao comportamento alimentar, observou-se que as crianças tinham níveis mais baixos de atração à comida, excepto para o “prazer na comida” e níveis ligeiramente superiores, mas baixos a moderados, de comportamentos de “evitamento da comida” (nomeadamente a “ingestão lenta”). Os níveis de comportamento alimentar são semelhantes aos níveis reportados para as crianças portuguesas ^{193,194}. Os níveis baixos para a ingestão emocional (“sub- e sobre Ingestão emocional”) são possivelmente explicados pelos níveis baixos de práticas de recompensa para comer e recompensa pelo comportamento. Além disso, alguns estudos verificaram que existe uma maior resposta à comida em função da emoções em crianças em idade escolar, comparativamente com crianças em idade pré-escolar ⁸⁵. Quanto aos níveis de

“ingestão lenta”, estes podem sugerir a adequada regulação da ingestão energética da criança ¹⁹³. Tal como no presente estudo, Viana et al. verificaram níveis superiores de “ingestão lenta” e “resposta à saciedade” nas raparigas, mas não observaram níveis superiores de comportamentos de “atração pela comida” nos rapazes como se verificou no presente trabalho ¹⁹³. Além disso, o “prazer na comida” apresentou níveis moderados e tem sido descrito como uma variação normal do apetite. Por fim, como esperado, o IMC apresentou correlação negativa com comportamentos de “evitamento da comida” e positiva com a “atração à comida”. Comportamentos de evitamento à comida são normalmente associados a baixo peso, enquanto que os comportamentos de atração à comida à obesidade ^{16,193}.

Quanto à adesão à Dieta Mediterrânica, observou-se uma elevada prevalência de ótima adesão para o índice KIDMED. A adesão das crianças do estudo à Dieta Mediterrânica demonstrou ser semelhante em estudos anteriores com crianças portuguesas ^{55,56}. Não se observaram diferenças significativas entre raparigas e rapazes. A possível explicação para este nível de adesão pode ser o facto da maioria das crianças ter idade pré-escolar e passarem mais tempo na creche e jardim de infância onde o acesso a estes alimentos é limitado.

8.1.4 Associações entre as práticas parentais e o comportamento alimentar

Os resultados da **regressão múltipla hierárquica** utilizada para prever o comportamento alimentar indicaram o contributo significativo de práticas parentais não responsivas e de estrutura para comportamentos alimentares específicos. Em particular, as práticas parentais explicaram 31,7% e 23% dos comportamentos de seletividade e resposta à saciedade, respetivamente. Pais que utilizavam mais práticas de “alimentação persuasiva” e menos de estrutura reportaram que a sua criança manifestava mais seletividade e mais resposta à saciedade. Os resultados em relação à seletividade estão em linha com a literatura, uma vez que a pressão dos pais pode desencadear um desinteresse pelos alimentos ^{21,138}. Os resultados do presente estudo em relação à resposta à saciedade não suportam a teoria de Satter de que a estrutura promove a resposta à saciedade na criança. O mesmo se verificou no estudo de Jansen et al., que avaliaram a direção da relação entre as práticas de estrutura e a resposta à saciedade e resposta à comida. Nesse estudo, maior resposta à saciedade aos 2 anos estava associada a maiores níveis de *Horário da refeição estruturado* ⁶⁷. Por outro lado, baixos níveis de *Refeições em família* aos 3,7 anos de idade estavam associados a maiores níveis de resposta à saciedade aos 5 anos ⁶⁷.

Relativamente ao valor preditivo das práticas parentais para comportamentos alimentares específicos, verificou-se que as práticas de alimentação persuasiva se associaram a mais comportamentos de evitamento da comida (resposta à saciedade, ingestão lenta e seletividade alimentar) e a menos comportamentos de atração pela comida (resposta à comida e prazer na comida). Os pais tendem a pressionar a criança para comer para promover a quantidade e qualidade da sua alimentação. Este resultado é consistente com a literatura, parecendo ter um efeito contraproducente, pois observou-se que a pressão para comer aos 4 anos de idade estava prospectivamente associada à seletividade alimentar aos 6 anos de idade e estava associada com menor resposta à comida e prazer na comida ^{21,188,195}. A pressão para comer pode determinar um ambiente negativo à refeição e contribuir para a diminuição do prazer na comida ¹⁹⁵. Além disso, a “restrição manifesta” e “recompensa para comer” previram maior resposta à comida. Estes resultados são esperados, considerando que podem levar a criança a guiar a sua fome e saciedade por pistas externas e despertar um maior interesse pelos alimentos que são utilizados como recompensa/restritos ^{21,148,189}.

Verificou-se o padrão oposto para o “contexto da refeição estruturado”, que se associou a menos comportamentos de evitamento da comida (resposta à saciedade, ingestão lenta e sub-ingestão emocional) e mais comportamentos de atração pela comida (resposta à comida e prazer na comida). Embora estes resultados contrariem a ideia de que a estrutura contribui para a autorregulação do balanço energético e sugiram uma tendência para favorecer uma maior ingestão, é possível que expressem simplesmente um maior prazer da criança com os momentos da refeição, respondendo de forma positiva aos alimentos. As refeições em família podem ser uma oportunidade para os pais de importante de socialização da criança, nomeadamente através da modelagem e encorajamento ^{58,63,68}. Além disso, o “horário da refeição estruturado” pode evitar que as crianças seletivas façam refeições fora do horário normal ^{6,100}. É de destacar que na presente amostra se verificaram níveis baixos de comportamentos alimentares de atração à comida, com exceção do prazer na comida. Portanto, esta associação entre o “contexto da refeição estruturado” e mais comportamentos de atração e menos de evitamento da comida pode sugerir apenas que a criança come com prazer e sem resistência num contexto ajustado às suas necessidades.

8.1.5 Associações entre as práticas parentais e os hábitos alimentares

Ao introduzir as variáveis deste estudo num modelo de regressão logística para prever a adesão ótima à dieta mediterrânica, o “contexto da refeição estruturado” mostrou uma tendência para contribuir para um nível ótimo de adesão, em linha com o encontrado na

literatura. A estrutura na refeição foi associada a maior aceitação de vegetais e à ingestão de fruta e vegetais e a um padrão alimentar saudável em crianças na idade pré-escolar e escolar, e incluindo na adolescência ^{15,139,141–146,160}. Brown et al. reportaram uma associação entre a monitorização e o maior consumo de fruta e vegetais e menor consumo de alimentos menos saudáveis ⁹⁸. Adicionalmente, verificou-se que níveis mais elevados de prazer na comida contribuíam significativamente para um nível ótimo de adesão. Importa referir que os hábitos alimentares foram reportados pelos pais através de um questionário, o que pode sugerir algum enviesamento. Por fim, Scaglioni et al. numa revisão da literatura recomendam estratégias como evitar a utilização de alimentos como recompensa, responder adequadamente aos sinais de fome e saciedade da criança, realizar refeições em família sem distrações e a disponibilidade de alimentos saudáveis enquanto estratégias que contribuem para os hábitos alimentares adequados da criança ¹⁹⁶.

8.2 Forças e Limitações do estudo

O presente estudo contribuiu para o conhecimento sobre os efeitos das práticas parentais no comportamento alimentar, diferenciando-se dos principais estudos que avaliam o seu papel noutros aspetos do desenvolvimento da criança (obesidade infantil e hábitos alimentares). Além disso, o presente estudo contribuiu para a validação do FPSQ-28, que vem trazer um novo constructo para a medição das práticas parentais, contribuindo para compreender o papel da estrutura no desenvolvimento da criança. Adicionalmente, este questionário foi destacado numa revisão sistemática recente pelo robusto estudo das suas propriedades psicométricas. Constitui um questionário compreensivo e com uma validade robusta noutras populações.

Importa destacar algumas limitações do presente estudo. A amostragem não probabilística por conveniência limita a representatividade dos resultados do presente estudo. Com efeito, trata-se de uma amostra essencialmente constituída por mães, trabalhadoras e com elevados níveis de escolaridade. Importa, pois, compreender como se comporta o questionário em populações mais heterogéneas. Ainda assim, o questionário online parece ter permitido alcançar cuidadores de diferentes regiões em Portugal, o que poderia ter sido dificultado no caso da aplicação do questionário por entrevista. Por outro lado, pode não ser uma opção para chegar a cuidadores com baixo nível socioeconómico e cuidadores de diferentes etnias. O FPSQ-28 foi avaliado previamente em pais com diferentes etnias e nível socioeconómico ³⁴. Nesse estudo

aplicação do questionário em instituições e associações na comunidade pode ter facilitado o recrutamento de pais com diferentes características sociodemográficas ³⁴.

Outra limitação que deve ser reconhecida, é o facto dos dados terem sido reportados pelos pais, pelo é importante considerar o enviesamento associado ao auto-relato, nomeadamente devido à desejabilidade social e subjetividade dos dados reportados. Por exemplo, os pais tendem a sobre e sub-reportar o peso dos filhos ¹⁹⁷.

A dimensão “horário da refeição estruturado” apresentou, à semelhança dos estudos de validação anteriores, uma baixa fiabilidade. De acordo com Heller et al os questionários aplicados neste âmbito nos últimos anos necessitam de continuar a ser validados ³³. Como tal, é importante que o FPSQ-28 seja estudado através de diferentes testes quanto à sua fiabilidade e validade nomeadamente *teste-reteste* e validade de critério, que são propriedades psicométricas menos avaliadas ^{198,199}. Por outro lado, é importante continuar a explorar a validade de constructo da versão portuguesa do questionário, nomeadamente com estudos de análise fatorial exploratória e confirmatória. Efetivamente, a estrutura dimensional do instrumento pode ser distinta na população portuguesa.

Por fim, o presente estudo avaliou as práticas e comportamentos transversalmente. É importante continuar a avaliar esta relação, nomeadamente ao longo do tempo através de estudos longitudinais para determinar a direção desta relação, bem como estudos longitudinais das práticas parentais e comportamento alimentar com os hábitos alimentares e IMC para compreender o papel do mesmo na etiologia da obesidade infantil.

8.3 Implicações para a investigação futura e para a prática

As limitações acima mencionadas constituem alguns pontos de partida para futuras investigações que preencham estas lacunas.

A validação de um questionário não se cinge a um estudo. As propriedades psicométricas do FPSQ-28 devem continuar a ser estudadas. Além disso, é importante avaliar como se comporta em populações com características sociodemográficas diferentes, considerando que tem sido maioritariamente aplicado em mães com elevado estatuto socioeconómico.

Considerando a importância de investir na prevenção da obesidade infantil e na promoção de hábitos saudáveis, as práticas parentais constituem fatores modificáveis que são ainda pouco consideradas nas intervenções deste âmbito. A alimentação responsiva é uma das recomendações para o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis ⁷⁰. Algumas intervenções têm demonstrado o papel de trabalhar as práticas parentais na prevenção e tratamento da obesidade infantil. Tucker et al. desenvolveram uma intervenção de 6 meses nos cuidados de saúde primários na consulta de obesidade infantil ¹⁷⁶. Embora não se tenham observado diferenças significativas entre grupos no IMC, a intervenção resultou em diferenças significativas nas práticas não-responsivas e práticas de estrutura, bem como no contexto alimentar da família (oferta alimentar, tempo com ecrãs), contribuindo para melhorar fatores obesogénicos que podem determinar os hábitos de vida saudáveis da criança e obesidade infantil. Assim, é essencial continuar a explorar os efeitos específicos que as práticas parentais relacionadas com a alimentação têm nos comportamentos alimentares e hábitos alimentares da criança, até para clarificar alguns resultados inconsistentes.

9 Conclusões

Embora a natureza transversal deste estudo não permita fazer inferências sobre a direção das associações encontradas, os resultados reforçam a importância de explorar práticas parentais específicas no esforço de compreender a sua relação com os comportamentos e hábitos alimentares da criança. Tanto as práticas não responsivas como as práticas de estrutura parecem trazer um contributo único para a aprendizagem da criança relacionada com a alimentação.

10 Referências bibliográficas

1. Rito AI, Paixão E, Carvalho MA, Ramos C. *Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI Portugal 2008.*; 2011. doi:10.1007/s13398-014-0173-7.2
2. Rêgo C. *Estudo Do Padrão Alimentar e de Crescimento Infantil: EPACI Portugal 2012.* Porto; 2012. https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1445005594EPACI2013.pdf.
3. Instituto Ricardo Jorge. *Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI PORTUGAL-2019.*; 2019.
4. Davison KK, Birch LL. Childhood overweight: A contextual model and recommendations for future research. *Obes Rev.* 2001;2(3):159-171. doi:10.1046/j.1467-789x.2001.00036.x
5. Birch L, Arbor A, Savage JS, Ventura A. Influences on the Development of Children's Eating Behaviours: From Infancy to Adolescence. *Can J Diet Pr Res.* 2009;68:2.
6. Satter E. Feeding dynamics: Helping children to eat well. *J Pediatr Heal Care.* 1995;9(4):178-184. doi:10.1016/S0891-5245(05)80033-1
7. Steinberg L, Darling N. Parenting Style as Context: An Intergrative Model. *Psychol Bull.* 1993;113(3):487-496.
8. Maccoby EE, Martin JA. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In: P. H. Mussen (Series Ed.), E. M. Hetherington (Vol. Ed.), eds. *Handbook of Child Psychology: Vol. 4: Socialization, Personality and Social Development*; E. Mavis Hetherington, Volume Editor. 4th ed. New York: Wiley; 1983:1-101.
9. Power TG. Parenting Dimensions and Styles: A Brief History and Recommendations for Future Research. *Child Obes.* 2013;9(s1):S-14-S-21. doi:10.1089/chi.2013.0034
10. World Health Organization W. Infant and young child feeding. *World Heal Organ.* 2018;155(May):A3929. doi:10.1111/j.1740-8709.2009.00234.x
11. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, et al. Complementary feeding: A position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and

- Nutrition (ESPGHAN) committee on nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017;64(1):119-132. doi:10.1097/MPG.0000000000001454
12. Rudolf M. Tackling Obesity Through the Healthy Child Programme: A Framework for Action. *Univeristy Leeds, NHS.* 2009. <http://obesity.thehealthwell.info/search-results/tackling-obesity-through-healthy-child-programme-framework-action?source=cataloguedisplay&medium=weblink&campaign=healthwell&content=resource>.
 13. Powell F, Farrow C, Meyer C, Haycraft E. The stability and continuity of maternally reported and observed child eating behaviours and feeding practices across early childhood. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(5). doi:10.3390/ijerph15051017
 14. Blissett J. Relationships between parenting style, feeding style and feeding practices and fruit and vegetable consumption in early childhood. *Appetite.* 2011;57(3):826-831. doi:10.1016/j.appet.2011.05.318
 15. Vollmer RL, Mobley AR. Parenting styles, feeding styles, and their influence on child obesogenic behaviors and body weight. A review. *Appetite.* 2013;71:232-241. doi:10.1016/j.appet.2013.08.015
 16. Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the children's eating behaviour questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2001;42(7):963-970. doi:10.1111/1469-7610.00792
 17. Taylor CM, Wernimont SM, Northstone K, Emmett PM. Picky/fussy eating in children: Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite.* 2015;95:349-359. doi:10.1016/j.appet.2015.07.026
 18. Birch LL, McPhee L, Shoba BC, Steinberg L, Krehbiel R. "Clean up your plate": Effects of child feeding practices on the conditioning of meal size. *Learn Motiv.* 1987;18(3):301-317. doi:10.1016/0023-9690(87)90017-8
 19. Jansen PW, Roza SJ, Jaddoe VWV, et al. Children's eating behavior, feeding practices of parents and weight problems in early childhood: Results from the population-based Generation R Study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2012;9(1):1. doi:10.1186/1479-5868-9-130
 20. Vollmer RL, Adamsons K, Foster JS, Mobley AR. Association of fathers' feeding practices and feeding style on preschool age children's diet quality, eating behavior and body mass index. *Appetite.* 2015;89:274-281.

doi:10.1016/j.appet.2015.02.021

21. Finnane JM, Jansen E, Mallan KM, Daniels LA. Mealtime Structure and Responsive Feeding Practices Are Associated With Less Food Fussiness and More Food Enjoyment in Children. *J Nutr Educ Behav.* 2017;49(1):11-18.e1. doi:10.1016/j.jneb.2016.08.007
22. Vaughn AE, Ward DS, Fisher JO, et al. Fundamental constructs in food parenting practices: a content map to guide future research. *Nutr Rev.* 2016;74(2):98-117. doi:10.1093/nutrit/nuv061
23. Frankel LA, Powell E, Jansen E. The Relationship between Structure-Related Food Parenting Practices and Children's Heightened Levels of Self-Regulation in Eating. *Child Obes.* 2018;14(2):81-88. doi:10.1089/chi.2017.0164
24. Vaughn AE, Tabak RG, Bryant MJ, Ward DS. Measuring parent food practices: A systematic review of existing measures and examination of instruments. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2013;10(61):1-27. doi:10.1186/1479-5868-10-61
25. Fulkerson JA, Larson N, Horning M, Neumark-Sztainer D. A review of associations between family or shared meal frequency and dietary and weight status outcomes across the lifespan. *J Nutr Educ Behav.* 2014;46(1):2-19. doi:10.1016/j.jneb.2013.07.012
26. Burgess-Champoux TL, Larson N, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M. Are Family Meal Patterns Associated with Overall Diet Quality during the Transition from Early to Middle Adolescence? *J Nutr Educ Behav.* 2009;41(2):79-86. doi:10.1016/J.JNEB.2008.03.113
27. Frankel LA, Powell E, Jansen E. The Relationship between Structure-Related Food Parenting Practices and Children's Heightened Levels of Self-Regulation in Eating. *Child Obes.* 2017;14(2):81-88. doi:10.1089/chi.2017.0164
28. Powell F, Farrow C, Meyer C, Haycraft E. The importance of mealtime structure for reducing child food fussiness. *Matern Child Nutr.* 2017;13(2):1-7. doi:10.1111/mcn.12296
29. Harris HA, Staton S, Morawska A, Gallegos D, Oakes C, Thorpe K. A comparison of maternal feeding responses to child fussy eating in low-income food secure and food insecure households. *Appetite.* 2019;137:259-266. doi:10.1016/j.appet.2019.03.005
30. 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):201-210. doi:10.1006/appe.2001.0398
31. de Lauzon-Guillain B, Oliveira A, Charles MA, et al. A Review of Methods to Assess Parental Feeding Practices and Preschool Children's Eating Behavior: The Need for Further Development of Tools. *J Acad Nutr Diet*. 2012;112(10). doi:10.1016/j.jand.2012.06.356
 32. Musher-Eizenman D, Holub S. Comprehensive feeding practices questionnaire: Validation of a new measure of parental feeding practices. *J Pediatr Psychol*. 2007;32(8):960-972. doi:10.1093/jpepsy/jsm037
 33. Heller RL, Mobley AR. Instruments assessing parental responsive feeding in children ages birth to 5 years: A systematic review. *Appetite*. 2019;138:23-51. doi:10.1016/j.appet.2019.03.006
 34. Jansen E, Harris HA, Mallan KM, Daniels L, Thorpe K. Measurement invariance of the feeding practices and Structure Questionnaire-28 among a community of socioeconomically disadvantaged mothers and fathers. *Appetite*. 2018;120:115-122. doi:10.1016/j.appet.2017.08.030
 35. Jansen E, Mallan KM, Nicholson JM, Daniels LA. The feeding practices and structure questionnaire: Construction and initial validation in a sample of Australian first-time mothers and their 2-year olds. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2014;11(1):1-13. doi:10.1186/1479-5868-11-72
 36. Jansen E, Mallan KM, Daniels LA. Extending the validity of the Feeding Practices and Structure Questionnaire. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2015;12(1):1-9. doi:10.1186/s12966-015-0253-x
 37. Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: Childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*. 1998;101(3 II SUPPL.):518-525.
 38. Luppino FS, Wit LM de, Bouvy PF, et al. Overweight, Obesity, and Depression A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2015;67(3):220-229. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.2
 39. Jansen E, Daniels LA, Nicholson JM. The dynamics of parenting and early feeding - constructs and controversies: A viewpoint. *Early Child Dev Care*. 2012;182(8):967-981. doi:10.1080/03004430.2012.678593
 40. Selzam S, McAdams TA, Coleman JRI, et al. Evidence for gene-environment

- correlation in child feeding: Links between common genetic variation for BMI in children and parental feeding practices. *PLoS Genet.* 2018;14(11):1-19. doi:10.1371/journal.pgen.1007757
41. Carnell S, Wardle J. Appetitive traits and child obesity : measurement , origins and implications for intervention Proceedings of the Nutrition Society Proceedings of the Nutrition Society. *Proc Nutr Soc.* 2008;67(March 2008):343-355. doi:10.1017/S0029665108008641
 42. Freitas A, Albuquerque G, Silva C, Oliveira A. Appetite-Related Eating Behaviours: An Overview of Assessment Methods, Determinants and Effects on Children's Weight. *Ann Nutr Metab.* 2018;73(1). doi:10.1159/000489824
 43. Gibson EL, Kreichauf S, Wildgruber A, et al. A narrative review of psychological and educational strategies applied to young children's eating behaviours aimed at reducing obesity risk. *Obes Rev.* 2012;13(SUPPL. 1):85-95. doi:10.1111/j.1467-789X.2011.00939.x
 44. Northstone K, Emmett PM. Are dietary patterns stable throughout early and mid-childhood? A birth cohort study. *Br J Nutr.* 2008;100(5):1069-1076. doi:10.1017/S0007114508968264
 45. Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics.* 1998;101(3 II SUPPL.):539-549.
 46. Viana V, Santos P, Guimarães MJ. Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: uma revisão da literatura. *Psicol Saúde e Doenças.* 2008;9(2):209-231.
 47. Dubois L, Diasparra M, Bédard B, et al. Genetic and environmental influences on eating behaviors in 2.5- and 9-year-old children: A longitudinal twin study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2013;10:1-12. doi:10.1186/1479-5868-10-134
 48. Viana V, Candeias L, Rego C, Silva D. Comportamento alimentar em crianças e controlo parental: Uma revisão da bibliografia. *Rev Aliment Humana.* 2009;15(1):9-16.
 49. Campbell KJ, Hesketh KD. Strategies which aim to positively impact on weight, physical activity, diet and sedentary behaviours in children from zero to five years. A systematic review of the literature. *Obes Rev.* 2007;8(4):327-338. doi:10.1111/j.1467-789X.2006.00305.x
 50. De Boer MD, Scharf RJ, Demmer RT. Sugar-sweetened beverages and weight

- gain in 2-to 5-year-old children. *Pediatrics*. 2013;132(3):413-420. doi:10.1542/peds.2013-0570
51. Ambrosini GL. Childhood dietary patterns and later obesity: A review of the evidence. *Proc Nutr Soc*. 2014;73(1):137-146. doi:10.1017/S0029665113003765
 52. Te Velde SJ, Van Nassau F, Uijtdewilligen L, et al. Energy balance-related behaviours associated with overweight and obesity in preschool children: A systematic review of prospective studies. *Obes Rev*. 2012;13(SUPPL. 1):56-74. doi:10.1111/j.1467-789X.2011.00960.x
 53. PNPAS/DGS. Roda dos Alimentos Mediterrânica. <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/roda-dos-alimentos-mediterranica/>. Accessed June 16, 2017.
 54. Serra-Majem L, Ribas L, Ngo J, et al. Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutr*. 2004;7(7):931-935. doi:10.1079/phn2004556
 55. Albuquerque G, Moreira P, Rosário R, et al. Adherence to the Mediterranean diet in children: Is it associated with economic cost? *Porto Biomed J*. 2017;2(4):115-119. doi:10.1016/j.pbj.2017.01.009
 56. Rito AI, Dinis A, Rascôa C, et al. Mediterranean Diet Index (KIDMED) Adherence, Socioeconomic Determinants, and Nutritional Status of Portuguese Children: The Eat Mediterranean Program. *Port J Public Heal*. 2018;36(3). doi:10.1159/000495803
 57. Ventura AK, Worobey J. Early influences on the development of food preferences. *Curr Biol*. 2013;23(9). doi:10.1016/j.cub.2013.02.037
 58. Birch LL. Child Feeding Practices and the Etiology of Obesity. *Obesity*. 2006;14(3):343-344. doi:10.1038/oby.2006.45.Child
 59. Daniels LA, Magarey A, Battistutta D, et al. The NOURISH randomised control trial: Positive feeding practices and food preferences in early childhood - A primary prevention program for childhood obesity. *BMC Public Health*. 2009;9:1-10. doi:10.1186/1471-2458-9-387
 60. DeCosta P, Møller P, Frøst MB, Olsen A. Changing children's eating behaviour - A review of experimental research. *Appetite*. 2017;113:327-357. doi:10.1016/j.appet.2017.03.004

61. Birch LL. Family Environmental Factors Influencing the Developing Behavioral Controls of. *Pediatr Clin North Am.* 2001;48(4):893-907. doi:10.1016/S0031-3955
62. Scaglioni S, Arrizza C, Vecchi F, Tedeschi S. Determinants of children's eating behavior. *Am J Clin Nutr.* 2011;94(6):2006-2011. doi:10.3945/ajcn.110.001685
63. Birch LL, Fisher JO. Development of Eating Behaviors Among Children and Adolescents. *Pediatrics.* 1998;101(3 II SUPPL.):539-549.
64. Paes VM, Ong KK, Lakshman R. Factors influencing obesogenic dietary intake in young children (0-6 years): Systematic review of qualitative evidence. *BMJ Open.* 2015;5(9):1-9. doi:10.1136/bmjopen-2014-007396
65. Beauchamp GK, Mennella JA. Early flavor learning and its impact on later feeding behavior. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009;48(SUPPL. 1). doi:10.1097/MPG.0b013e31819774a5
66. Birch LL. Development of food preferences. *Annu Rev Nutr* 1999. 1999;19:41-62. doi:10.1146/annurev.nutr.19.1.41
67. Jansen E, Williams KE, Mallan KM, Nicholson JM, Daniels LA. Bidirectional associations between mothers' feeding practices and child eating behaviours. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2018;15(1):1-11. doi:10.1186/s12966-018-0644-x
68. Anzman SL, Rollins BY, Birch LL. Parental influence on children ' s early eating environments and obesity risk : implications for prevention. *Int J Obes.* 2010;34(March):1116-1124. doi:10.1038/ijo.2010.43
69. Paroche MM, Caton SJ, Vereijken CMJL, Weenen H, Houston-Price C. How infants and young children learn about food: A systematic review. *Front Physiol.* 2017;8:1046. doi:10.3389/fpsyg.2017.01046
70. Schwartz C, Scholtens PAMJ, Lalanne A, Weenen H, Nicklaus S. Development of healthy eating habits early in life. Review of recent evidence and selected guidelines. *Appetite.* 2011;57(3):796-807. doi:10.1016/j.appet.2011.05.316
71. Birch LL, Deysher M. Conditioned and unconditioned caloric compensation: Evidence for self-regulation of food intake in young children. *Learn Motiv.* 1985;16(3):341-355. doi:10.1016/0023-9690(85)90020-7
72. Fox MK, Devaney B, Reidy K, Razafindrakoto C, Ziegler P. Relationship between portion size and energy intake among infants and toddlers: Evidence of self-regulation. *J Am Diet Assoc.* 2006;106(1 SUPPL.):77-83.

doi:10.1016/j.jada.2005.09.039

73. Remy E, Issanchou S, Chabanet C, Boggio V, Nicklaus S. Impact of adiposity, age, sex and maternal feeding practices on eating in the absence of hunger and caloric compensation in preschool children. *Int J Obes*. 2015;39(6):925-930. doi:10.1038/ijo.2015.30
74. Hughes SO, Frazier-Wood AC. Satiety and the self-regulation of food take in children: A potential role for gene-environment interplay. *Curr Obes Rep*. 2017;5(1):81-87. doi:10.1007/s13679-016-0194-y
75. Hughes SO, Frazier-wood AC, Hughes O, Frazier-wood AC. Satiety and the self-regulation of food take in children: A potential role for gene-environment interplay. *Curr Obes Rep*. 2017;5(1):81-87. doi:10.1007/s13679-016-0194-y.Satiety
76. Black MM, Aboud FE. *Responsive Feeding Is Embedded in a Theoretical Framework of Responsive Parenting 1 – 3*. Symposium: Responsive Feeding—Promoting Healthy Growth and Development for Infants and Toddlers(2011). doi:10.3945/jn.110.129973.490
77. Fisher JO, Birch LL. Eating in the absence of hunger and overweight in girls from 5 to 7 y of age. *Am J Clin Nutr*. 2002;76(1):226-231. doi:10.1093/ajcn/76.1.226
78. Powell EM, Frankel LA, Hernandez DC. The mediating role of child self-regulation of eating in the relationship between parental use of food as a reward and child emotional overeating. *Appetite*. 2017;113:78-83. doi:10.1016/j.appet.2017.02.017
79. Viana V, Sinde S, Saxton JC. Children's Eating Behaviour Questionnaire: Associations with BMI in Portuguese children. *Br J Nutr*. 2008;100(2):445-450. doi:10.1017/S0007114508894391
80. Jansen PW, Roza SJ, Jaddoe VVW, et al. Children's eating behavior, feeding practices of parents and weight problems in early childhood: Results from the population-based Generation R Study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2012;9:1-11. doi:10.1186/1479-5868-9-130
81. Derks IPM, Sijbrands EJG, Wake M, et al. Eating behavior and body composition across childhood: a prospective cohort study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2018;15(1):1-9. doi:10.1186/s12966-018-0725-x
82. Birch LL. *Psychological Influences on the Childhood Diet.*; 1998.
83. Boswell N, Byrne R, Davies PSW. An examination of children's eating behaviours

- as mediators of the relationship between parents' feeding practices and early childhood body mass index z -scores . *Obes Sci Pract.* 2019;5(2):168-176. doi:10.1002/osp4.320
84. Fildes A, Mallan KM, Cooke L, et al. The relationship between appetite and food preferences in British and Australian children. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2015;12(1):1-10. doi:10.1186/s12966-015-0275-4
 85. Herle M, Fildes A, Steinsbekk S, Rijdsdijk F, Llewellyn CH. *Emotional Over- and under-Eating in Early Childhood Are Learned Not Inherited.* Springer US; 2017. doi:10.1038/s41598-017-09519-0
 86. Byrne R, Jansen E, Daniels L. Perceived fussy eating in Australian children at 14months of age and subsequent use of maternal feeding practices at 2years. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2017;14(1):1-9. doi:10.1186/s12966-017-0582-z
 87. Carnell S, Haworth CMA, Plomin R, Wardle J. Genetic influence on appetite in children. *Int J Obes.* 2008;32(10):1468-1473. doi:10.1038/ijo.2008.127
 88. Van Der Horst K, Sleddens EFC. Parenting styles, feeding styles and foodrelated parenting practices in relation to toddlers' eating styles: A cluster-analytic approach. *PLoS One.* 2017;12(5):1-16. doi:10.1371/journal.pone.0178149
 89. Scaglioni S, Salvioni M, Galimberti C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour British Journal of Nutrition. 2008;22-25. doi:10.1017/S0007114508892471
 90. Hughes SO, Power TG, Orlet Fisher J, Mueller S, Nicklas TA. Revisiting a neglected construct: Parenting styles in a child-feeding context. *Appetite.* 2005;44(1):83-92. doi:10.1016/j.appet.2004.08.007
 91. Hughes SO, Frankel LA, Beltran A, et al. Food parenting measurement issues: working group consensus report. *Child Obes.* 2013;9 Suppl(August):S95-102. doi:10.1089/chi.2013.0032
 92. Rodgers RF, Paxton SJ, Massey R, et al. Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in young children: A prospective study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2013. doi:10.1186/1479-5868-10-24
 93. Baumrind D. Current patterns of parental authority. *Dev Psychol.* 1971;4(1 PART 2):1-103. doi:10.1037/h0030372
 94. Hughes SO, Power TG, Papaioannou MA, et al. Emotional climate, feeding

- practices, and feeding styles: An observational analysis of the dinner meal in Head Start families. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2011;8(1):60. doi:10.1186/1479-5868-8-60
95. Bornstein MH, Zlotnik D. Parenting Styles and their Effects. In: *Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development.* ; 2008:496-509. doi:10.1016/B978-012370877-9.00118-3
 96. Rollins BY, Savage JS, Fisher JO, Birch LL. Alternatives to restrictive feeding practices to promote self-regulation in childhood: a developmental perspective. *Pediatr Obes.* 2016;11(5):326-332. doi:10.1111/ijpo.12071
 97. Grolnick WS, Pomerantz EM. Issues and challenges in studying parental control: Toward a new conceptualization. *Child Dev Perspect.* 2009;3(3):165-170. doi:10.1111/j.1750-8606.2009.00099.x
 98. Brown KA, Ogden J, Vögele C, Gibson EL. The role of parental control practices in explaining children's diet and BMI. *Appetite.* 2008;50(2-3):252-259. doi:10.1016/J.APPET.2007.07.010
 99. Worobey J, Lopez MI, Hoffman DJ. Maternal Behavior and Infant Weight Gain in the First Year. *J Nutr Educ Behav.* 2011;41(3):169-175. doi:10.1016/j.cortex.2009.08.003.Predictive
 100. Eneli IU, Crum PA, Tylka TL. The Trust Model: A Different Feeding Paradigm for Managing Childhood Obesity. *Obesity.* 2008;16(10):2197-2204. doi:10.1038/oby.2008.378
 101. Eneli IU, Tylka TL, Watowicz RP, Lumeng JC. Maternal and child roles in the feeding relationship: What are mothers doing? *Clin Pediatr (Phila).* 2015;54(2):179-182. doi:10.1177/0009922814529363
 102. Vaughn AE, Tabak RG, Bryant MJ, Ward DS. Measuring parent food practices: A systematic review of existing measures and examination of instruments. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2013;10(61):1-27. doi:10.1186/1479-5868-10-61
 103. O'Connor TM, Mâsse LC, Tu AW, et al. Food parenting practices for 5 to 12year old children: A concept map analysis of parenting and nutrition experts input. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2017;14(1):1-17. doi:10.1186/s12966-017-0572-1
 104. Ogden J, Reynolds R, Smith A, Ogden J. Expanding the concept of parental control: a role for overt and covert control in children's snacking behaviour. *Appetite.* 2006;47:100-106.

105. Vaughn AE, Tabak RG, Bryant MJ, Ward DS. Measuring parent food practices: A systematic review of existing measures and examination of instruments. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2013;10(27):1-27. doi:10.1186/1479-5868-10-61
106. Ventura AK, Birch LL. Does parenting affect children's eating and weight status. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2008;15(5):1-12. doi:10.1186/1479
107. Patrick H, Hennessy E, McSpadden K, Oh A. Parenting styles and practices in children's obesogenic behaviors: Scientific gaps and future research directions. *Child Obes.* 2013;9(1):S73-S85. doi:10.1089/chi.2013.0039
108. Montaña Z, Smith JD, Dishion TJ, Shaw DS, Wilson MN. Longitudinal Relations Between Observed Parenting Behaviors and Dietary Quality of Meals From Ages 2 to 5. *Appetite.* 2016;April(87):324-329. doi:10.1016/j.appet.2014.12.219
109. Disantis KI, Hodges EA, Johnson SL, Fisher JO. The role of responsive feeding in overweight during infancy and toddlerhood: A systematic review. *Int J Obes.* 2011;35(4):480-492. doi:10.1038/ijo.2011.3
110. Patrick H, Hennessy E, McSpadden K, Oh A. Parenting Styles and Practices in Children's Obesogenic Behaviors: Scientific Gaps and Future Research Directions. *Child Obes.* 2016;9(s1). doi:10.1089/chi.2013.0039
111. Rhee KE, Lumeng JC, Appugliese DP, Kaciroti N, Bradley RH. Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics.* 2006;117(6):2047-2054. doi:10.1542/peds.2005-2259
112. Shloim N, Edelson LR, Martin N, Hetherington MM. Parenting Styles, Feeding Styles, Feeding Practices, and Weight Status in 4-12 Year-Old Children: A Systematic Review of the Literature. *Front Psychol.* 2015;6(December):1849. doi:10.3389/fpsyg.2015.01849
113. Stewart Agras W, Hammer LD, McNicholas F, Kraemer HC. Risk factors for childhood overweight: A prospective study from birth to 9.5 years. *J Pediatr.* 2004;145(1):20-25. doi:10.1016/j.jpeds.2004.03.023
114. Farrow CV, Blissett J. Controlling feeding practices: Cause or consequence of early child weight? *Pediatrics.* 2008;121(1). doi:10.1542/peds.2006-3437
115. Chen Y, Kawachi I, Berkman LF, Fitzgerald CT-, Kubzansky LD. Does optimal parenting style help offspring maintain healthy weight into mid-life? *Prev Med.* 2011;123(June):84-90. doi:10.1016/j.physbeh.2017.03.040

116. Sokol RL, Qin B, Poti JM. Parenting styles and body mass index: A systematic review of prospective studies among children. *Physiol Behav.* 2017;18(3):281-292. doi:10.1016/j.physbeh.2017.03.040
117. Blaine RE, Kachurak A, Davison KK, Klabunde R, Fisher JO. Food parenting and child snacking: A systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2017;14(1). doi:10.1186/s12966-017-0593-9
118. Davison KK, Blake CE, Blaine RE, et al. Parenting around child snacking: Development of a theoretically-guided, empirically informed conceptual model. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2015;12(1):1-11. doi:10.1186/s12966-015-0268-3
119. Avery A, Anderson C, McCullough F. Associations between children's diet quality and watching television during meal or snack consumption: A systematic review. *Matern Child Nutr.* 2017;13(4). doi:10.1111/mcn.12428
120. Jansen E, Williams KE, Mallan KM, Nicholson JM, Daniels LA. *The Feeding Practices and Structure Questionnaire (FPSQ-28): A Parsimonious Version Validated for Longitudinal Use from 2 to 5 Years.* Vol 100. Elsevier Ltd; 2016. doi:10.1016/j.appet.2016.02.031
121. Hammons AJ, Fiese BH. Is frequency of shared family meals related to the nutritional health of children and adolescents? *Pediatrics.* 2011;127(6):1565-1574. doi:10.1542/peds.2010-1440
122. Jansen E, Mallan KM, Nicholson JM, Daniels LA. The feeding practices and structure questionnaire: construction and initial validation in a sample of Australian first-time mothers and their 2-year olds International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2014;11:72. doi:10.1186/1479-5868-11-72
123. Kremers S, Sleddens E, Gerards S, et al. General and food-specific parenting: Measures and interplay. *Child Obes.* 2013;9(SUPPL.1):22-31. doi:10.1089/chi.2013.0026
124. Jansen E, Harris HA, Mallan KM, Daniels L, Thorpe K. Measurement invariance of the feeding practices and Structure Questionnaire-28 among a community of socioeconomically disadvantaged mothers and fathers. *Appetite.* 2018;120:115-122. doi:10.1016/j.appet.2017.08.030
125. Viana V, Franco T, Morais C, Almeida P, Silva D, Guerra A. Mother's Feeding Control and Weight Status: Results of the Child Feeding Questionnaire. *Psicol*

Saúde Doenças. 2012;13(2):298-310. doi:10.15309/12psd130212

126. Real H, Oliveira A, Severo M, Moreira P, Lopes C. Combination and adaptation of two tools to assess parental feeding practices in pre-school children. *Eat Behav*. 2014;15(3):383-387. doi:10.1016/j.eatbeh.2014.04.009
127. Bolesa RE, Nelson TD, Chamberlin LA, et al. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire among low-income African American families of preschool children. *Appetite*. 2010;54(2):402-405. doi:10.1126/science.1249098.Sleep
128. Savage JS, Rollins BY, Kugler KC, Birch LL, Marini ME. Development of a theory-based questionnaire to assess structure and control in parent feeding (SCPF). *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017;14(1):1-11. doi:10.1186/s12966-017-0466-2
129. Webber L, Cooke L, Hill C, Wardle J. Associations between children's appetitive traits and maternal feeding practices. *J Am Diet Assoc*. 2010;110(11):1718-1722. doi:10.1016/j.jada.2010.08.007
130. Carnell S, Benson L, Driggin E, Kolbe L. Parent feeding behavior and child appetite: Associations depend on feeding style. *Int J Eat Disord*. 2014;47(7):705-709. doi:10.1002/eat.22324
131. Gregory JE, Paxton SJ, Brozovic AM. Maternal feeding practices , child eating behaviour and body mass index in preschool-aged children : a prospective analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2010;7(55):1-10.
132. Ek A, Sorjonen K, Eli K, et al. Associations between parental concerns about preschoolers' weight and eating and parental feeding practices: Results from analyses of the child eating behavior questionnaire, the child feeding questionnaire, and the lifestyle behavior checklist. *PLoS One*. 2016;11(1):1-20. doi:10.1371/journal.pone.0147257
133. Roberts L, Marx JM, Musher-Eizenman DR. Using food as a reward: An examination of parental reward practices. *Appetite*. 2018;120:318-326. doi:10.1016/j.appet.2017.09.024
134. Miller N, Mallan KM, Byrne R, Jansen E, Daniels LA. Non-responsive feeding practices mediate the relationship between maternal and child obesogenic eating behaviours. *Appetite*. 2020;151(March):104648. doi:10.1016/j.appet.2020.104648
135. Mallan KM, Jansen E, Harris H, Llewellyn C, Fildes A, Daniels LA. Feeding a fussy

- eater: Examining longitudinal bidirectional relationships between child fussy eating and maternal feeding practices. *J Pediatr Psychol.* 2018;43(10):1138-1146. doi:10.1093/jpepsy/jsy053
136. Bergmeier HJ, Skouteris H, Haycraft E, Haines J, Hooley M. Reported and Observed Controlling Feeding Practices Predict Child Eating Behavior after 12 Months. *J Nutr.* 2015;145(6):1311-1316. doi:10.3945/jn.114.206268
 137. Steinsbekk S, Belsky J, Wichstrøm L. Parental Feeding and Child Eating: An Investigation of Reciprocal Effects. *Child Dev.* 2016;00(0):1-12. doi:10.1111/cdev.12546
 138. Harris HA, Fildes A, Mallan KM, Llewellyn CH. Maternal feeding practices and fussy eating in toddlerhood: A discordant twin analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2016;13(1):81. doi:10.1186/s12966-016-0408-4
 139. Verhage CL, Gillebaart M, van der Veek SMC, Vereijken CMJL. The relation between family meals and health of infants and toddlers: A review. *Appetite.* 2018;127:97-109. doi:10.1016/j.appet.2018.04.010
 140. Marques A, Naia A, Branquinho C, de Matos MG. Adolescents' eating behaviors and its relationship with family meals, body mass index and body weight perception. *Nutr Hosp.* 2018;35(3):550-556. doi:10.20960/nh.1540
 141. Campbell KJ, Crawford DA, Ball K. Family food environment and dietary behaviors likely to promote fatness in 5-6 year-old children. *Int J Obes.* 2006;30(8):1272-1280. doi:10.1038/sj.ijo.0803266
 142. L. M, H. C, J. W, L.J C. Environmental and individual determinants of core and non-core food and drink intake in preschool-aged children in the United Kingdom. *Eur J Clin Nutr.* 2012;66(3):322-328. doi:10.1038/ejcn.2011.224.Environmental
 143. Cooke LJ, Chambers LC, Añez E V., Wardle J. Facilitating or undermining? The effect of reward on food acceptance. A narrative review. *Appetite.* 2011;57(2):493-497. doi:10.1016/j.appet.2011.06.016
 144. Andaya AA, Arredondo EM, Alcaraz JE, Lindsay SP, Elder JP. The association between family meals, TV viewing during meals, and fruit and vegetables and soda and chips intake among Latino children. *J Nutr Educ Behav.* 2012;43(5):308-315. doi:10.1016/j.jneb.2009.11.005.The
 145. Brown KA, Ogden J, Vo C, Gibson EL. The role of parental control practices in explaining children ' s diet and BMI. 2008;50:252-259.

doi:10.1016/j.appet.2007.07.010

146. Shim JE, Kim J, Lee Y, et al. Fruit and Vegetable Intakes of Preschool Children Are Associated With Feeding Practices Facilitating Internalization of Extrinsic Motivation. *J Nutr Educ Behav.* 2016;48(5):311-317.e1. doi:10.1016/j.jneb.2016.01.003
147. Gallowaya AT, Fioritob LM, Francisc LA, Birch LL. 'Finish your soup': Counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect Amy. *Appetite.* 2006;46(3):318-323. doi:10.1016/j.appet.2006.01.019.
148. Birch LL, Fisher JO, Davison KK. Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *Am J Clin Nutr.* 2003;78(2):215-220.
149. Langer SL, Seburg E, JaKa MM, Sherwood NE, Levy RL. Predicting dietary intake among children classified as overweight or at risk for overweight: Independent and interactive effects of parenting practices and styles. *Appetite.* 2017;110:72-79. doi:10.1016/j.appet.2016.12.011
150. Sleddens EFC, Kremers SPJ, Stafleu A, Dagnelie PC, Vries NK De, Thijs C. Food parenting practices and child dietary behavior . Prospective relations and the moderating role of general parenting ☆. *Appetite.* 2014;79:42-50. doi:10.1016/j.appet.2014.04.004
151. Rodenburg G, Kremers SPJ, Oenema A, Van De Mheen D. Associations of parental feeding styles with child snacking behaviour and weight in the context of general parenting. *Public Health Nutr.* 2014;17(5):960-969. doi:10.1017/S1368980013000712
152. Fulkerson JA, Story M, Mellin A, Leffert N, Neumark-Sztainer D, French SA. Family Dinner Meal Frequency and Adolescent Development: Relationships with Developmental Assets and High-Risk Behaviors. *J Adolesc Heal.* 2006;39(3):337-345. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.12.026
153. Marty L, Chambaron S, Nicklaus S, Monnery-Patris S. Learned pleasure from eating: An opportunity to promote healthy eating in children? *Appetite.* 2018;120:265-274. doi:10.1016/j.appet.2017.09.006
154. FitzPatrick E, Edmunds LS, Dennison BA. Positive Effects of Family Dinner Are Undone by Television Viewing. *J Am Diet Assoc.* 2007;107(4):666-671. doi:10.1016/j.jada.2007.01.014

155. Larson NI, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M. Family Meals during Adolescence Are Associated with Higher Diet Quality and Healthful Meal Patterns during Young Adulthood. *J Am Diet Assoc.* 2007;107(9):1502-1510. doi:10.1016/j.jada.2007.06.012
156. Fulkerson JA, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M. Family meal frequency and weight status among adolescents: Cross-sectional and 5-year longitudinal associations. *Obesity.* 2008;16(11):2529-2534. doi:10.1038/oby.2008.388
157. Sweetman C, McGowan L, Croker H, Cooke L. Characteristics of Family Mealtimes Affecting Children's Vegetable Consumption and Liking. *J Am Diet Assoc.* 2011;111(2):269-273. doi:10.1016/j.jada.2010.10.050
158. Wyse R, Campbell E, Nathan N, Wolfenden L. Associations between characteristics of the home food environment and fruit and vegetable intake in preschool children: A cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2011;11. doi:10.1186/1471-2458-11-938
159. Robson SM, McCullough MB, Rex S, Munafò MR, Taylor G. Family Meal Frequency, Diet, and Family Functioning: A Systematic Review With Meta-analyses. *J Nutr Educ Behav.* 2020;52(5):553-564. doi:10.1016/j.jneb.2019.12.012
160. Lopez N V., Schembre S, Belcher BR, et al. Parenting styles, food-related parenting practices, and children's healthy eating: A mediation analysis to examine relationships between parenting and child diet. *Appetite.* 2018;128:205-213. doi:10.1016/j.appet.2018.06.021
161. Powell FC, Farrow C V., Meyer C. Food avoidance in children. The influence of maternal feeding practices and behaviours. *Appetite.* 2011;57(3):683-692. doi:10.1016/j.appet.2011.08.011
162. Campbell K, Andrianopoulos N, Hesketh K, et al. Parental use of restrictive feeding practices and child BMI z-score. A 3-year prospective cohort study. *Appetite.* 2010;55(1):84-88. doi:10.1016/j.appet.2010.04.006
163. Faith MS, Berkowitz RI, Stallings VA, Kerns J, Storey M, Stunkard AJ. Parental feeding attitudes and styles and child body mass index: Prospective analysis of a gene-environment interaction. *Pediatrics.* 2004;114(4). doi:10.1542/peds.2003-1075-L
164. Afonso L, Lopes C, Severo M, et al. Bidirectional association between parental

- child-feeding practices and body mass index at 4 and 7 y of age percentage at 7 y of age ? *Am J Clin Nutr.* 2016;(103):861-867. doi:10.3945/ajcn.115.120824.The
165. Fisher JO, Birch LL. Eating in the absence of hunger and overweight in girls from 5 to 7 y of age. *Am J Clin Nutr.* 2002;76(1):226-231. doi:10.1093/ajcn/76.1.226
 166. Rollins BY, Loken E, Savage JS, Birch LL. Maternal controlling feeding practices and girls ' inhibitory control interact to predict changes in BMI and eating in the absence of hunger from 5 to 7 y 1 – 4. *Am Soc Nutr.* 2014;99:249-257. doi:10.3945/ajcn.113.063545.Nearly
 167. Mamun AA, Lawlor DA, O'Callaghan MJ, Williams GM, Najman JM. Positive maternal attitude to the family eating together decreases the risk of adolescent overweight. *Obes Res.* 2005;13(8):1422-1430. doi:10.1038/oby.2005.172
 168. Anderson SE, Whitaker RC. Household routines and obesity in US preschool-aged children. *Pediatrics.* 2010;125(3):420-428. doi:10.1542/peds.2009-0417
 169. Leech RM, McNaughton SA, Crawford DA, Campbell KJ, Pearson N, Timperio A. Family food involvement and frequency of family dinner meals among Australian children aged 10-12years. Cross-sectional and longitudinal associations with dietary patterns. *Appetite.* 2014;75:64-70. doi:10.1016/j.appet.2013.12.021
 170. Saltzman JA, Musaad S, Bost KK, McBride BA, Fiese BH. Associations between father availability, mealtime distractions and routines, and maternal feeding responsiveness: An observational study. *J Fam Psychol.* 2019;33(4):465-475. doi:10.1037/fam0000519
 171. Clemente L, Moreira P, Oliveira B, Vaz De Almeida MD. Índice de massa corporal: Sensibilidade e especificidade. *Acta Med Port.* 2004;17(5):353-358.
 172. World Health Organization. *WHO Multicentre Growth Reference Study Group: WHO Child Growth Standards: Length/Height for Age, Weight for Age, Weight for Length, Weight for Height and Body Mass Index for Age: Methods and Development.* Geneva, Switzerland; 2006.
 173. Onis M De, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. 2007;043497(July):660-667. doi:10.2471/BLT.
 174. Chan L, Magarey AM, Daniels LA. Maternal feeding practices and feeding behaviors of Australian children aged 12-36 months. *Matern Child Health J.* 2011;15(8):1363-1371. doi:10.1007/s10995-010-0686-4

175. Wardle J, Sanderson S, Guthrie CA, Rapoport L, Plomin R. Parental feeding style and the intergenerational transmission of obesity risk. *Obes Res.* 2002;10(6):453-462. doi:10.1038/oby.2002.63
176. Tucker JM, Defrang R, Orth J, Wakefield S, Howard K. Evaluation of a primary care weight management program in children aged 2–5 years: Changes in feeding practices, health behaviors, and body mass index. *Nutrients.* 2019;11(3):1-13. doi:10.3390/nu11030498
177. Ryan K, Gannon-Slater N, Culbertson MJ. Improving Survey Methods With Cognitive Interviews in Small- and Medium-Scale Evaluations. *Am J Eval.* 2012;33(3):414-430. doi:10.1177/1098214012441499
178. Scottish Government Social Research Group. Guide 7: Cognitive Testing in Survey Questionnaire Design. *Scottish Gov Soc Res Gr.* 2017:1-7. <http://www.gov.scot/Resource/Doc/175356/0091403.pdf>.
179. Viana ASV, Almeida P, Silva D. Controlo alimentar materno e estado ponderal: Resultados do Questionário Alimentar para Crianças. *Psicol SAÚDE DOENÇAS.* 2012;13(2):298-310.
180. Carnell S, Å JW. Measuring behavioural susceptibility to obesity : Validation of the child eating behaviour questionnaire. *Appetite.* 2007;48:104-113. doi:10.1016/j.appet.2006.07.075
181. Ashcroft J, Semmler C, Carnell S, van Jaarsveld CHM, Wardle J. Continuity and stability of eating behaviour traits in children. *Eur J Clin Nutr.* 2008;62(8):985-990. doi:10.1038/sj.ejcn.1602855
182. Viana V, Sinde S, Saxton J. O Questionário do Comportamento Alimentar da Criança (CEBQ). *Instrumentos e Context Avaliação Psicológica.* 2011;l(1):145-157.
183. George, D., & Mallery P. *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference.* 4th ed. Boston: Allyn & Bacon; 2003.
184. Widaman K, Floyd FJ. Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychol Assess.* 1995;7(3):286-299. doi:10.1037//1040-3590.7.3.286
185. Briggs SR, Cheek JM. The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *J Pers.* 1986;54(1):106-148. doi:10.1111/j.1467-6494.1986.tb00391.x

186. Espírito Santo H, Daniel F. Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (2): Guia para reportar a força das relações. *Rev Port Investig Comport e Soc.* 2017;3(1):53-64. doi:10.7342/ismt.rpics.2017.3.1.48
187. Pestana MH, Gageiro JN. *Análise de Dados Para Ciências Sociais - A Complementariedade Do SPSS.* 5a ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2008.
188. Jansen PW, Barse LM De, Wv V, Verhulst FC. Bi-directional associations between child fussy eating and parents ' pressure to eat : who influences whom ? *Physiol Behav.* 2017;176(July):101-106. doi:10.1016/j.physbeh.2017.02.015.Bi-directional
189. Stang J, Loth KA. Parenting style and child feeding practices: potential mitigating factors in the etiology of childhood obesity. *J Am Diet Assoc.* 2011;111(9):1301-1305. doi:10.1016/j.jada.2011.06.010
190. Faith MS, Scanlon KS, Birch LL, et al. Parent-Child Feeding Strategies and Their Relationships to Child Eating and Weight Status. *Obes Res.* 2004;12(11):1711-1722. doi:10.1038/oby.2004.212
191. Faith MS, Berkowitz RI, Stallings VA, et al. Parental Feeding Attitudes and Styles and Child Body Mass Index : Prospective Analysis of a Gene-Environment Interaction. 2004;114(4). doi:10.1542/peds.2003-1075-L
192. Durão C, Andreozzi V, Oliveira A, et al. Maternal child-feeding practices and dietary inadequacy of 4-year-old. *Appetite.* 2015;92:15-23. doi:10.1016/j.appet.2015.04.067
193. Viana V, Sinde S. O comportamento alimentar em crianças: Estudo de validação de um questionário numa amostra portuguesa (CEBQ). *Análise Psicológica.* 2008;26(1):111-120. doi:10.14417/ap.480
194. Viana V, Almeida P, Guardiano M, Silva D, Oliveira B, Guerra A. Mothers' eating style's influence on their feeding practices and on their children's appetite traits. *Psychol Pract Res J.* 2019;2(1):1-11. doi:10.33525/pprj.v2i1.72
195. van der Horst K. Overcoming picky eating. Eating enjoyment as a central aspect of children's eating behaviors. *Appetite.* 2012;58(2):567-574. doi:10.1016/j.appet.2011.12.019
196. Scaglioni S, De Cosmi V, Ciappolino V, Parazzini F, Brambilla P, Agostoni C. Factors influencing children's eating behaviours. *Nutrients.* 2018;10(6):1-17. doi:10.3390/nu10060706

197. Scholtens S, Brunekreef B, Visscher TLS, 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):369-374. doi:10.1093/eurpub/ckl253
198. Oliveira A. Fiabilidade e Validade. *Univ Aveiro - Dep Matemática*. 2006:1-4. <http://sweet.ua.pt/andreia.hall/TEA/valrel.pdf>.
199. John W. Creswell. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 4th ed. SAGE Publications, Inc.; 2014.

11 Apêndices

11.1 Apêndice 1 - Protocolo de investigação

Práticas parentais no contexto da alimentação em Portugal
--

Bem-vindo,

A Equipa Papa Bem da ENSP-NOVA está a desenvolver um estudo sobre os hábitos alimentares das crianças. Pretendemos estudar as práticas parentais no contexto da alimentação e compreender como é que estas práticas se relacionam com os comportamentos e hábitos de alimentação da criança.

Se é pai ou mãe de crianças com idades entre 1 e 10 anos de idade, gostaríamos de o convidar a participar no estudo.

Ao aceitar participar, pedimos-lhe que responda a um conjunto de questões relacionadas com os comportamentos e hábitos alimentares da criança e as suas práticas no contexto da alimentação. Solicitamos também alguma informação sobre a criança e sobre a família (por exemplo, idade, escolaridade, peso, altura). O tempo estimado para preencher o questionário é de 30 minutos.

Durante o preenchimento das questões referentes à criança, caso tenha mais do que uma criança deve escolher uma das crianças que esteja dentro do intervalo de idades deste estudo.

A participação neste estudo é completamente voluntária e pode desistir de participar a qualquer momento bem como alterar as condições de participação, sem qualquer consequência para o participante, devendo para o efeito contactar a equipa de investigação através dos contactos indicados abaixo. Os dados recolhidos são anónimos e confidenciais e apenas a nossa equipa terá acesso aos mesmos. Os dados serão tratados de forma agregada e anónima, não podendo quaisquer dados individuais ser divulgados. Os resultados obtidos através do estudo serão utilizados unicamente para fins de investigação, podendo ser utilizados em publicações científicas e académicas, sendo garantido o anonimato de todos os dados recolhidos.

Caso necessite de alguma informação ou esclarecimento adicionais, poderá entrar em contacto com a equipa de investigação (fv.rodrigues@ensp.unl.pt).

Gratos pela sua colaboração!

A Equipa de Investigação:

Ana Rita Goes, Professora Auxiliar na Escola Nacional de Saúde Pública

Gisele Câmara, nutricionista e Investigadora na Escola Nacional de Saúde Pública

Filipa Rodrigues, nutricionista e estudante do Mestrado em Promoção da Saúde (ENSP-NOVA)

Declaração de consentimento informado, livre e esclarecido

Declaro ter lido e compreendido as informações sobre este estudo. Compreendi que a minha participação no estudo é voluntária e que posso desistir a qualquer momento e que a minha participação não me confere o direito a qualquer remuneração ou contrapartida. Compreendi também que os dados fornecidos de forma voluntária serão utilizados unicamente para esta investigação, sendo garantido o anonimato e confidencialidade.

Ao selecionar a opção Sim (Aceito Participar no Estudo) e clicar em seguinte, estou a aceitar participar neste estudo, tomando esta decisão de forma inteiramente livre, e permito a utilização dos dados que voluntariamente forneço, confiando que serão utilizados apenas para esta investigação e na garantia de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela equipa de investigação.

Aceito participar no estudo

Sim

Seguinte

PARTE A - Caracterização sociodemográfica e de saúde

A parte A do questionário vai permitir realizar a caracterização da população em estudo. As questões são SOBRE SI E A SUA CRIANÇA.

Por favor, responda às seguintes QUESTÕES SOBRE SI

1. Quem está a preencher o questionário?

- Mãe ou Companheira/o do pai
- Pai ou Companheiro/a da mãe
- Outro cuidador (ex. avó/avô, tio/tia, irmã/irmão)

2. Qual a sua idade? Por favor, introduza a sua idade em anos (Exemplo: 34)

3. Qual a sua nacionalidade? Por favor, introduza a sua nacionalidade (Exemplo: Portuguesa/Cabo-verdiana/Brasileira)

4. Qual a região da residência do agregado familiar?

- Norte
- Centro
- Área Metropolitana de Lisboa
- Alentejo
- Algarve
- Região Autónoma dos Açores
- Região Autónoma da Madeira

5. Qual o grau de escolaridade mais elevado que completou?

- Ensino básico 1º ciclo (4ºano, antigo ensino primário, 4ª classe)
- Ensino básico 2º ciclo (6ºano, antigo ciclo preparatório)
- Ensino básico 3º ciclo (9ºano, antigo 5º ano do liceu)
- Ensino secundário (12ºano, antigo 7º ano do liceu)
- Ensino Pós-secundário Não Superior (ex. curso profissional)
- Ensino Superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)
- Sem escolaridade
- Não sabe/ não responde

6. Como define a sua condição perante o trabalho? E do seu companheiro(a) (se aplicável)?

- Trabalhador por uma remuneração ou lucro (incluindo trabalho não remunerado num negócio de família ou exploração, estágio de aprendizagem ou remunerado, incluindo ainda trabalhadores que não exercem atualmente devido a licença de maternidade, paternidade, por doença ou em férias)
- Desempregado (sem emprego no período de referência, disponível para trabalhar e à procura de emprego)
- Outro (reformado, permanentemente incapacitado, estudante, trabalhador doméstico, a cumprir serviço militar obrigatório ou serviço comunitário obrigatório)
- Outra situação _____
- Não sabe/ não responde

7. Por favor indique o seu peso

Esta informação é necessária para obter a classificação do seu Índice de Massa Corporal. Por favor, indique o seu peso em kg (Exemplo: 70,5)

8. Por favor indique a sua altura

Esta informação é necessária para obter a classificação do seu Índice de Massa Corporal. Por favor, indique a sua altura em m (Exemplo: 1,74)

Por favor, responda às seguintes QUESTÕES SOBRE A SUA CRIANÇA

Durante o preenchimento das questões referentes à criança, caso tenha mais do que uma criança deve escolher uma das crianças que esteja dentro do intervalo de idades deste estudo.

6. Qual a data de nascimento da criança?

Esta informação é importante para calcular o IMC da criança.

____ / ____ / _____ (dd/mm/aaaa)

7. Qual o sexo da criança?

- Masculino
- Feminino

8. Qual a nacionalidade da criança?

9. Com quem vive a criança atualmente?

- Mãe
- Pai

- Companheiro(a) da Mãe que não o Pai
- Companheira(o) do Pai que não a Mãe
- Irmãos/Meios-irmãos
- Avós maternos / paternos
- Outros familiares
- Outros não-familiares

10. Por favor, indique a seguinte informação (pode ser obtido através do Boletim de Saúde Infantil):

Esta informação é necessária para obter a classificação do Índice de Massa Corporal da criança.

10.1. Qual o peso da criança?

_____ kg

10.2. Qual o comprimento/altura da criança?

_____ cm

10.3. Data do registo ___/___/_____ (dd/mm/aaaa)

11. O(A) seu/sua filho(a) tem alguma condição de saúde que obrigue a cuidados de saúde regulares (tratamentos, análises, consultas, entre outros)?

- Não (*passar à questão 12*)
- Sim

11.1. Se sim, indique qual _____

12. O(A) seu/sua filho(a) tem algum tipo de restrição alimentar (restrição em lactose, restrição em glúten, alimentação vegetariana)?

- Não (*passar à questão 15*)
- Sim

13. Em geral, como descreve a saúde do(a) seu/sua filho(a)?

Por favor seleccione uma das opções entre Muito Má a Excelente (entre as opções 1 - Muito má 2 - Má 3 - Boa 4 - Muito boa 5 - Excelente)

Muito má

Excelente

PARTE B - Questionário Feeding Practices and Structure Questionnaire-28 (FPSQ-28)

As questões que se seguem SÃO SOBRE SI e dizem respeito ÀS SUAS INTERAÇÕES COM A CRIANÇA DURANTE A REFEIÇÃO PRINCIPAL.

Em cada linha, assinale a opção que descreve a frequência com que estas situações acontecem. Se não tiver a certeza, escolha a que mais se aproxima. Se tiver mais do que um filho, continue a responder pensando na criança para o qual respondeu às questões anteriores. NOTA: Não há respostas certas nem erradas a estas questões; estamos interessados naquilo que os pais realmente sentem e fazem.

Durante as refeições, com que frequência...	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1. ...avisa a sua criança que lhe vai retirar um alimento se não comer (por exemplo, "Se não acabares os vegetais, não te dou a fruta")?	1	2	3	4	5
2. ...dá argumentos à sua criança para fazer com que coma (por exemplo, "O leite é bom para a tua saúde porque te faz ficar forte")?	1	2	3	4	5
3. ...diz alguma coisa para demonstrar o seu desagrado quando a sua criança não come?	1	2	3	4	5
4. ...encoraja a sua criança a comer alguma coisa utilizando alimentos como recompensa (por exemplo, "Se terminares os vegetais, vais receber uma peça fruta")?	1	2	3	4	5
5. ...diz à sua criança para comer um determinado alimento que está no prato (por exemplo, "Come o feijão")?	1	2	3	4	5

Por favor, indique o quanto concorda com as afirmações que se seguem. Se não tiver a certeza, escolha a que mais se aproxima.

<i>Por favor, assinale apenas um número por linha.</i>	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
6. Intencionalmente mantenho alguns alimentos fora do alcance da minha criança.	1	2	3	4	5
7. Ofereço à minha criança os seus alimentos preferidos para que se porte bem.	1	2	3	4	5
8. Se a minha criança diz "Não tenho fome" tento de qualquer maneira fazer com que ela coma.	1	2	3	4	5
9. Se eu não guiasse ou orientasse o que a minha criança come, ela comeria demasiadas porcarias.	1	2	3	4	5
10. Tenho de garantir que a minha criança não come demasiados doces (chupa-chupas, gelados, bolos).	1	2	3	4	5
11. Tenho de garantir que a minha criança não come demasiado dos seus alimentos preferidos.	1	2	3	4	5

Em cada linha, assinale a opção que descreve a frequência com que estas situações acontecem. É importante recordar que não há respostas certas nem erradas a estas questões; estamos interessados naquilo que os pais realmente sentem e fazem. Se não tiver a certeza, escolha a que mais se aproxima.

<i>Por favor, assinale apenas um número por linha.</i>	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
12. Quando a minha criança está aborrecida, ofereço-lhe algo para comer para que se sinta melhor.	1	2	3	4	5

Por favor, assinale apenas um número por linha.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
13. Elogio a minha criança quando come aquilo que lhe dou.	1	2	3	4	5
14. Para fazer com que a minha criança se porte bem, prometo-lhe alguma coisa para comer.	1	2	3	4	5
15. Permito que a minha criança passeie de um lado para o outro durante a refeição.	1	2	3	4	5
16. Deixo a minha criança decidir quando quer fazer a sua refeição.	1	2	3	4	5
17. Sou eu que decido quando são horas de a minha criança fazer um lanche.	1	2	3	4	5
18. Uso as sobremesas como suborno para que a minha criança coma o prato principal.	1	2	3	4	5
19. Sou eu que decido quando é que a minha criança faz as refeições (principais).	1	2	3	4	5
20. Recompensar a minha criança com alguma coisa para comer quando se porta bem.	1	2	3	4	5
21. Faço questão que a minha criança coma as refeições à mesa.	1	2	3	4	5
22. Com que frequência é firme quanto ao local onde a sua criança deve comer?	1	2	3	4	5
23. Com que frequência evita ir com a sua criança a cafés ou restaurantes que vendem alimentos pouco saudáveis?	1	2	3	4	5

Por favor, assinale apenas um número por linha.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
24. Com que frequência evita comprar doces e aperitivos (por exemplo, batatas fritas) para levar para casa?	1	2	3	4	5
25. Com que frequência deixa de comprar alimentos que gostaria porque não quer que a sua criança os coma?	1	2	3	4	5
26. Com que frequência evita comprar bolachas e bolos para levar para casa?	1	2	3	4	5
27. Quando a sua criança se recusa a comer um alimento que habitualmente come, insiste para que o coma?	1	2	3	4	5
28. Quando a sua criança se recusa a comer um alimento que habitualmente come, encoraja-a a comer oferecendo um alimento como recompensa (por exemplo, sobremesa)?	1	2	3	4	5
29. A minha criança come as mesmas refeições que o resto da família.	1	2	3	4	5

PARTE C – Questionário do Comportamento Alimentar da Criança (CEBQ)

As questões que se seguem são SOBRE A CRIANÇA. Este questionário deve ser respondido pelo participante e incide sobre o COMPORTAMENTO ALIMENTAR DA CRIANÇA. Responda por favor tendo em conta aquilo que a sua criança faz habitualmente com respeito à sua alimentação. As respostas, quaisquer que sejam, são sempre adequadas uma vez que traduzem um modo pessoal de agir.

Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre
1	2	3	4	5

1. O meu filho(a) adora comida.

2. O meu filho(a) come mais quando anda preocupado(a).

3. O meu filho(a) tem um grande apetite.

4. O meu filho(a) termina as refeições muito rapidamente.

5. O meu filho(a) interessa-se por comida.

6. O meu filho(a) anda sempre a pedir de beber.

7. Perante novos alimentos o meu filho(a) começa por recusa-los.

8. O meu filho(a) come vagorosamente.

9. O meu filho(a) come menos quando está zangado(a).

10. O meu filho(a) gosta de experimentar novos alimentos

11. O meu filho(a) come menos quando está cansado(a).

12. O meu filho(a) está sempre a pedir comida.

13. O meu filho(a) come mais quando está aborrecido(a).

14. Se o deixassem o meu filho(a) comeria demais.

15. O meu filho(a) come mais quando está ansioso(a).

16. O meu filho(a) gosta de uma grande variedade de alimentos.
17. O meu filho(a) deixa comida no prato no fim das refeições.
18. O meu filho(a) gasta mais que 30 minutos para terminar uma refeição.
19. Se tivesse oportunidade o meu filho(a) passaria a maior parte do tempo a comer.
20. O meu filho(a) está sempre à espera da hora das refeições.
21. O meu filho(a) fica cheio(a) antes de terminar a refeição.
22. O meu filho(a) adora comer.
23. O meu filho(a) come mais quando está feliz.
24. O meu filho(a) é difícil de contentar com as refeições.
25. O meu filho(a) come menos quando anda transtornado(a).
26. O meu filho(a) fica cheio muito facilmente.
27. O meu filho(a) come mais quando não tem nada para fazer.
28. Mesmo se já está cheio o meu filho(a) arranja espaço para comer um alimento preferido.
29. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) passaria o dia a beber continuamente.
30. O meu filho(a) é incapaz de comer a refeição se antes tiver comido alguma coisa.
31. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) estaria sempre a tomar uma bebida.

32. O meu filho(a) interessa-se por experimentar alimentos que nunca provou antes.

33. O meu filho(a) decide que não gosta de um alimento mesmo que nunca o tenha provado.

34. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) estaria sempre com comida na boca.

35. O meu filho(a) come mais e cada vez mais devagar ao longo da refeição.

Parte D – Questionário sobre os hábitos alimentares da criança (Índice KIDMED)

As questões que se seguem são SOBRE A CRIANÇA. Estas questões referem-se aos hábitos alimentares da criança. Responda por favor tendo em conta a alimentação do(a) seu/sua filho(a) no dia-a-dia. ASSINALE AS OPÇÕES que representam os hábitos alimentares da criança.

A minha criança ...

- Consome uma fruta ou sumo de fruta todos os dias**
- Consome uma segunda fruta todos os dias**
- Consome produtos hortícolas frescos ou cozinhados regularmente, pelo menos uma vez por dia**
- Consome produtos hortícolas frescos ou cozinhados regularmente, mais de uma vez por dia**
- Consome peixe regularmente (pelo menos, 2 a 3 vezes por semana)**
- Frequenta, mais de uma vez por semana, restaurantes de “fast-food” (hambúrguer)**
- Gosta e consome leguminosas, mais de uma vez por semana**
- Consome massa ou arroz, quase todos os dias (5 ou mais vezes por semana)**
- Consome cereais ou produtos derivados de cereais (pão, etc) ao pequeno-almoço**
- Consome frutos oleaginosos (nozes, amêndoas, etc) regularmente (pelo menos, 2 a 3 vezes por semana)**
- Utiliza azeite em casa**
- Não toma o pequeno-almoço**
- Consome lacticínios ao pequeno-almoço (leite, iogurte, etc)**
- Consome produtos confeccionados ou de pastelaria ao pequeno-almoço**
- Consome 2 iogurtes e/ou 40g de queijo diariamente**
- Consome doces ou guloseimas várias vezes por dia**

11.2 Apêndice 2 – Análise correlação Item-total

Tabela 16 - Correlação Item-total FPSQ-28

Sub-escala	Item	Correlação item-total
Recompensa pelo comportamento (RB)	Ofereço à minha criança os seus alimentos preferidos para que se porte bem.	0,504
	Quando a minha criança está aborrecida, ofereço-lhe algo para comer para que se sintam melhor.	0,452
	Para fazer com que a minha criança se porte bem, prometo-lhe alguma coisa para comer.	0,622
	Recompenso a minha criança com alguma coisa para comer quando se porta bem.	0,597
Recompensa para comer (RE)	Durante as refeições, com que frequência...Avisa a sua criança que lhe vai retirar um alimento se não comer (por exemplo, "Se não acabares os vegetais, não te dou a fruta")?	0,574
	Durante as refeições, com que frequência...Encoraja a sua criança a comer alguma coisa utilizando alimentos como recompensa (por exemplo, "Se terminares os vegetais, vais receber uma peça de fruta")?	0,589
	Uso as sobremesas como suborno para que a minha criança coma o prato principal.	0,586
	Quando a sua criança se recusa a comer um alimento que habitualmente come, encoraja-a a comer oferecendo um alimento como recompensa (por exemplo, sobremesa)?	0,547
Alimentação Persuasiva (PF)	Durante as refeições, com que frequência...dá argumentos à sua criança para fazer com que coma (por exemplo, "O leite é bom para a tua saúde porque te faz ficar forte")?	0,484
	Durante as refeições, com que frequência...diz alguma coisa para demonstrar o seu desagrado quando a sua criança não come?	0,607
	Durante as refeições, com que frequência...diz à sua criança para comer um determinado alimento que está no prato (por exemplo, "Come o feijão")?	0,592
	Durante as refeições, com que frequência...Se a minha criança diz "Não tenho fome" tento de qualquer maneira fazer com que ela coma.	0,450
	Elogio a minha criança quando come aquilo que lhe dou.	0,455
	Quando a sua criança se recusa a comer um alimento que habitualmente come, insiste para que o coma?	0,498
Restrição manifesta (OV)	Se eu não guiasse ou orientasse o que a minha criança come, ela comeria demasiadas porcarias.	0,462
	Tenho de garantir que a minha criança não come demasiados doces (chupa-chupas, gelados, bolos).	0,388

Sub-escala	Item	Correlação item-total
	Tenho de garantir que a minha criança não come demasiado dos seus alimentos preferidos.	0,425
	Intencionalmente mantenho alguns alimentos fora do alcance da minha criança.	0,224
Restrição discreta (CR)	Com que frequência evita ir com a sua criança a cafés ou restaurantes que vendem alimentos pouco saudáveis?	0,469
	Com que frequência evita comprar doces e aperitivos (por exemplo, batatas fritas) para levar para casa?	0,634
	Com que frequência deixa de comprar alimentos que gostaria porque não quer que a sua criança os coma?	0,610
	Com que frequência evita comprar bolachas e bolos para levar para casa?	0,672
Contexto da refeição (SMS)	Permito que a minha criança passeie de um lado para o outro durante a refeição.*	0,387
	Faço questão que a minha criança coma as refeições à mesa.	0,608
	Com que frequência é firme quanto ao local onde a sua criança deve comer?	0,524
Horário da refeição estruturado (SMT)	Deixo a minha criança decidir quando quer fazer a sua refeição.*	0,242
	Sou eu que decido quando são horas de a minha criança fazer um lanche.	0,409
	Sou eu que decido quando é que a minha criança faz as refeições (principais).	0,420

* Item cotado inversamente