



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Virgínia Catarina Teixeira Antunes Lima

**Práticas maternas de controlo sobre a
alimentação de crianças em idade escolar**

Junho 2013



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Virgínia Catarina Teixeira Antunes Lima

**Práticas maternas de controlo sobre a
alimentação de crianças em idade escolar**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia
Área de Especialização em Psicologia Clínica

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Sónia Gonçalves
e do
Professor Doutor Paulo Machado

Junho 2013

DECLARAÇÃO

Nome: Virgínia Catarina Teixeira Antunes Lima

Endereço Eletrónico: Catarina.a.lima@hotmail.com **Telefone:** 966229831

N.º do Cartão do Cidadão: 11179897

Título da Tese de Mestrado: Práticas maternas de controlo sobre a alimentação de crianças em idade escolar.

Orientador(es): Professora Doutora Sónia Gonçalves e Professor Doutor Paulo Machado

Ano de conclusão: 2013

Designação do Mestrado: Mestrado Integrado em Psicologia
Área de Especialização em Psicologia Clínica

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO,
APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO
ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho,, de junho de 2013.

Assinatura: _____

Índice

Resumo.....	iv
Abstract	v
1. Introdução	6
1.1 Práticas parentais de controlo sobre a alimentação e variáveis da criança.....	6
1.2 Práticas parentais de controlo sobre a alimentação das crianças e outras variáveis maternas.....	8
2. Objetivos do estudo.....	10
3. Metodologia	11
3.1 Participantes.....	11
3.2 Instrumentos	12
3.3 Procedimentos	13
4. Resultado.....	13
4.1 Análise descritiva	13
4.2 Associação entre variáveis da criança e da mãe	14
4.2.1 Associação das Práticas maternas de controlo sobre a alimentação da criança e variáveis da criança:.....	15
4.2.1.1 Sexo da criança	15
4.2.1.2 Idade da criança	15
4.2.1.3 Percentil de IMC da criança.....	15
4.2.2 Associação das Práticas maternas de controlo sobre a alimentação da criança e variáveis da mãe:.....	17
4.2.2.1 Nível instrutivo da mãe.....	17
4.2.2.2 Idade da mãe	17
4.2.2.3 IMC da mãe.....	17
4.2.2.4 Comportamentos alimentares disfuncionais das mães.....	18
5. Discussão.....	20
6. Conclusão e investigações futuras.....	22
Referências	24

Agradecimentos

Chegou o momento de agradecer a todos que estiveram comigo neste percurso marcado por momentos de felicidade mas também de dificuldade. Reconheço que seria impossível percorrer sozinha o percurso de todo este projecto. Por isso agradeço:

Aos meus orientadores, Professora Doutora Sónia Gonçalves e Professor Doutor Paulo Machado pelo apoio, disponibilidade e confiança sentidos.....

À Professora Doutora Carla Martins, pelos ensinamentos, pela escuta ativa, e sugestões dispensadas.....

À Doutora Helena Real, pela sua autorização na utilização de um instrumento de avaliação neste projecto.....

Ao Amorim por se ter disponibilizado a apoiar na recolha de dados, pelo encorajamento e palavra amiga....por estar sempre presente na minha vida.....

Ao Michel e ao Herculano, pela alegria e indispensabilidade das suas presenças....

À Isabel, pela disponibilidade em cuidar do Gabriel, sempre que foi necessário....

Um agradecimento muito especial à Jenny pelos primeiros passos de amizade que ainda hoje persistem e pelo incentivo nos momentos mais difíceis, não me deixando cair e muito menos desistir...

Aos meus pais por toda a dedicação, carinho e apoio concedidos... Obrigada por nunca deixar de acreditar e orgulhar-se por cada conquista minha. O vosso amor é que me faz chegar aqui e me possibilite seguir adiante....

Ao meu marido, Carlos, pela aceitação incondicional, pela força, compreensão, carinho e motivação durante todo o decorrer deste percurso....

Aos meus três filhos, Carlos, Rafael e Gabriel, pela essência de tudo o que para mim representa. Pela paciência e compreensão quando a mãe não estava tão disponível, pela dedicação e amor, que me tornaram mais forte e capaz de percorrer este caminho até aqui...E porque sem a colaboração dos meus filhos, jamais teria sido possível, dedico-lhes esta dissertação...
A todos um Muito Obrigada!

Práticas maternas de controlo sobre a alimentação de crianças em idade escolar

Resumo

As práticas parentais de controlo alimentar das crianças têm sido associadas ao índice de massa corporal (IMC) e aos comportamentos alimentares destas. Por outro lado, estudos mostram a existência da relação entre estas práticas e a psicopatologia da mãe e as interações entre mães e filhos à hora das refeições.

Este estudo pretende avaliar a associação entre as práticas maternas de controlo alimentar (PMCA) com outras variáveis da criança (sexo, idade, percentil de IMC, e os problemas de internalização e externalização), e da mãe (idade, nível instrutivo, IMC, e comportamentos alimentares disfuncionais). Neste sentido foram avaliadas 412 mães com o Questionário sobre a Percepção das Mães sobre a Alimentação dos Filhos, o Questionário de Comportamentos da Criança, e o Questionário de Alimentação. Relativamente à criança, foram encontradas associações entre as PMCA e a idade, percentil de IMC e problemas de internalização e externalização da criança. Relativamente à associação com as variáveis da mãe, os resultados revelam ainda que existem associações entre as PMCA dos filhos e a idade, nível instrutivo, IMC e comportamentos alimentares relacionados com distúrbios alimentares da mãe.

Palavras-chave: Práticas maternas de controlo alimentar; IMC; problemas de internalização e externalização na criança; comportamentos alimentares

Maternal controlling feeding practices of school-aged children

Abstract

Maternal controlling feeding practices have been related to child Body Mass Index (BMI) and child eating behaviour. Furthermore studies show that these practices are related to maternal psychopathology and meal time interactions between mother and child.

The present study examines the relationship between maternal controlling feeding practices and other child variables (sex, age, BMI percentile, and internalizing and externalizing problems) and mother variables (age, instructional level, BMI, and dysfunctional eating behaviors). In this regard 412 mothers completed some self-report measures (*Mother Perception of Child Feeding Practices Questionnaire, Child Behavior Checklist, Eating Disorder Examination Questionnaire*). This study found associations between maternal controlling feeding practices and child age, BMI and internalizing and externalizing problems. This study also found associations between mother age, instructional level and dysfunctional eating behaviors.

Keywords: Maternal controlling feeding practices; BMI, child internalizing and externalizing problems; mother dysfunctional eating behaviors

1. Introdução

O peso e os comportamentos alimentares das crianças são influenciados tanto por fatores genéticos como por fatores ambientais familiares (Birch & Fisher, 1998, 2000; Birch & Davison, 2001). Sendo os pais a principal influência sobre a disponibilidade e o consumo de alimentos de crianças na idade pré-escolar e escolar, nomeadamente através dos lanches e das refeições, torna-se imperativo o conhecimento das suas práticas de controlo sobre a alimentação das crianças (Stang, Rehorst & Golobic, 2004). Para além disso, deve-se prestar atenção ao temperamento das crianças, ao dos próprios pais e às questões de saúde mental, ao avaliar as práticas parentais de controlo alimentar (Haycraft & Blissett, 2012). Ao nível empírico, muitos estudos que se centram nas práticas parentais de controlo sobre a alimentação das crianças avaliam o peso ou IMC da criança e/ou comportamentos ou perturbações alimentares das crianças (Faith, Scanlon, Birch, Francis & Sherry, 2004).

As práticas parentais de controlo sobre a alimentação das crianças podem ser definidas como estratégias utilizadas pelos pais com o objetivo de facilitar ou limitar a ingestão de alimentos por parte dos seus filhos. Delas fazem parte a “monitorização”, “pressão para comer” e “restrição” da ingestão de alimentos das crianças (Blissett, 2011). Segundo Cordeiro (2010), a monitorização é descrita como a supervisão ou vigilância da ingestão de alimentos. A pressão para comer envolve o encorajamento ao consumo de quantidades ou alimentos específicos, enquanto que a restrição é a prática de limitar a ingestão de alimentos específicos ou quantidades de comida (Blissett, 2011). Sobre esta última, Ogden, Reynolds e Smith (2006) referem que os pais podem controlar a ingestão dos alimentos de forma complexa, podendo-se distinguir dois tipos de restrição: “explícita” e “encoberta”. O primeiro tipo implica limitar a ingestão de alimentos não saudáveis, mas de forma percebida pela criança, enquanto que o segundo tipo envolve o mesmo tipo de restrição, mas sem ser percebida pela criança (Ogden et al., 2006).

1.1 Práticas parentais de controlo sobre a alimentação e variáveis da criança

A utilização de práticas parentais de controlo sobre a alimentação das crianças tem atraído um interesse particular, já que está associada com o peso ou IMC das crianças e os seus comportamentos alimentares (e.g. Faith, Berkowitz, Stallings, Kerns, Storey & Stunkard, 2004), contudo não tem havido consenso sobre esta relação (Birch, 2006). Em alguns estudos, a utilização da restrição sobre as crianças está associada positivamente com o seu IMC

(Powers, Chamberlin, Schaick, Sherman & Whitaker, 2006; Spruijt-Metz, Lindquist, Birch, Fisher & Goren, 2002; Real, 2012), enquanto que noutros está associada negativamente (Farrow & Blisset, 2008) ou não existe qualquer relação (May, et al., 2007). Uma possível explicação para estes resultados inconsistentes poderá estar noutros estudos (Birch & Fisher, 2000; Gueron-Sela, Atzaba-Poria, Meiri & Yerushalmi, 2011; May, et al., 2007; Webber, Hill, Cooke, Carnell & Wardle, 2010) que revelam que a perceção ou preocupação das mães sobre o peso dos seus filhos medeia significativamente a associação entre a utilização de práticas restritivas sobre as crianças e o seu peso. Em congruência, na investigação de Jansen e colaboradores (2012), as práticas restritivas sobre as crianças aumentam à medida que o seu peso sobe progressivamente.

No que se refere aos comportamentos alimentares das crianças, estudos revelam que as práticas de controlo maternas de restrição estão associadas ao desejo de comer (Morrison, Power, Nicklas & Highes, 2013), a maior responsividade aos alimentos (Fisher & Birch, 1999b; Webber, Cooke, Hill & Wardle, 2010) e ao seu consumo na ausência de fome (Birch & Fisher, 2000; Birch, Fisher & Davison, 2003; Fisher & Birch, 1999a, 2002) e a níveis excessivos de alimentação emocional (Haycraft & Blissett, 2012; Kröller, Jahnke & Warschburger, 2013; Rodgers, et al., 2013).

A utilização da pressão para comer sobre as crianças está associada negativamente com o seu IMC (Blissett, Meyer & Haycraft, 2006; Spruijt-Metz, et al., 2002; Real, 2012), com o seu interesse (Gregory, Paxton & Brozovic, 2010) e satisfação pelos alimentos (Ainuki & Amatsu, 2011; Webber, et al., 2010a). Os pais muitas vezes utilizam esta prática quando sentem que os seus filhos estão a comer quantidades insuficientes (Galloway, Fiorito, Lee & Birch, 2005) ou que são muito lentos a comer (Farrow, Galloway & Fraser, 2009; Haycraft & Blissett, 2012). Por sua vez, Webber e colaboradores (2010a) referem que a utilização da pressão para comer dos pais sobre os filhos prende-se mais com a ingestão de alimentos saudáveis para assegurar que as crianças os comem. Contudo, outros estudos revelam que esta técnica poderá ter efeitos contrários aos desejados, uma vez que está associada ao evitamento da comida (Powell, Farrow & Meyer, 2011) e ao baixo consumo e aceitação de frutos, vegetais (e.g. Blissett, 2011; Fisher, Mitchell, Smiciklas-Wright & Birch, 2002) e sopa (Galloway, Fiorito, Francis & Birch, 2006).

Quanto à monitorização, a investigação está pautada de resultados inconsistentes. No estudo de Real (2012), a utilização da monitorização, sobre os filhos, está negativamente associada ao IMC da criança enquanto que o estudo de Webber e colaboradores (2010b) revela que não existem associações significativas entre a monitorização e o IMC da criança. A

monitorização da alimentação sobre os filhos está associada com menor desagrado das crianças com a comida (Powell, et al., 2011) menor alimentação emocional e baixa sociabilidade das crianças (Haycraft & Blissett, 2012). Em oposição Kröller e colaboradores (2013) referem que a utilização da monitorização está associada com a alimentação emocional das crianças. No modelo dos mesmos autores (Kröller et al., 2013), mães com peso mais elevado reportam utilizar mais frequentemente a monitorização sobre os seus filhos que, por sua vez, está associada ao elevado peso da criança.

Por último, segundo Ogden e colaboradores (2006), o controlo explícito sobre as crianças está associado positivamente com o seu consumo de lanches saudáveis e o controlo encoberto sobre as crianças está associado negativamente com o seu consumo de lanches pouco saudáveis que, conseqüentemente, podem estar associados com o baixo peso da criança (Real, 2012). Contudo, Rodgers e colaboradores (2013) revelam que o controlo encoberto está associado a maior prazer pela comida, apetite e tendência para engordar das crianças.

A literatura indica ainda que as práticas parentais de controlo alimentar sobre os filhos são também moldadas pelo sexo, idade, ordem de nascimento e aparência física da criança (Birch & Fisher, 2000). Por exemplo, Johnson e Birch (1994) reportaram a aplicação de práticas de controlo maternas restritivas sobre crianças obesas, especialmente em raparigas e Spruijt-Metz e colaboradores (2002) encontraram no seu estudo scores mais elevados da prática de monitorização na ingestão de doces para os rapazes do que para as raparigas. No entanto, no estudo efetuado por Costa (2010) não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos da criança ao nível das práticas de controlo alimentares maternas utilizadas. Blissett e Haycraft (2008) não encontraram qualquer associação entre a idade da criança, idade e IMC dos pais e as práticas de controlo sobre os filhos.

1.2 Práticas parentais de controlo sobre a alimentação das crianças e outras variáveis maternas

Estudos têm revelado que os sintomas de psicopatologia alimentar e depressiva estão associados com a utilização de um controlo parental excessivo da alimentação (e.g. Blissett, Meyer & Haycraft, 2007; Haycraft & Blissett, 2008).

Um estudo que compara mães com e sem historial de perturbações alimentares revela que as primeiras tendem a usar práticas de controlo alimentares restritivas especiais (ingestão de alimentos processados) com os seus filhos, em reflexo das suas próprias práticas

(Hoffman, et al., 2012). Em congruência, outros estudos (e.g. Birch & Fisher, 2000; Johannsen, Johannsen & Specker, 2006) encontraram uma relação positiva estatisticamente significativa entre a restrição alimentar das mães e a utilização da mesma prática sobre as crianças.

Reba-Harreleson e colaboradores (2010) analisaram os padrões das práticas de controlo sobre a alimentação dos filhos diferenciando mães sem e com perturbações alimentares (anorexia, bulimia, ingestão compulsiva de comida). Mães com bulimia e mães com ingestão compulsiva de comida usaram mais a restrição sobre os filhos por comparação ao grupo de controlo. Em congruência, Blissett e colaboradores (2006) e Blissett e Haycraft (2008) encontraram associações positivas entre o uso de restrição das mães sobre os filhos e os seus scores de bulimia. Contrariamente, mães com psicopatologia alimentar (bulimia) ou com problemas de peso, mostraram-se menos sensíveis e utilizaram a pressão para comer durante as interações nas refeições com os seus filhos (Blissett & Haycraft, 2011). Cooper, Whelan, Woolgar, Morrell e Murray (2004) acrescentam que o forte controlo materno medeia a associação entre as perturbações alimentares das mães e os problemas alimentares dos seus filhos. Reba-Harreleson e colaboradores (2010) não registaram diferenças entre os grupos participantes relativamente à pressão para comer. Para além disso, tanto a restrição como a pressão para comer estão associadas com as perturbações alimentares das crianças. Ainda neste estudo (Reba-Harreleson et al. 2010) analisaram os comportamentos das crianças de mães com e sem perturbações alimentares. Crianças filhas de mães com bulimia e ingestão compulsiva de comida apresentaram sintomas mais elevados de ansiedade por comparação às crianças filhas das mães do grupo de controlo. Resultados estes consistentes com as observações de comorbilidade de perturbações de ansiedade com perturbações alimentares (e.g. APA, 2006; Bulik, Sullivan, Carter, & Joyce, 1996; Bulik, Sullivan, Fear, & Joyce, 1997; Deep, Nagy, Weltzin, Rao, & Kaye, 1995). Crianças de mães com bulimia apresentaram níveis mais elevados de sintomas obsessivo-compulsivos que o grupo sem perturbações alimentares. Os autores (Reba-Harreleson et al., 2010) referem que a sua amostra sendo constituída por mães de crianças de 36 meses pode constituir uma limitação, pois hipotetizam que o impacto das práticas parentais de controlo alimentares nesta idade pode ser relativamente baixo.

Apesar dos resultados dos estudos anteriormente citados, Haycraft e Blissett (2012) concluem que as práticas parentais de controlo alimentar parecem estar mais ligadas às características das crianças do que a presença de sintomatologia de perturbações alimentares dos pais e mães. Por sua vez, o estudo de Farrow e Blissett (2005) não encontrou associações

entre as práticas parentais de controlo alimentares das crianças e psicopatologia alimentar das mães. Contudo, os autores chamam à atenção para a baixa percentagem de perturbações alimentares na amostra, daí a necessidade de mais investigações para conhecer a relação entre as variáveis com mais detalhe (Farrow & Blissett, 2005; Haycraft & Blissett, 2012).

Costa (2010) analisou a relação entre as práticas de controlo sobre a alimentação dos filhos e o nível instrutivo da mãe e concluiu que mães de baixo nível instrutivo utilizam maior pressão para comer com os seus filhos.

2. Objetivos do estudo

Apesar da crescente participação dos pais na alimentação dos filhos ainda é a mãe que reporta maior responsabilidade sobre a alimentação das crianças (e.g. Blissett, et al., 2006), por este motivo, o presente estudo insere apenas nas práticas maternas de controlo alimentar (PMCA) sobre os filhos.

Como referido anteriormente, a investigação sobre as PMCA avalia a relação entre esta variável e o peso ou IMC da criança e/ou comportamentos ou perturbações alimentares das crianças (Faith, et al., 2004). Existem estudos (e.g. Kröller, et al., 2013; Rodgers, et al., 2013) que revelam que determinadas práticas parentais de controlo alimentares estão associadas à alimentação emocional da criança havendo, assim, necessidade de explorar a relação com variáveis ligadas ao seu bem-estar psicológico. Para além disso, há estudos que revelam que estas práticas maternas de controlo alimentar estão associadas a sintomas de psicopatologia da mãe (e.g. Farrow & Blissett, 2005), no entanto Haycraft e Blissett (2012) referem que as práticas maternas de controlo alimentar parecem estar mais associadas às características das crianças. Deste modo, é importante a investigação explorar a relação com outras variáveis da mãe e da criança.

Como muitos dos estudos que encontramos referenciados na literatura centram-se nas crianças em idade pré-escolar (e.g. Birch & Fisher, 2000; Haycraft & Blissett, 2012; Real, 2012), a nossa investigação avalia as práticas de controlo alimentar de mães de crianças em idade escolar (dos 6 aos 10 anos).

Assim, procuramos analisar se as práticas de controlo alimentar das mães estão associadas (i) ao sexo da criança; (ii) à idade da criança; (iii) ao IMC da criança; (iv) aos problemas emocionais e comportamentais da criança (medidos pela *CBCL*); (v) à categoria profissional; (vi) à idade da mãe; (vii) ao IMC da mãe e (viii) os comportamentos alimentares disfuncionais das mães (medidos pelo *EDE-Q*).

As seguintes questões de investigação orientam o presente estudo:

1. Existe relação entre as práticas maternas de controlo alimentar (restrição, pressão para comer, monitorização, controlo explícito e encoberto) e o sexo da criança?
2. Existe associação entre as práticas maternas de controlo alimentar e a idade da criança?
3. Existe associação entre as práticas maternas de controlo alimentar e o percentil de IMC da criança?
4. Existe associação entre as práticas maternas de controlo alimentar e os problemas emocionais e comportamentais dos seus filhos?
5. Existe associação entre as práticas maternas de controlo alimentar e o nível instrutivo da mãe?
6. Existe associação entre as práticas maternas de controlo alimentar e a idade da mãe?
7. Existe associação entre as práticas maternas de controlo alimentar e o IMC da mãe?
8. Existe associação entre as práticas maternas de controlo alimentar e os comportamentos alimentares disfuncionais das mães?

3. Metodologia

3.1 Participantes

Amostra inicial da presente investigação era constituída por 500 mães, contudo 88 participantes não devolveram os questionários (Taxa de Retorno = 82.4%). Assim, neste estudo participaram 412 mães de 210 (51.9%) crianças do sexo feminino e 195 (48.1%) do sexo masculino (*missings* excluídos) com um peso médio à nascença de 3,2 Kg ($DP = 0.54$). Estas crianças têm idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos ($M = 7.81$; $DP = 1.22$), um peso atual médio de 29,9 Kg ($DP = 7.32$) e uma altura atual média de 1,30 metros ($DP = 0.10$). Considerando estes dados, foi calculado o percentil de IMC destas crianças, sendo que 94 (22.8%) encontram-se abaixo do peso saudável, 136 (33.3%) apresentam um peso saudável, 65 (15.8%) estão acima do peso saudável e 27 (6.6%) já se encontram num quadro de obesidade infantil. De referir que não foi possível calcular o percentil de IMC de 90 (21.8%) crianças pela falta de alguma informação (e.g. data de nascimento, peso atual).

As mães participantes têm idades compreendidas entre 26 e 52 anos ($M = 38.48$; $DP = 4.45$), com o peso variando entre os 41 e 170 Kg ($M = 63.45$; $DP = 11.29$) e a altura entre

1,46 e 1,80 metros ($M = 1.62$; $DP = 0.06$). O cálculo do IMC revela que 5 (1.2%) mães estão abaixo do peso saudável, 262 (63.6%) com peso saudável, 110 (26.6%) com sobrepeso e 26 (6.3%) com obesidade. Não foi possível calcular este dado para 9 (2.2%) participantes por omitiram o seu peso.

Destas mães, 209 (50.7%) têm um nível instrutivo até ao 12.º ano, 165 (40.0%) frequentaram o ensino superior e 38 (9.2%) ocultaram este dado.

3.2 Instrumentos

Neste estudo foram utilizados 4 questionários, todos preenchidos pelas mães:

Questionário inicial para recolha de dados sociodemográficos e de avaliação de dados antropométricos.

Questionário sobre a Perceção das Mães sobre a Alimentação dos Filhos adaptado ao contexto português (Real, 2012) para medir as PMCA. Este é constituído por 9 subescalas de 32 itens, baseadas em Birch e colaboradores (2001) e Ogden e colaboradores (2006): (i) Responsabilidade percebida; (ii) Percepção do peso dos pais; (iii) Percepção do peso da criança; (iv) Preocupação com o peso da criança; (v) Restrição; (vi) Pressão para comer; (vii) Monitorização; (viii) Controlo explícito e (ix) Controlo encoberto. A resposta a todos os *itens* apresenta-se sob o formato *Likert* de 5 pontos, variando entre “discordo” (1) e “concordo” (5) ou entre “nunca” (1) e “sempre” (5). Neste estudo apenas foram utilizadas as subescalas relativas às PMCA dos filhos (restrição, pressão para comer, monitorização, controlo explícito e encoberto).

Questionário de Comportamentos da Criança - Child Behavior Checklist (CBCL) 6-18 (Achenbach, 2001), traduzida por Gonçalves, Dias e Machado (2007), para avaliar problemas emocionais e comportamentais das crianças. Esta medida é constituída por 112 *itens* numa escala *Likert* e 3 *itens* abertos adicionais, em que os pais das crianças respondem tendo em conta os últimos seis meses. A resposta varia entre 0 e 3, em que “0 = não verdadeira”; “1 = de alguma forma ou às vezes verdadeira” e “3 = muito verdadeira ou muitas vezes verdadeira”. Os itens deste questionário distribuem-se em 8 subescalas: (i) ansiedade/depressão; (ii) isolamento/depressão; (iii) queixas somáticas; (iv) problemas sociais; (v) problemas de pensamento (e.g. ouvir sons e vozes, ações ou gestos repetidos); (vi) problemas de atenção; (vii) comportamento de oposição e (viii) comportamento agressivo. É

possível obter, ainda, um score total e scores de 2 escalas globais de segunda ordem: (i) problemas de internalização e (ii) problemas de externalização.

Questionário de Alimentação - Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) original de Fairburn e Beglin (1994), traduzido para português por Machado (2007) para avaliar os comportamentos alimentares disfuncionais das mães. Este questionário 28 itens apresenta duas modalidades de resposta: resposta aberta e tipo *Likert* de 7 pontos. Os itens de resposta aberta são para indicar a frequência do comportamento descrito (e.g. toma de laxantes para controlar o peso ou forma corporal), tendo em conta os últimos 28 dias. Os itens do tipo *Likert* de 7 pontos (0 = “Nenhum”; 6 = “Todos os dias”) encontram-se distribuídos por 4 dimensões: (i) Restrição; (ii) Preocupação com a comida; (iii) Preocupação com a aparência física e (iv) Preocupação com o peso.

3.3 Procedimentos

Após a autorização formal da Direção Geral da Educação (DGE), os questionários foram distribuídos por 5 instituições de ensino, 3 de ensino público e 2 de ensino privado. Foi pedida a colaboração de mães de crianças com idades compreendidas entre os 6 e 10 anos. A cada participante foi fornecido um envelope com os quatro questionários desta investigação, juntamente com o consentimento informado. Os questionários foram levados pelos alunos a fim de serem preenchidos pelas mães sendo que foram devolvidos após uma semana.

Os dados recolhidos foram tratados com recurso ao software estatístico IBM SPSS 20.0 (*Statistical Package for Social Sciences*).

O cálculo do IMC da mãe foi determinado pelo quociente do peso atual (em quilogramas) e pelo quadrado da altura (em metros). Para o cálculo do percentil de IMC da criança recorreu-se ao software disponível em <http://apps.nccd.cdc.gov/dnpabmi/> (*Centers for Disease Control and Prevention*).

4. Resultado

4.1 Análise descritiva

O quadro 1 apresenta a estatística descritiva correspondente às variáveis analisadas nesta investigação: PMCA; problemas de internalização e externalização da criança e comportamentos alimentares relacionados com distúrbios alimentares.

Quadro 1

Estatística descritiva para as variáveis da mãe e da criança

Variáveis	N (412)	Média	DP	Min.	Máx.
Percepção das Mães sobre a					
Alimentação dos Filhos					
Restrição	408	9.62	2.65	0	12
Pressão para comer	394	10.55	3.84	0	16
Monitorização	395	9.99	1.88	3	12
Controlo explícito	383	12.62	2.31	0	16
Controlo encoberto	392	12.04	4.13	0	20
Questionário de					
Comportamentos da Criança					
(CBCL) 6-18					
Internalização	374	7.91	6.19	0	34.00
Externalização	369	5.97	5.52	0	33.00
Total	304	22.45	17.25	0	102.00
Questionário de alimentação					
(EDE-Q)					
Restrição	400	4.48	5.77	0	28
Preocupação com a comida	403	1.57	3.28	0	20
Preocupação com a forma	381	11.04	11.38	0	47
Preocupação com o peso	389	5.56	5.84	0	24
Total	369	22.36	22.72	0	89

Nota: DP = Desvio padrão; Min. = Mínimo; Máx. = Máximo

4.2 Associação entre variáveis da criança e da mãe

Para todas as variáveis intervalares foi efetuada a análise exploratória de dados, de modo a averiguar a normalidade da distribuição. Dado estar garantido este pressuposto foram utilizados os Coeficientes de Correlação Ponto-Bisserial (representado por r_{pb}) e de Pearson (representado por r).

4.2.1 Associação das Práticas maternas de controlo sobre a alimentação da criança e variáveis da criança:

4.2.1.1 Sexo da criança

A análise indica que não há associação entre nenhuma das subescalas das PMCA e o sexo da criança. Como é visível no quadro 2, não há associação entre o sexo da criança e as práticas de controlo maternas de restrição alimentar, $r_{pb} = .04$, $p = .484$; pressão para comer, $r_{pb} = -.08$, $p = .132$; monitorização, $r_{pb} = -.01$, $p = .870$; controlo explícito, $r_{pb} = -.01$, $p = .808$ e controlo encoberto, $r_{pb} = .04$, $p = .462$ (cf. Quadro 2).

4.2.1.2 Idade da criança

Ao analisar o quadro 2, verifica-se que não existe uma associação entre a maioria das PMCA e a idade da criança. Mais especificamente, não há relação entre a idade da criança e as práticas de controlo maternas de restrição alimentar, $r = -.07$, $p = .183$; monitorização, $r = -.25$, $p = .619$; controlo explícito, $r = -.04$, $p = .432$ e encoberto, $r = -.04$, $p = .454$. No entanto, existe uma associação negativa estatisticamente significativa entre a idade e a pressão para comer, $r = -.14$, $p < .01$. Ou seja, crianças mais novas estão sujeitas a maior pressão para comer por parte das suas mães (cf. Quadro 2).

4.2.1.3 Percentil de IMC da criança

Como observado no quadro 2, a restrição e a pressão para comer são as únicas PMCA que estão associadas com o percentil de IMC da criança. Há uma associação positiva estatisticamente significativa entre as práticas de controlo restritivas das mães sobre os seus filhos e o percentil de IMC da criança, $r = .12$, $p < .05$. Mães de crianças que apresentam maior percentil de IMC aplicam maior restrição aos seus filhos. Existe uma associação negativa estatisticamente significativa entre pressão para comer e o percentil de IMC da criança, $r = -.25$, $p < .001$. Crianças com menor percentil de IMC estão sujeitas a maior pressão para comer por parte de suas mães.

O percentil de IMC da criança não está associado às restantes práticas de controlo maternas de controlo da alimentação dos filhos: monitorização, $r = -.09$, $p = .166$; controlo explícito, $r = .02$, $p = .724$; e encoberto, $r = .09$, $p = .133$ (cf. Quadro 2).

4.2.1.4 Problemas emocionais e comportamentais da criança

Decorrendo da análise do quadro 2, encontraram-se duas associações significativas e duas marginalmente significativas entre duas subescalas das PMCA e as subescalas da *CBCL*. No que se refere à pressão para comer há uma associação positiva marginalmente significativa com os problemas de internalização das crianças, $r = .09$, $p < .10$. Assim, as crianças que estão sujeitas a maior pressão para comer tendem a apresentar scores mais elevados na subescala de problemas de internalização.

Relativamente à monitorização existem duas associações negativas estatisticamente significativas com as subescalas de problemas de internalização e externalização das crianças. Maior utilização da monitorização está associada a scores mais baixos nas seguintes subescalas: problemas de internalização, $r = -.12$, $p < .05$ e problemas de externalização, $r = -.14$, $p < .01$. De referir a associação negativa marginalmente significativa entre a utilização da monitorização e o score total da *CBCL*. Maior utilização da monitorização sobre a alimentação dos filhos tende a estar associada a score total mais baixo da *CBCL*.

As restantes subescalas das PMCA (restrição e controlo explícito e encoberto) não se relacionam com nenhuma das subescalas da *CBCL* (cf. Quadro 2).

Quadro 2

Relações entre as práticas maternas de controlo alimentar e as variáveis da criança

PMCA	Variáveis sociodemográficas e IMC			Problemas emocionais e comportamentais da criança		
	Sexo ^a	Idade ^b	IMC ^b	Internalização ^b	Externalização ^b	Total ^b
Restrição	.04	-.07	.12*	-.01	.02	.05
Pressão para comer	-.08	-.14**	-.25***	.09†	.06	.06
Monitorização	-.01	-.25	-.09	-.12*	-.14**	-.10†
Controlo explícito	-.01	-.04	.02	-.02	-.01	-.02
Controlo encoberto	.04	-.04	.09	-.01	.03	.01

† $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Nota: PMCA = Práticas Maternas de Controlo Alimentar; ^aCoefficiente de Ponto-Biserial; ^bCoefficiente de Correlação de Pearson; Sexo – “Feminino” = 0, “Masculino” = 1

4.2.2 Associação das Práticas maternas de controlo sobre a alimentação da criança e variáveis da mãe:

4.2.2.1 Nível instrutivo da mãe

A análise indica que não há associação entre o nível instrutivo da mãe e as práticas de controlo maternas de restrição alimentar, $r_{pb} = .01$, $p = .926$, e a utilização do controlo encoberto, $r_{pb} = .05$, $p = .354$. As restantes PMCA estão associadas com o nível instrutivo da mãe. Mães com menor nível instrutivo (até ao 12.º ano) utilizam maior pressão para comer, $r_{pb} = -.20$, $p < .001$, ou controlo explícito, $r_{pb} = -.12$, $p < .05$. De referir a relação marginalmente significativa entre o nível instrutivo da mãe e a monitorização da alimentação dos filhos, $r_{pb} = .10$, $p < .10$. Mães com nível instrutivo mais elevado tendem a utilizar mais a monitorização (cf. Quadro 3).

4.2.2.2 Idade da mãe

Decorrendo da análise do quadro 3, verifica-se que não existe uma associação entre a idade da mãe e as práticas de controlo maternas de restrição alimentar, $r = -.08$, $p = .133$; monitorização, $r = -.07$, $p = .192$ e controlo encoberto, $r = -.04$, $p = .489$. Contudo, há relação negativa estatisticamente significativa entre a idade da mãe e a pressão para comer, $r = -.12$, $p < .05$ e controlo explícito, $r = -.17$, $p < .001$. Assim, mães mais novas pressionam mais os seus filhos para comer ou exercem maior controlo explícito (cf. Quadro 3).

4.2.2.3 IMC da mãe

Como observado no quadro 3, o controlo encoberto é a única prática materna de controlo alimentar associada com o IMC da mãe. Há uma associação positiva estatisticamente significativa entre o controlo encoberto alimentar sobre a criança e o IMC da mãe, $r = .14$, $p < .01$. Mães com maior IMC aplicam maior controlo encoberto aos seus filhos.

O IMC da mãe não está associado às restantes práticas maternas de controlo da alimentação dos filhos: restrição, $r = -.01$, $p = .867$; pressão para comer, $r = .06$, $p = .227$; monitorização, $r = -.02$, $p = .657$; e controlo explícito, $r = .05$, $p = .387$ (cf. Quadro 3).

4.2.2.4 Comportamentos alimentares disfuncionais das mães

A análise do quadro 3 mostra que há uma relação positiva estatisticamente significativa entre as práticas de controlo maternas de restrição alimentar e as práticas de restrição das participantes da escala *EDE-Q*, $r = .16$, $p < .001$. Scores mais elevados na subescala de práticas de controlo maternas de restrição alimentar dos seus filhos estão associados a scores mais elevados de práticas de restrição das mães participantes. Salienta-se também a relação positiva marginalmente significativa entre as práticas maternas restritivas sobre os filhos e o score total do *EDE-Q*, $r = .09$, $p < .10$. Para além destas associações, também existe uma relação positiva estatisticamente significativa entre a subescala de controlo encoberto e as seguintes subescalas do *EDE-Q*: restrição, $r = .29$, $p < .001$; preocupação com a comida, $r = .14$, $p < .01$; preocupação com a forma, $r = .17$, $p < .001$ e preocupação com o peso, $r = .19$, $p < .001$. Maior utilização do controlo encoberto está relacionado com maior utilização de práticas alimentares restritivas, maior preocupação com a comida, peso e forma. A prática de controlo encoberto está ainda associada positivamente com o score total do *EDE-Q*, $r = .23$, $p < .001$. As restantes subescalas das PMCA não se relacionam com cada uma das subescalas do *EDE-Q* (cf. Quadro 3)..

Quadro 3

Relações entre as práticas maternas de controlo alimentar e as variáveis da mãe

PMCA	Variáveis sociodemográficas e IMC			Comportamentos alimentares disfuncionais das mães				Total
	N.I. ^a	Idade ^b	IMC ^b	Restrição	Preocupação com a comida	Preocupação com a forma	Preocupação com o peso	
Restrição	.01	-.08	-.01	.16***	.04	.06	.06	.09†
Pressão para comer	-.20***	-.12*	.06	-.02	.01	.02	.01	.02
Monitorização	.10†	-.07	-.02	.05	-.08	-.02	-.04	-.01
Controlo explícito	-.12*	-.17***	.05	.06	-.05	-.08	-.07	-.04
Controlo encoberto	.05	-.04	.14**	.29***	.14**	.17***	.19***	.23***

† $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Nota: PMCA = Práticas Maternas de Controlo Alimentar; N.I. = Nível instrutivo; Nível instrutivo – “Até ao 12.º ano” = 0, “Ensino Superior” = 1; ^aCoefficiente de Ponto-Bisserial; ^bCoefficiente de Correlação de Pearson.

5. Discussão

O presente estudo pretendeu avaliar a associação entre as PMCA sobre as crianças e diversas variáveis relativas à criança (sexo, idade, percentil de IMC, problemas de internalização e externalização) e à mãe (idade, nível instrutivo, IMC, comportamentos alimentares disfuncionais das mães).

Relativamente às variáveis sociodemográficas, os resultados indicaram não existir qualquer relação entre as PMCA e o sexo da criança em congruência com Costa (2010) e Blissett e Haycraft (2008) e em desacordo com Johnson e Birch (1994) e Spruijt-Metz e colaboradores (2002). Relativamente a associação entre as PMCA e a idade das crianças e das mães, o presente estudo revela que mães de crianças mais novas exercem maior pressão para comer nos seus filhos e mães mais jovens exercem maior pressão para comer e maior controlo explícito da ingestão de alimentos não saudáveis pela criança. Este resultado não vai de encontro ao estudo de Blissett e Haycraft (2008) que não encontraram relação entre as PMCA e a idade da criança e dos pais. Blissett e Farrow (2007) referem que a utilização de um controlo das práticas de alimentação tende a ser bastante estável, talvez por isso não se tenham verificado associações entre a maioria das PMCA e a idade das crianças, com exceção da pressão para comer. De salientar que, nas idades que avaliamos, neste estudo, existem associações ao contrário dos estudos que foram feitos com crianças mais novas. Estudos futuros devem tentar corroborar este resultado que parece mostrar que provavelmente nas crianças em idade escolar há diferenças com a idade.

Relativamente à relação entre a PMCA e o nível instrutivo da mãe verificou-se que a pressão para comer está associada a menor nível instrutivo (até ao 12º ano) das mães em congruência com Costa (2010). Talvez, as mães com menor formação tenham ainda a ideia associada que devem exercer maior pressão para comer a fim de as crianças ganharem peso. Sendo que este “ganhar peso” significa maior resistência a doença. Enquanto que as mães com nível educacional mais elevado podem revelar maiores conhecimentos em nutrição e adotar atitudes e praticas alimentares mais protectoras da obesidade, oferecendo às crianças alimentos mais saudáveis tendo em conta que poderão estar mais conscientes que as crianças magras são mais saudáveis.

Existe uma vasta literatura que explora a relação entre as PMCA e o IMC da criança, no entanto está pautada de resultados inconclusivos (cf. Capítulo 1 do presente estudo). A presente investigação encontrou uma associação positiva estatisticamente

significativa entre o percentil de IMC da criança e a restrição, tal como reportado por Powers e colaboradores (2006), Spruijt-Metz e colaboradores (2002); e uma associação negativa estatisticamente significativa com a pressão para comer, em congruência com Blissett e colaboradores (2006) e Real (2012). Estes resultados vão de encontro ao esperado na medida em que mostram que nas crianças com baixo peso há uma maior pressão das mães para comer e nas crianças com peso excessivo há um maior controlo da alimentação. Relativamente ao IMC da mãe, este estudo encontrou uma associação positiva estatisticamente significativa com o controlo encoberto da ingestão de alimentos não saudáveis pela criança, no entanto Blissett e Haycraft (2008) não encontraram qualquer relação.

A literatura revela que determinadas PMCA estão associadas à alimentação emocional da criança (e.g. Haycraft & Blissett, 2012; Kröller, et al., 2013; Rodgers, et al., 2013), sendo que é pertinente analisar se existe associação com problemas emocionais e comportamentais da criança. Existem poucos estudos que avaliam a associação entre as PMCA e o bem-estar psicológico das crianças. Um estudo recente de Reba-Harrelson e colaboradores (2010), apenas utilizou alguns itens da CBCL (i.e.ansiedade). Deste modo não é possível estabelecer comparações entre os resultados obtidos nesta investigação e a literatura. No entanto destacam-se os resultados obtidos no presente estudo que indicam que existe uma associação positiva marginalmente significativa entre a pressão para comer e a subescala de problemas de internalização da criança, podendo ser esta PMCA prejudicial para a criança. Ao passo que a monitorização parece ser uma PMCA adequada no que se refere ao bem-estar psicológico da criança revelada pelas relações negativas estatisticamente significativas com as subescalas de problemas de internalização e externalização da criança.

A literatura tem estudado a relação entre as PMCA e psicopatologia alimentar (Blissett & Haycraft, 2011), no entanto, este estudo analisa a relação entre as PMCA e os comportamentos alimentares relacionados com distúrbios alimentares, não tendo literatura análoga com exceção da utilização de práticas restritivas utilizadas pela mãe. A investigação prévia (Birch & Fisher, 2000; Hoffman, et al., 2012; Johannsen, et al., 2006; Powell, et al., 2011) tem reportado que a utilização da restrição das mães na sua alimentação está associada às práticas de controlo restritivas sobre a alimentação dos filhos, tal como no presente estudo. No futuro seria relevante replicar as análises efetuadas no sentido de clarificar a relação entre o comportamento alimentar das mães e o controlo efetuado por estas.

6. Conclusão e investigações futuras

A presente investigação permite obter um maior insight sobre a temática já que suporta resultados de investigações anteriores que mostram existir uma associação entre as PMCA e diversas variáveis (e.g. sexo da criança; idade, IMC da mãe e da criança) e outras que merecem maior atenção por parte dos investigadores (e.g. problemas emocionais e comportamentais da criança). Relativamente à idade da criança e da mãe foram encontradas associações com as PMCA. Seria também interessante analisar, em estudos futuros, se a ordem de nascimento da criança (quando existe mais do que um filho) influencia esta relação, tal como sugerem Birch e Fisher (2000).

A literatura prévia relata associações entre as práticas parentais de controlo alimentar das crianças e comportamentos ou problemas alimentares das crianças (e.g. Haycraft & Blissett, 2012; Morrison, et al., 2013; Powell, et al., 2011), no entanto a componente psicológica da criança tem sido pouco estudada (Haycraft & Blissett, 2012). Deste modo este estudo apresenta um maior insight da problemática, uma vez que analisa a relação entre as PMCA e os problemas emocionais e comportamentais da criança.

Os resultados indicam que existe uma associação positiva marginalmente significativa entre a pressão para comer e a subescala de problemas de internalização da criança. Este dado indica a necessidade de explorar esta associação em estudos futuros. Ao passo que a monitorização parece ser uma PMCA adequada no que se refere ao bem-estar psicológico da criança revelada pelas relações negativas estatisticamente significativas com as subescalas de problemas de internalização e externalização da criança.

Relativamente às associações encontrados entre as PMCA e os comportamentos alimentares relacionados com distúrbios alimentares das mães, no futuro, seria relevante replicar as análises efetuadas, de modo a estabelecer comparações

De modo a alargar o conhecimento nesta temática, estudos futuros deveriam incluir os pais na investigação, dado que estes têm vindo a participar cada vez mais na alimentação dos seus filhos (Blissett, et al., 2006) e estudos internacionais relatam diferenças entre pais e mães na utilização das práticas de controlo da alimentação sobre os filhos (e.g. Haycraft & Blissett, 2012).

Muitos estudos avaliam as PMCA em crianças em idade pré-escolar e o presente estudo foi realizado com mães de crianças em idade escolar. Seria interessante analisar

se existem diferenças entre as práticas utilizadas pelos pais para controlar a alimentação dos filhos em idade pré-escolar e escolar e verificar se as práticas se mantêm estáveis, tal como referem Blissett e Farrow (2007).

Seria, também, interessante avaliar, em futuras investigações, a percepção que estas crianças têm destas mesmas práticas parentais de controlo alimentar e perceber se esta variável tem influência na sua alimentação, no seu peso e no seu bem-estar psicológico.

Em suma o estudo revela que as crianças podem ser orientadas tanto por comportamentos alimentares saudáveis e um peso saudável como por um excesso de peso. As mães têm um papel crucial no desenvolvimento das preferências alimentares e na ingestão nutricional das crianças, e podem, de forma inconsciente, promover o excesso de peso na infância, pelo uso de práticas e atitudes alimentares desadequadas (Costa, 2010). Neste estudo verifica-se que relativamente à criança, foram encontradas associações entre as PMCA e a idade, percentil de IMC e problemas de internalização e externalização da criança. Relativamente à associação com as variáveis da mãe, os resultados revelam ainda que existem associações entre as PMCA dos filhos e a idade, nível instrutivo, IMC e comportamentos alimentares relacionados com distúrbios alimentares da mãe.

As práticas parentais de controlo da alimentação das crianças são “potencialmente modificáveis” (Powell et al. 2011, p. 684). Este estudo revela quais as variáveis que estão associadas às PMCA, podendo oferecer pistas de intervenção para a prevenção de problemas futuros. Por exemplo, poder-se-á definir programas de educação parental, de modo a treinar as práticas de monitorização, uma vez que, segundo os resultados encontrados, parece ser uma prática de controlo alimentar adequada.

Referências

- Ainuki, T., & Akamatsu, R. (2011). Association between Children's Appetite Patterns and Maternal Feeding Practices. *Food and Nutrition Sciences*, 2, 228-234. Doi:10.4236/fns.2011.23032
- American Psychiatric Association [APA]. (2006). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ªEd.)*. Lisboa: Climepsi.
- Birch, L. (2006). Child Feeding Practices and the Etiology of Obesity. *Obesity*, 14 (3), 343 – 344. Doi: 10.1038/oby.2006.45
- Birch, L., & Davison K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatr Clin North Am*, 48, 893–907. Doi: 10.1016/S0031-3955
- Birch, L., & Fisher, J. (1998). Development of Eating Behaviors Among Children and Adolescents, *Pediatrics*, 101, 539–549.
- Birch, L., & Fisher, J. (2000). Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *Am J Clin Nutr*, 71 (10), 54–61.
- Birch, L., Fisher, J., & Davison, K. K. (2003). Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls eating in the absence of hunger. *Am J Clin Nutr*, 78, 215 – 220. Retirado de <http://ajcn.nutrition.org/content/78/2/215.full.pdf+html>.
- Blissett, J. (2011). Relationships between parenting style, feeding style and feeding practices and fruit and vegetable consumption in early childhood. *Appetite*, 57, 826 – 831. Doi: 10.1016/j.appet.2011.05.318
- Blissett, J., & Haycraft, E. (2011). Parental eating disorder symptoms and observations of mealtime interactions with children. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 368–371. Doi:10.1016/j.jpsychores.2010.07.006
- Blissett, J., & Haycraft, E. (2008). Are Parenting Style And Controlling Feeding Practices Related?. *Appetite*, 50 (2-3), 477 - 485.
- Blissett, J., Meyer, C. & Haycraft, E. (2006). Maternal and paternal controlling feeding practices with male and female children. *Appetite*, 47, 212 – 219. Doi: 10.1016/j.appet.2006.04.002.
- Blissett, J., Meyer, C., & Haycraft, E. (2007). Maternal mental health and child feeding problems in a non-clinical group. *Eating Behaviors*, 8 (3), 311 – 318.

- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Carter, F., & Joyce, P. (1996). Lifetime anxiety disorders in women with bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, *37*, 368–374.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Fear, J., & Joyce, P. (1997). Eating disorders and antecedent anxiety disorders: A controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *96*, 101–107.
- Cooper, P., Whelan, E., Woolgar, M., Morrell, J., Murray, L. (2004). Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: role of the family environment. *British Journal Of Psychiatry*, *184*, 210-215. Doi: 10.1192/bjp.184.3.210.
- Cordeiro, A. (2012). A influência do controlo parental no comportamento alimentar das crianças. Trabalho de investigação. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação.
- Costa, M. (2010). Atitudes e práticas alimentares maternas: associações com o estado ponderal e a ingestão nutricional da criança. Trabalho de investigação. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação.
- Deep, A., Nagy, L., Weltzin, T., Rao, R., & Kaye, W. (1995). Premorbid onset of psychopathology in long-term recovered anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *17*, 291–298.
- Fairburn, C.G., & Beglin, S.J. (1994). The assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, *16*, 363-370.
- Faith M. S., Scanlon K. S., Birch L. L., Francis L. A., Sherry B. (2004). Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obesity Research* *12*, 1711-1722.
- Faith, M. S., Berkowitz, R. I., Stallings, V. A., Kerns, J., Storey, M. & Stunkard, A. J. (2004). Analysis of a Gene – Environment Interaction Parental Feeding Attitudes and Styles and Child Body Mass Index: Prospective. *Pediatrics*, *114* (4), 429 – 436. Doi: 10.1542/peds.2003-1075-L.
- Farrow, C. V., & Blissett, J. (2008). Controlling feeding practices: cause or consequence of early child weight?. *Pediatrics*, *112*, 498–500. Doi: 10.1542/peds.2006-3437
- Farrow, C. V., Galloway, A. T. & Fraser, K. (2009). Sibling eating behaviours and differential child feeding practices reported by parents. *Appetite*, *52*, 307 – 312. Doi: 10.1016/j.appet.2008.10.009

- Farrow, C., & Blisset, J. (2005). Is Maternal Psychopathology Related to Obesigenic Feeding Practices at 1 Year, *Obesity Research. Obesity Research, 13(11)*, 1999-2005.
- Fisher, J., & Birch, L. (1999a). Restricting access to foods and children's eating. *Appetite, 32*, 405–419.
- Fisher, J., & Birch, L. (1999b). Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection, and intake. *Am J Clin Nutr, 69(12)*, 64–72.
- Fisher, J., & Birch, L. (2002). Eating in the absence of hunger and overweight in girls from 5 to 7 y of age. *Am J Clin Nutr, 76*, 226-231.
- Fisher, J., Mitchell, D., Smiciklas-Wright, H., & Birch, L. (2002). Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. *J Am Diet Assoc., 102(1)*, 58–64.
- Galloway, A. T., Fiorito, L. M., Francis, L. A. & Birch, L. L. (2006). Finish your soup: Counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect. *Appetite, 46 (3)*, 318 – 323. Doi: 10.1016/j.appet.2006.01.019
- Galloway, A. T., Fiorito, L., Lee, Y. & Birch, L. L. (2005). Parental Pressure, Dietary Patterns, and Weight Status among Girls Who Are “Picky Eaters”. *J Am Diet Assoc, 105 (4)*, 541 – 548. Doi: 10.1016/j.jada.2005.01.029.
- Gonçalves, M., Dias, P., & Machado, B. C. (2007). *Questionário de Comportamentos da Criança 6-18*. Manuscrito não publicado, Universidade do Minho, Braga.
- Gregory, J., Paxton, S., & Brozovic, A. (2010). Maternal feeding practices, child eating behaviour and body mass index in preschool-aged children: a prospective analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 7(55)*, 1-10. Doi: 10.1186/1479-5868-7-55
- Gueron-Sela, N., Atzaba-Poria, N., Meiri, G., & Yerushalmi, B. (2011). Maternal Worries about Child Underweight Mediate and Moderate the Relationship Between Child Feeding Disorders and Mother–Child Feeding Interactions. *Journal of Pediatric Psychology 36(7)*, 827–836. doi:10.1093/jpepsy/jsr001.
- Haycraft, E. & Blissett, J. (2012). Predictors of paternal and Maternal Controlling Feeding Practices with 2 – to 5 – year – old Children. *Journal of Nutrition Education and Behavior, 44 (5)*, 390 – 397. Doi: 10.1016/j.jneb.2010.03.001
- Haycraft, E., & Blissett, J. (2008). Controlling feeding practices and psychopathology in a non-clinical sample of mothers and fathers. *Eating Behaviors, 9 (4)*, 484 – 492.

- Hoffman, E., Bentley, M., Hamer, R., Hodges, E., Ward, D., & Bulik, C. (2012). A comparison of infant and toddler feeding practices of mothers with and without histories of eating disorders. *Maternal & Child Nutrition*. Doi: 10.1111/j.1740-8709.2012.00429.x.
<http://apps.nccd.cdc.gov/dnpabmi/>
- Jansen, P., Roza, S., Jaddoe, V., Mackenbach, J., Raat, H., Hofman, A., Verhulst, F., & Tiemeier, H. (2012). Children's eating behavior, feeding practices of parents and weight problems in early childhood. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *9*(130), 1-11. Doi: 10.1186/1479-5868-9-130
- Johannsen, D., Johannsen, N., & Specker, B. (2006). Influence of Parents' Eating Behaviors and Child Feeding Practices on Children's Weight Status. *Obesity*, *14*(3), 431-439.
- Johnson, S., & Birch, L. (1994). Parents' and children's adiposity and eating style. *Pediatrics*, *94*, 653-61.
- Kröller, K., Jahnke, D., & Warschburger, P. (2013). Are maternal weight, eating and feeding practices associated with emotional eating in childhood?, *Appetite*, *65*, 25-30. Doi: 10.1016/j.appet.2012.11.032
- Machado, P.P.P. (2007). *Questionário de alimentação: EDE-Q*. Centro de Investigação em Psicologia. Braga: Universidade do Minho.
- May, A., Scanlon, K., Sherry, B., Dalenius, K., Faulkner, P., Birch, L. (2007). Child-feeding strategies are associated with maternal concern about children becoming overweight, but not children's weight status. *J Am Diet Assoc*, *107*(7), 1167-75.
- Morrison, H., Power, T., Nicklas, T., & Highes, S. (2013). Exploring the effects of maternal eating patterns on maternal feeding and child eating. *Appetite* *63*, 77-83. Doi: 10.1016/j.appet.2012.12.017
- Ogden, J., Reynolds, R., & Smith, A. (2006). Expanding the concept of parental control: A role for overt and covert control in children's snacking behaviour?. *Appetite*, *47*, 100-106. Doi: 10.1016/j.appet.2006.03.330
- Powell, F. C., Farrow, C. V. & Meyer, C. (2011). Food avoidance in children. The influence of maternal feeding practices and behaviours. *Appetite*, *57*, 683 - 692. Doi: 10.1016/j.appet.2011.08.011
- Powers, S. W., Chamberlin, L. A., Schaick, K. B., Sherman, S. N. & Whitakers, R. C. (2006). Maternal Feeding Strategies, Child Eating Behaviors, and Child BMI in

- Low-Income African – American Preschoolers. *Obesity*, 14 (11), 2026 – 2033.
Retirado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2006.237/pdf>.
- Real, H. (2012). Mothers` feeding control practices on children`s weight. Tese de Mestrado, Universidade do Porto, Porto.
- Reba-Harreleson, L., Von Holle, A., Hamer, R., Torgersen, L., Reichborn-Kjennerud, T., & Bulik, C. (2010). Patterns of maternal feeding and child eating associated with eating disorders in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Eat Behav*, 11(1), 54-61. Doi: 10.1016/j.eatbeh.2009.09.004
- Rodgers, R., Paxton, S., Massey, R., Campbell, K., Wertheim, E., Skouteris H., & Gibbon, K. (2013). Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in young children: a prospective study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(24), 1-10. Doi:10.1186/1479-5868-10-24
- Spruijt-Metz, D., Lindquist, C., Birch, L., Fisher, J., & Goren, M. (2002). Relation between mothers`child-feeding practices and children`s adiposity. *Am J Nutr*, 75(3), 581-586.
- Stang, J., Rehorst, J. & Golicic, M. (2004). Parental Feeding Practices and Risk of Childhood Overweight in Girls: Implications for Dietetics Practice. *Journal of the American Dietetic Association*, 104 (7), 1076 – 1079. Doi: 10.1016/j.jada.2004.03.030
- Webber, L., Cooke, L., Hill, C. & Wardle, J. (2010). Associations between Children`s Appetitive Traits and Maternal Feeding Practices. *Journal of the American Dietetic Association*, 110, 1718 – 1722. Doi: 10.1016/j.jada.2010.08.007
- Webber, L., Hill, C., Cooke, L., Carnell, S., & Wardle, J. (2010). Associations between child weight and maternal feeding styles are mediated by maternal perceptions and concerns. *Eur J Clin Nutr* 64(3), 259-65. doi: 10.1038/ejcn.2009.146.