

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA  
E DO ADOLESCENTE

KARLA ADRIANA OLIVEIRA DA COSTA

**PRÁTICA ALIMENTAR DO LACTENTE:  
influência do estilo parental e estilo de alimentar adotados por  
mães adolescentes**

Recife

2016

**KARLA ADRIANA OLIVEIRA DA COSTA**

**PRÁTICA ALIMENTAR DO LACTENTE:  
influência do estilo parental e estilo de alimentar adotados por  
mães adolescentes**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente

Orientadora: Giselia Alves Pontes da Silva  
Co-orientadora: Margarida Maria de Castro Antunes

Área de concentração: Abordagens Quantitativas em Saúde

Recife  
2016

Ficha catalográfica elaborada pela  
Bibliotecária: Mônica Uchôa - CRB4-1010

C837p	Costa, Karla Adriana Oliveira da. Prática alimentar do lactente: influência do estilo parental e estilo de alimentar adotados por mães adolescentes / Karla Adriana Oliveira da Costa. – 2016. 94 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.
	Orientadora: Giselia Alves Pontes da Silva. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Recife, 2016. Inclui referências e apêndices.
	1. Comportamento materno. 2. Parentalidade. 3. Adolescência. 4. Cuidado infantil. 5. Alimentação complementar. I. Silva, Giselia Alves Pontes da (Orientadora). II. Título.
	618.92                  CDD (23.ed.)                  UFPE (CCS2016-090)

KARLA ADRIANA OLIVEIRA DA COSTA

**PRÁTICA ALIMENTAR DO LACTENTE: INFLUÊNCIA DO ESTILO PARENTAL E  
ESTILO DE ALIMENTAR ADOTADOS POR MÃES ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovada em: 25/02/2016.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Margarida Maria de Castro Antunes (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Poliana Coelho Cabral (Examinador Externo)  
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Paulo Roberto de Santana (Examinador Externo)  
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE/CAV

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

**REITOR**

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

**VICE-REITOR**

Prof. Dr. Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira Campos

**PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

Prof. Dr. Ernani Rodrigues Carvalho Neto

**DIRETOR CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

**VICE-DIRETORA**

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos

**COORDENADORA DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS**

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

**COLEGIADO**

**CORPO DOCENTE PERMANENTE**

Profa. Dra. Luciane Soares de Lima (Coordenadora)

Profa. Dra. Claudia Marina Tavares de Araújo (Vice-Cordenadora)

Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz

Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermir

Profa. Dra. Andréa Lemos Bezerra de Oliveira

Prof. Dr. Décio Medeiros Peixoto

Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho

Profa. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva

Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima

Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes

Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

Profa. Dra. Sílvia Regina Jamelli

Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho

Profa. Dra. Sophie Helena Eickmann

(Genivaldo Moura da Silva- Representante discente - Doutorado)

(Davi Silva Carvalho Curi - Representante discente -Mestrado)

**CORPO DOCENTE COLABORADOR**

Profa. Dra. Bianca Arruda Manchester de Queiroga

Profa. Dra. Cleide Maria Pontes

Profa. Dra. Daniela Tavares Gontijo

Profa. Dra. Kátia Galeão Brandt

Profa. Dra. Margarida Maria de Castro Antunes

Profa. Dra. Rosalie Barreto Belian

**SECRETARIA**

Paulo Sergio Oliveira do Nascimento (Secretário)

Juliene Gomes Brasileiro

Leandro Cabral da Costa

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por nunca me deixar fraquejar e por iluminar meus caminhos com oportunidades que muitas vezes eu não mereço, toda honra e toda glória ao Senhor.

A minha família, em especial a minha irmã Mônica, que sempre teve orgulho de minhas conquistas acadêmicas, comemorando comigo cada etapa vencida e minha mãe Marlete, que cuidou com zelo da minha educação, colocando-a em primeiro lugar na nossa casa, obrigada por toda dedicação, amor e compreensão.

Ao meu noivo, Tobias, que mesmo sabendo que a distância seria um motivo de dor, me incentivou a me inscrever na seleção do Mestrado e esteve comigo em todos os momentos me apoiando e me dando segurança para ir até o fim. Sem você, essa conquista não seria possível.

A minha orientadora Giselia Alves, por ter acreditado no meu potencial, com paciência e grande sabedoria e por ter me dado tranquilidade e segurança do primeiro ao último dia, sem dúvida Giselia fez meu mestrado ser um aprendizado verdadeiro. E o que falar de Margarida Antunes, essa flor de Deus, só tenho a agradecer por ela ter pego em minha mão e feito junto comigo nos momentos que eu não sabia o que fazer, me acolhendo com atenção, carinho e grandiosa paciência. Eu sou grata a Deus por ter colocado essa dupla perfeita em minha formação!

Aos colegas, em especial os Agentes Comunitários de Saúde, das Unidades de Saúde da Família por onde passei, que me ajudaram simplesmente por carinho.

E as minhas amigas e amigo de mestrado, eu repito aquilo que sempre digo, eles são a melhor turma de mestrado que eu poderia ter, nunca na história da POSCA irá existir uma turma mais amiga, parceira e companheira como a nossa. Eu não tenho como agradecer a cada um a alegria de ter tido vocês em minha vida. Vocês tornaram tudo mais fácil e especial!

**"A amorosidade de que falo, o sonho pelo qual brigo e para cuja realização me preparam permanentemente, exigem em mim, na minha experiência social, outra qualidade: a coragem de lutar ao lado da coragem de amar."**

**"Movo-me na esperança enquanto luto e, se luto com esperança, espero." (Paulo Freire)**

## **RESUMO**

O tipo de interação que ocorre entre pais e filhos é um reflexo dos tipos de estilos educativos parentais. Os pais têm papel determinante na formação das práticas alimentares dos filhos em decorrência do tipo de cuidado adotado. O objetivo do estudo foi avaliar a influência dos estilos parentais e estilos maternos de alimentar crianças pequenas adotados pelas mães adolescentes e adultas em relação às práticas alimentares dos seus filhos durante o período de alimentação complementar. O estudo foi comparativo e envolveu um grupo de mães adolescentes, entre 15 e 19 anos, e um grupo de mães adultas, com idades entre 24 e 44 anos, responsáveis pelo cuidado de filhos entre nove e 24 meses, em três Unidades de Saúde da Família da cidade do Recife. As participantes responderam a um formulário para avaliação das condições socioeconômicas da família, inventário de estilos e práticas parentais, formulário de estilos maternos de alimentar crianças pequenas e uma avaliação das práticas alimentares infantis. Observamos que as mães adolescentes apresentaram uma maior frequência de parentalidade de risco, quando comparadas às mães adultas. E essas ofereceram aos seus filhos mais alimentos do grupo V (açúcares, doces, óleos e gorduras) ( $p=0,03$ ). Quando considerada a idade da criança, foram mais negligentes ( $p=0,05$ ) com os menores de 18 meses e referiram maior abuso físico com os maiores desta idade ( $p=0,03$ ). Observamos tendência das mães adolescentes adotarem estilos não responsivos de alimentar a criança pequena. E ao se considerar a idade da criança, as mães adolescentes apresentaram mais frequentemente estilo responsável com os filhos mais velhos ( $p=<0,01$ ) e passivo com os menores de 18 meses ( $p=0,04$ ). Dentre as mães que apresentaram estilo responsável de alimentar, as adolescentes ofereceram com maior frequência alimentos do grupo V ( $p=0,03$ ), o mesmo ocorreu com o estilo autoritário e passivo. Os resultados sugerem que é importante conhecer os estilos parentais e estilos de alimentar as crianças de mães adolescentes e relacioná-los com a prática alimentar dos seus filhos no período de alimentação complementar.

Descritores: Comportamento materno. Parentalidade. Adolescência. Cuidado infantil. Alimentação complementar

## **ABSTRACT**

The type of interaction that occurs between parents and children is a reflection of the kind of parental educational styles. Parents have a decisive role in shaping the eating habits of children due to the adopted type of care. The aim of the study was to evaluate the influence of maternal parenting styles and styles of food young children adopted by adolescent and adult mothers in relation to the eating habits of their children during the complementary feeding period. The study was comparative and involves a group of adolescent mothers between the age of 15 and 19, and a group of adult mothers, aged 24 and 44, responsible for the care of children between nine and 24 months in three Health Units family of Recife. The participants answered a to evaluate the socioeconomic conditions of the family, inventory of styles and parenting practices, form styles maternal feeding young children and evaluation of children's eating practices. We observed that teenage mothers had a higher frequency of risk parenting when compared to adult mothers. And these offer their children more food group V (sugars, sweets, oils and fats) ( $p = 0.03$ ). When considering the child's age, they were more neglectful ( $p = 0.05$ ) with less than 18 months and reported greater physical abuse with the largest of this age ( $p = 0.03$ ). We observed trend of adolescent mothers adopt nonresponsive styles of feeding the young child. When considering the age of the child, adolescent mothers were had a more often responsive style with older children ( $p = <0.01$ ) and passive style with less than 18 months ( $p = 0.04$ ). Among mothers who had responsive style food, adolescents offered more frequently food group V ( $p = 0.03$ ), the same happened with the authoritarian and passive style. The results suggest that it is important to know the parental styles and maternal style of feeding the children of teenage mothers and relate them with the eating practices of their children in complementary feeding period.

Key words: Maternal behavior. Parenting. Adolescence. Child care.  
Complementary feeding

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

### **MÉTODO**

Quadro 1	Variáveis sócio econômicas, estilo parental, estilo materno de alimentar crianças pequenas e as práticas alimentares das crianças	30
Quadro 2	Questões relacionadas as práticas educativas no formulário	33
Quadro 3	Distribuição no formulário das questões relacionadas aos estilos maternos de alimentar crianças pequenas	35

### **RESULTADOS**

Figura 1	Distribuição de frequência dos estilos parentais de risco adotados por mães adolescentes e adultas	42
Figura 2	Frequência dos estilos maternos de alimentar crianças pequenas dos filhos de mães adolescente e adultas	45

## **LISTA DE TABELAS**

### **RESULTADOS**

Tabela 1	Características socioeconômicas e demográficas de mães adolescentes e adultas	41
Tabela 2	Pontuação média das práticas educativas adotadas por mães adolescentes e adultas	43
Tabela 3	Pontuação média das práticas educativas adotadas por mães adolescentes e adultas distribuídas de acordo com a idade dos filhos	44
Tabela 4	Pontuação média dos estilos maternos de alimentar crianças pequenas de mães adolescentes e adultas distribuídas de acordo com a idade dos filhos	45
Tabela 5	Estado nutricional e práticas alimentares das crianças distribuídas segundo as mães adolescentes e adultas	46
Tabela 6	Mediana e quartis de consumo por grupos alimentares dos filhos de mães adolescentes e adultas	47
Tabela 7	Mediana e quartis de consumo por grupos alimentares dos filhos de mães adolescentes e adultas de acordo com os estilos parentais	59
Tabela 8	Mediana e quartis do consumo por grupos alimentares dos filhos de mães adolescentes e adultas de acordo com o estilo responsivo	51
Tabela 9	Mediana e quartis do consumo por grupos alimentares dos filhos de mães adolescentes e adultas de acordo com o estilo autoritário	53
Tabela 10	Mediana e quartis do consumo por grupos alimentares dos filhos de mães adolescentes e adultas de acordo com ao estilo passivo	55

### **APÊNDICE**

Tabela 11	Características socioeconômicas e demográficas de mães adolescentes de acordo com a faixa etária	93
-----------	--	----

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2.</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>16</b>
<b>2.1</b>	Introdução	<b>16</b>
<b>2.2</b>	Alimentação complementar: além dos aspectos nutricionais	<b>17</b>
<b>2.3</b>	Interação entre pais e filhos: o ato de alimentar	<b>19</b>
<b>2.4</b>	Estilos parentais no cuidado e alimentação infantil	<b>23</b>
<b>2.5</b>	Pais adolescentes: um desafio a vencer	<b>26</b>
<b>2.6</b>	Considerações finais	<b>27</b>
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>29</b>
<b>3.1</b>	Participantes, local, período e delineamento do estudo	<b>29</b>
<b>3.2</b>	Grupos do estudo/ critério de inclusão	<b>29</b>
<b>3.3</b>	Variáveis do estudo	<b>29</b>
<b>3.4</b>	Operacionalização do estudo	<b>31</b>
<b>3.4.1</b>	Recrutamento	<b>31</b>
<b>3.4.2</b>	Coleta de dados	<b>32</b>
<b>3.4.2.1</b>	Avaliação das características socioeconômica e demográfica	<b>32</b>
<b>3.4.2.2</b>	Avaliação do estilo parental	<b>33</b>
<b>3.4.2.3</b>	Avaliação dos estilos maternos de alimentar crianças pequenas	<b>34</b>
<b>3.4.2.4</b>	Avaliação das práticas alimentares infantis	<b>35</b>
<b>3.4.2.5</b>	Avaliação antropométrica do estado nutricional	<b>36</b>
<b>3.5</b>	Análise estatística dos dados	<b>37</b>
<b>4</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS</b>	<b>38</b>
<b>5</b>	<b>PROBLEMAS METODOLÓGICOS</b>	<b>39</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>40</b>
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>56</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>67</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>70</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>80</b>
	Apêndice A - Termo de assentimento livre e esclarecido (TALE)	<b>80</b>
	Apêndice B - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	<b>82</b>

Apêndice C – Formulário sócio e econômico	<b>84</b>
Formulário do estilo materno de alimentar criança	
Pequena	
Práticas educativas/Estilo parental	
Formulário das práticas alimentares infantis e avaliação	
Antropométrica	
Apêndice D- Características socioeconômicas e demográficas de mães	<b>93</b>
Adolescentes	

## 1 APRESENTAÇÃO

A forma como os pais lidam com a criança contribui no seu processo de socialização e, de modo particular, no que se refere à alimentação, na instalação do comportamento e do hábito alimentar.

Essa forma de lidar, ou o conjunto das práticas educativas parentais, compõe o estilo parental de cuidado. Essas práticas estão diretamente associadas ao tipo e à qualidade da atenção dispensada pelos pais durante a alimentação dos filhos, ou seja, como essa diáde interage no momento da alimentação. Assim, é importante que as práticas positivas sejam as mais adequadas para a formação da prática alimentar da criança, no período de alimentação complementar.

São inúmeros os fatores que influenciam a atitude dos pais em relação ao cuidado com os filhos: o contexto - condição socioeconômica, etnia, cultura e valores, rede familiar; características da criança - idade, ordem de nascimento, sexo, percepção da criança acerca da parentalidade dos pais; características dos pais - sexo, idade, grau de parentesco, autodescrição parental, ocupação, relação conjugal, apoio social, estado psicoemocional, experiências de cuidados e relações familiares pregressas, escolaridade e número de filhos.

A alimentação saudável é essencial na manutenção da saúde do indivíduo. Hábitos inadequados, sobretudo alimentares, acarretam consequências negativas em todas as fases da vida, seja a curto ou longo prazo. Nos lactentes, o período de introdução dos alimentos complementares é determinante no estabelecimento das práticas alimentares.

Entende-se que as práticas alimentares contemplam as atitudes, diante do alimento, que influenciam as escolhas e estas estão associadas a aspectos biológicos, sociais, culturais, familiares, alimentares, sensoriais e do contexto. Portanto, a alimentação comprehende desde a seleção, preparo e consumo dos alimentos, em que perpassam escolhas, desejos, preferências e o entendimento de que a prática alimentar vai além do suprimento das necessidades nutricionais, mas é estabelecida pelo contexto social no qual o sujeito está inserido.

Desta forma, vários fatores influenciam a prática alimentar infantil. Do ponto de vista da criança: o nível de desenvolvimento comportamental, faixa etária, estado nutricional, introdução de novos alimentos, peso ao nascer, aleitamento materno e consumo alimentar. Do contexto social: o ambiente familiar, condição socioeconômica, suporte social, disponibilidade dos alimentos, meio cultural, influência da mídia, dos profissionais de saúde e outros grupos sociais. Em relação aos pais: idade, estado civil, local de residência, coabitação,

escolaridade, ocupação e renda, pré-natal, parto, estado psicoemocional, hábito e comportamento

global e diante da alimentação e comportamento parental.

A idade dos pais sugere percepção diferente da importância do tipo de alimento a ser introduzido na dieta da criança, uma vez que a faixa etária interfere no próprio hábito alimentar dos cuidadores; espera-se que pais mais jovens tenham práticas alimentares menos adequadas, por sofrer maior influência da mídia e grupos sociais do que os pais adultos e, por um processo de modelagem, essas práticas sejam repassadas para seus filhos. Tem sido referido que filhos de pais pouco responsivos, seja no nível do controle excessivo ou da negligência, tendem a apresentar práticas alimentares inadequadas por não terem adquirido autorregulação da sua alimentação e/ou por baixa interação familiar, gerando consequências adversas, como comorbidades.

O suporte social, de extrema importância no processo saúde/ doença, pode acontecer via material informacional, apoio emocional, por pessoas de convivência diária ou não e por grupos e instituições. Sendo assim, o suporte oferecido nos serviços pelos profissionais de saúde no período da parentalidade inicial, em especial aos pais e mães jovens, tem papel decisivo na garantia do bem-estar e amenização do estresse gerado pelo momento. Esse apoio se torna mais efetivo quando acontece na perspectiva da promoção da saúde, ou seja, através de ações voltadas para a integralidade do cuidado e construção de políticas públicas favoráveis à vida.

Porém, destaca-se a rede de apoio advinda da família como a mais importante na adequação do comportamento materno em relação ao filho, especialmente quando o suporte é oriundo do marido/companheiro e das próprias mães.

Com base nessas premissas e consciente da complexidade que envolve este tema, dos seus limites e, obviamente, dos limites inerentes a uma dissertação de Mestrado, resolvi investigar se o estilo parental e o estilo materno de alimentar crianças pequenas adotados por mães adolescentes influenciam na prática alimentar de seus filhos durante a alimentação complementar. O estudo se insere na linha de pesquisa “Epidemiologia dos distúrbios da nutrição materna, da criança e do adolescente”, área de concentração “Abordagens quantitativas em saúde”, do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco. Desenvolvi o projeto de pesquisa “Prática alimentar do lactente: influência do estilo parental e práticas maternas de alimentação adotadas por mães adolescentes” sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Giselia Alves Pontes da Silva e coorientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Margarida Maria de Castro Antunes.

Com essa pesquisa, espero despertar o interesse de outros pesquisadores, bem como sensibilizar os serviços de saúde, em especial, da atenção básica, a melhor executarem

atividades e orientações nas consultas de pré-natal e puericultura, bem como nos grupos e momentos de educação em saúde. A partir da hipótese de que as mães adolescentes adotam estilo parental de cuidado e estilos de alimentar seus filhos que representam algum risco no desenvolvimento e alimentação das crianças, o objetivo desta dissertação foi: avaliar a influência dos estilos parentais e estilos maternos de alimentar crianças pequenas adotados pelas mães adolescentes e adultas em relação às práticas alimentares dos seus filhos durante o período de alimentação complementar. A dissertação é apresentada na forma de um capítulo de revisão da literatura, estruturado em subitens - Introdução; Alimentação complementar: além dos aspectos nutricionais; Interação entre pais e filhos: O ato de alimentar; Estilos parentais no cuidado e alimentação infantil; e Pais adolescentes: um desafio a vencer. Seguem-se os capítulos de métodos, resultados, discussão e as considerações finais.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Introdução

As práticas alimentares, designadas como o modo de seleção, consumo e preparo dos alimentos, bem como as atitudes e relações que são estabelecidas diante do ato alimentar, sofrem influências de diversos fatores que perpassam a vida dos indivíduos, tais como: culturais, socioeconômicos e afetivos. Essa prática começa a ser aprendida e/ou adquirida ainda no primeiro ano de vida e compreende três momentos importantes para o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis: a amamentação, a introdução dos alimentos complementares e, por fim, a alimentação semelhante à dos demais membros da família. Todas são originadas das vivências e experiências construídas a partir das redes familiares e sociais, da condição de vida e da época histórica em que vivem a criança e o cuidador (ROTENBERG; VARGAS, 2004; ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008; OLIVEIRA et al., 2012).

Os fatores que contribuem para uma alimentação infantil adequada são numerosos e complexos. Considerando que a maneira de se alimentar está associada aos sentimentos dos sujeitos envolvidos, o papel dos pais, em especial a mãe, se destaca, por ser a principal cuidadora da criança (BRASIL, 2009). Nessa perspectiva, alguns estudos sugerem que os hábitos de vida das mães e a forma como as mesmas interagem com seus filhos, tem influência importante sobre a formação dos hábitos alimentares infantis (OLIVEIRA et al., 2012; ROCHINHA; SOUSA, 2012).

No contexto da alimentação, essa interação pode ter duas vertentes, positiva e negativa. A vertente positiva corresponde a uma alimentação do tipo responsiva, a qual, para Black e Abud (2011), deve:

Promover atenção e interesse na alimentação do filho; a atenção aos seus sinais internos de fome e saciedade; a sua capacidade de comunicar suas necessidades com sinais distintos e significativos, e a progressão bem-sucedida para alimentação independente.

A vertente negativa, por sua vez, pode ser chamada de alimentação sem resposta, caracterizada por uma falta de reciprocidade entre o cuidador e a criança, pois a cada momento um dos dois atores envolvidos torna-se dominador na situação alimentar, ou seja, ora o cuidador assume o controle e domina, ora a criança controla a situação, ou o cuidador ignora a criança, interferindo na autonomia alimentar e nos sinais de fome e saciedade da criança (BLACK; ABUD, 2011).

O tipo de interação que ocorre entre pais e filhos é um reflexo dos estilos educativos parentais adotados. Esses comportamentos parentais, por vezes controversos, são inerentes à parentalidade, que, por sua vez, é um processo marcado por alto grau de dúvidas e aprendizagens (ALVARENGA; MALHADO; LINS, 2014).

A aquisição do perfil comportamental que caracteriza a parentalidade pode ser um momento conturbado para os pais. Para os pais adolescentes, o estresse gerado nesse momento pode ser agravado, tanto pela sua menor experiência de vida, quanto pela presença de menor suporte, seja familiar, social e/ou econômico (SHERI; MADIGAN, 2014).

Desta forma, escolher como cuidar de um filho, ou seja, qual estilo parental adotar e, consequentemente, como será o tipo de interação durante a fase de alimentação complementar, estabelecendo assim as práticas alimentares da criança, pode ser um grande desafio para pais adolescentes, devido à sua imaturidade cognitiva e emocional, podendo com isso, gerar práticas alimentares infantis inadequadas que terão consequências por toda a vida desse indivíduo.

Diante do exposto, esta revisão busca descrever a influência dos estilos parentais e dos estilos maternos de alimentar crianças pequenas adotados pelas mães adolescentes e adultas em relação às práticas alimentares dos seus filhos, durante o período de alimentação complementar.

## **2.2 Alimentação complementar: além dos aspectos nutricionais**

É no primeiro ano de vida que se inicia a formação do hábito alimentar. E o hábito, uma vez instalado, irá repercutir de diferentes formas ao longo de toda a vida do indivíduo. No primeiro semestre de vida recomenda-se que a criança seja amamentada exclusivamente, pois, durante esse período, o leite materno é o alimento capaz de atender todas as necessidades nutricionais e emocionais do lactente, além de proporcionar um intenso vínculo mãe-filho. A partir dos seis meses o uso exclusivo de leite materno não é suficiente, tendo em vista que as necessidades nutricionais da criança já não são alcançadas, sendo necessária a introdução gradual de outras fontes alimentares, através dos alimentos complementares (PRZYREMBEL, 2012).

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde divulgou os princípios para a alimentação complementar de crianças em aleitamento materno (WHO, 2002). Nesse mesmo ano o Ministério da Saúde (MS) preconizou que a alimentação complementar deve atender de forma adequada às necessidades de energia e de nutrientes, uma vez que o aleitamento materno exclusivo já não é suficiente. E chamou a atenção para o fato de que os alimentos oferecidos devem ser seguros, do ponto de vista sanitário. Lançou orientações sobre alimentação infantil

através do manual: *Dez Passos para a Alimentação Saudável para Crianças Menores de Dois Anos* (BRASIL, 2002). Mais recentemente, foi proposto que o conceito de alimentação complementar seja ampliado, para contemplar também as situações em que são utilizadas fórmulas infantis como substitutos do leite materno (PRZYREMBEL, 2012).

Ultimamente tem se observado um maior incentivo a prática adequada de introdução dos alimentos complementares, porém os avanços ainda são incipientes quando comparado, por exemplo, a promoção da amamentação (DIAS; FREIRE; FRANCESCHINI, 2010; ANDREW; HARVEY, 2011).

Essa constatação é corroborada por estudos que mostram uma alimentação complementar frequentemente inadequada, como relata o Comitê de Nutrição da Sociedade Europeia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica:

Introdução precoce de alimentos como leite de vaca integral; alimentos com consistência inapropriada e baixa densidade calórica; baixa biodisponibilidade de micronutrientes; oferta insuficiente de frutas, verduras e legumes; contaminação no preparo e armazenamento; acréscimo de carboidratos simples às mamadeiras; e oferta de alimentos industrializados ricos em carboidratos simples, lipídeos e sal, consumidos com frequência pela família (AGOSTONI, 2009).

Não há dúvida de que a alimentação é fundamental no que concerne à promoção da saúde da criança. Porém, ela é entendida como um evento complexo, que vai além de um ato meramente biológico; daí a necessidade de se analisar os vários aspectos envolvidos na alimentação através do que se denominam práticas alimentares, consideradas, em um sentido mais amplo, como práticas sociais e culturais (SHERRY; MCDIVITT; COOK, 2004; SAVAGE; FISHER; BIRCH, 2007).

A prática alimentar do lactente, caracterizada fundamentalmente pelo aleitamento materno e introdução de novos alimentos, sofre influência de fatores socioculturais e econômicos, além do contexto familiar. Neste, a mãe tem papel predominante, uma vez ser ela, com frequência, a principal responsável por cuidar da criança. A forma como ela cuida do seu filho é determinante para a saúde do infante e se relaciona com o seu grau de escolaridade, as informações recebidas acerca de saúde pelos profissionais e/ou mídia, o apoio social recebido, bem como a disponibilidade para cumprir esse papel de cuidar (SHERRY; MCDIVITT; COOK, 2004; SAXTON et al., 2009; KAVANAGH et al., 2010; THOMPSON; BENTLEY, 2013; BROILO et al., 2013). Outros fatores a serem considerados em relação ao grau de desenvolvimento infantil são a adequação dos alimentos (FOX et al., 2004).

Do ponto de vista da composição nutricional, é vedada a introdução de alimentos com altos teores de sal e açúcar refinado, excesso de gorduras saturadas e desaconselhada a introdução de alimentos industrializados. É também proibida a oferta de alimentos considerados

supérfluos, o que inclui guloseimas, bem como os alimentos processados. É consensual que a introdução de frutas, legumes e verduras no primeiro ano de vida contribui para a instalação de hábitos alimentares saudáveis. Com o desenvolvimento, a criança vai definindo suas preferências alimentares, daí a importância de se estimular, desde o início, uma alimentação variada, adequada e que reflete a cultura alimentar regional (SAVAGE; FISHER; BIRCH, 2007; SPARRENBERGUER et al., 2015).

O ambiente doméstico, o estilo de vida dos pais, as relações interfamiliares têm influência direta nas preferências alimentares dos filhos. Assim, a família tem papel decisivo na forma como a criança irá aprender a se alimentar, sobretudo pelas estratégias que os pais utilizam para estimular a alimentação. O reconhecimento dos sinais de fome e saciedade e o desenvolvimento do autocontrole em relação à ingestão alimentar, que as crianças expressam através da sinalização da fome e saciedade, contribuem para a formação de um comportamento alimentar adequado (SHERRY et al., 2004; HODGES et al., 2008; THOMPSON; BENTLEY, 2013).

### **2.3 Interação entre pais e filhos: o ato de alimentar**

Um comportamento responsável gera apego seguro e uma baixa responsividade gera apego inseguro. A forma como se dá a interação entre pais e filhos no primeiro ano de vida repercute, positiva ou negativamente, na nutrição e no crescimento e desenvolvimento infantil e pode levar a comprometimento cognitivo e social da criança (HODGES et al., 2008; BLACK; ABOUD, 2011; CEREZO; TRENADO; PONS-SALVADOR, 2012; CHAIDEZ et al., 2013; FRALEY; ROISMAN; HALTIGAN, 2013).

A literatura atual sobre cuidado sensível e receptivo distingue a capacidade de resposta, em que a mãe interpreta e responde aos sinais da criança, de comportamentos ativos, em que a mãe se concentra, estimula e incentiva a criança a agir (HODGES et al., 2008).

No contexto da alimentação, o fato de o cuidador apresentar capacidade de resposta e comportamento ativo caracteriza uma alimentação do tipo responsável ou sensível, definida por Black e Aboud (2011) como a "reciprocidade entre a criança e o cuidador" e que reflete uma situação em que a criança sinaliza através de ações motoras, expressões faciais, ou vocalizações; o cuidador reconhece os sinais e responde prontamente de uma forma que significa apoio, e a criança percebe que houve uma resposta aos sinais emitidos. Estabelece-se uma comunicação intermediada pela linguagem verbal e não verbal (BLACK; ABOUD, 2011).

Alguns dos componentes de alimentação responsiva que são eficazes e estimulam a ingestão de alimentos incluem: responder positivamente à criança com sorrisos, fazer contato visual e usar palavras de incentivo; alimentar a criança lenta e pacientemente, com bom humor; esperar quando a criança parar de comer e observar atentamente se ela expressa sinais de saciedade; oferecer alimentos para que a criança possa se alimentar sozinha (ABOUD; SHAFIQUE; AKHTER, 2009).

Importante analisar o contexto onde a alimentação da criança se processa, de modo a propiciar um ambiente prazeroso. A criança deve se sentir confortável, não ser distraída; a refeição ser servida em um local adequado; o cuidador estar inteiramente envolvido e de preferência em uma posição face a face com a criança; o alimento ser de qualidade e bem apresentado, de forma a permitir à criança distinguir diferentes sabores e texturas; quando a refeição é feita com os outros membros da família, assegurar alimentos saudáveis para todos; em outras palavras, criar condições para que a criança desenvolva interesse em se alimentar (BLACK et al., 2000). Isso exige do profissional em saúde que ele vá além das questões mais gerais em relação à alimentação e procure entender a inserção sociocultural da família e aspectos psicossociais do cuidador para fazer uma orientação individualizada (SHERRY et al., 2004; ABOUD; SHAFIQUE; AKHTER, 2009; KAVANAGH et al., 2010).

A maioria das pesquisas tem abordado as consequências da alimentação não responsiva, ou seja, os cuidadores são poucos sensíveis e receptivos aos sinais da criança, gerando consequentemente uma falta de estímulo à alimentação. Isso ocorre quando os cuidadores controlam a alimentação, não reconhecendo ou valorizando os sinais emitidos pela criança em relação à fome e saciedade. O comportamento de controle do ritmo alimentar e a proibição de tentativas da criança se alimentar sozinha, de acordo com suas necessidades e desejos, muitas vezes são explicados pela necessidade de ser um pai/mãe competente, pela demanda em relação ao tempo e recursos e pressão para exercer essa tarefa de forma eficiente, garantindo a ingestão alimentar de seu filho, o que muitas vezes leva ao controle externo do apetite da criança. Por outro lado, o cuidador pode não apresentar preocupação por não entender ou valorizar as expectativas da criança, tornando-se negligente ou permitindo algumas vezes que a criança domine a situação (SHERRY et al., 2004; GROSS et al., 2010; CHAIDEZ; TOWNSEND, 2011; BENTLEY; WASSER; CREED-KANASHIRO, 2011; BROWN; LEE, 2011).

Quando a recusa da criança em se alimentar é entendida como uma rejeição e ela é obrigada a consumir a refeição, esse momento por vezes se torna estressante e frustante para pais e filhos, pois cada um expressa um desejo que não é compreendido pelo outro, a criança perde sua autonomia e os pais se frustram por não concluir a tarefa de alimentar o filho. A criança,

assim, pode deixar de dar atenção aos estímulos internos de saciedade e perder o interesse em se comunicar com os pais. Esse fato também pode contribuir para um comportamento observado com relativa frequência e que se caracteriza pela reação negativa a experimentar novos sabores, a neofobia (SHERRY et al., 2004; SAVAGE; FISHER; BIRCH, 2007).

A alimentação não responsiva contribui tanto para o rápido ganho de peso e, consequentemente, excesso de peso, seja na infância ou na idade adulta, como para a instalação de déficits nutricionais, se o cuidador não ficar atento para os sinais de fome e saciedade emitidos pela criança. Tem sido relatado que o cuidador responde melhor à sinalização da fome do que de saciedade, em menores de dois anos de vida (RHEE et al., 2006; HODGES et al., 2008; BENTLEY; WASSER; CREED-KANASHIRO, 2011; HODGES et al., 2013). No entanto, em qualquer situação é importante assegurar a oferta adequada de alimentos para garantir a nutrição infantil (ABOUD, 2011).

O comportamento e a interação que ocorrem no momento da refeição, entre mãe-filho, foi tipificado como: responsivo, autoritário e passivo. Os dois últimos caracterizam a alimentação não responsiva. O estilo responsivo está mais associado à formação de práticas alimentares adequadas, assim como ao desenvolvimento da autorregulação do apetite pela criança (HODGES et al., 2008; CARVALHAES; PEROSA, 2009; BROWN; LEE, 2011).

Pode-se então dizer que a interação alimentar é plena, quando um dos envolvidos consegue expressar os seus sinais e o outro os reconhecer. Para o cuidador, ocorre quando ele realiza a tarefa de alimentar a criança de forma bem-sucedida, e, para a criança, quando ela é capaz de ter autonomia alimentar, através da emissão de sinais que refletem seus desejos de forma clara, permitindo que ela própria regule a qualidade do cuidado que recebe, constituindo, dessa forma, uma vinculação altamente interativa (RHEE et al., 2006).

Um momento crítico em relação ao comportamento alimentar no primeiro ano de vida está associado à introdução de alimentos com maior consistência, especialmente os sólidos. Com frequência, as crianças inicialmente reagem negativamente e os pais interpretam os sinais como expressão de “não gostar da comida”. Este tipo de interpretação pode induzir o cuidador a oferecer alimentos de sua preferência e que muitas vezes são inadequados do ponto de vista nutricional (HART et al., 2010). Daí a importância do apoio dos profissionais de saúde no sentido de esclarecer e informar as reações esperadas neste momento e ajudar a superar as dificuldades (VAN DIJKA; HUNNIUS; GEERT, 2009).

Acerca da modelagem parental, estudo mostra que o tipo de alimentos que a mãe ingere está associado com comportamentos alimentares das crianças em uma idade muito jovem,

identificando que, quanto mais inadequados são os hábitos alimentares das mães, mais se observa a introdução de alimentos não saudáveis para as crianças (HART et al., 2010).

Nos dias atuais, é um desafio estimular as crianças para que, ao final do primeiro ano de vida, façam suas refeições junto com os demais membros da família e compartilhem do cardápio familiar, quando este é adequado, pois a refeição familiar é um hábito que vem se tornando raro no mundo contemporâneo. Outro fato preocupante é que, com frequência, a criança e os adultos têm a sua atenção desviada, durante a alimentação, por estar assistindo programas de TV ou manuseando aparelhos eletrônicos. Esse fato contribui para que não se dê atenção à sinalização da saciedade, além de estimular propagandas relacionadas a alimentos não saudáveis que têm um impacto maior quando veiculadas durante as refeições (FOX et al., 2004; FIATES; AMBONI; TEIXEIRA, 2008; PETERS et al., 2012; THOMPSON; BENTLEY, 2013).

Estudo sobre o início e o término da refeição infantil mostra que as mães não sabem identificar e/ou não usam as variações de pistas infantis de indicação de fome e saciedade. A pesquisa sugere que as mães podem diferir na medida em que percebem as pistas infantis de fome e saciedade e usá-las para iniciar e terminar a alimentação. Intervenções com as mães podem melhorar a sua capacidade de diferenciar fome e saciedade de outros tipos de pistas, ao longo do processo de desenvolvimento das crianças, melhorando assim a resposta da criança (HODGES et al., 2008).

O reconhecimento da complexidade que envolve o ato de alimentar uma criança tem contribuído para que pesquisas com alvo na melhoria do estado nutricional de crianças incluam novas abordagens além das tradicionais, centradas em estudar o consumo alimentar, bem como variáveis que analisam o comportamento alimentar (SAVAGE; FISHER; BIRCH, 2007; HUBBS-TAIT et al., 2008; CARNELL et al., 2011; THOMPSOM; BENTLEY, 2013).

Estudo realizado por Fischer et al. (2002), em Londres, indicou que existe uma associação positiva entre o controle parental, especialmente no que tange à pressão para comer exercida pelos pais, e o baixo consumo de frutas e verduras pelas crianças. Mães de crianças com baixo peso pressionam mais os seus filhos para comer (MATHESON et al., 2006). Estudo com 4894 crianças portuguesas observou que a pressão para comer exercida pelas mães associou-se inversamente com o z-score de IMC das crianças (REAL, 2012). Por outro lado, no estudo de Viana et al. (2011) a restrição foi um determinante positivo do estado ponderal no sexo masculino, mas não no sexo feminino. Estudo realizado no México evidencia associação entre mães com comportamentos indulgentes e a oferta de alimentos não saudáveis e bebidas adoçadas, contribuindo para a obesidade infantil (CHAIDEZ et al., 2013).

## 2.4 Estilos parentais no cuidado e alimentação infantil

A parentalidade é entendida como um conjunto de comportamentos que objetivam garantir a sobrevivência e o pleno desenvolvimento da criança, permitindo-lhe maior segurança e autonomia. Não depende apenas de fatores individuais, mas sofre influência direta do meio sociocultural (RHEE et al., 2006; HUBBS-TAIT et al., 2008; BLACK; ABOUD, 2011).

Tornar-se pai ou mãe pode ser um dos mais exigentes e desafiadores papéis sociais que os indivíduos exercem em suas vidas, fato que leva a um conjunto de respostas, sejam comportamentais, cognitivas e emocionais, que exigem adaptação para um novo padrão de vida (HUBBS-TAIT, 2008).

Em sua obra, Solis-Ponton (2004) relata que o neologismo parentalidade foi utilizado pela primeira vez em 1961, por Paul-Claude Recamier, e foi proposto a partir do termo maternidade, que ficou em desuso por mais de vinte anos, reaparecendo em 1985, com René Clement. Para Solis-Ponton (2004), “a parentalidade é um produto da interação entre parentesco, entendido como relação de consanguinidade ou de aliança que une duas pessoas entre si, e do processo de parentalização dos pais”.

A partir da definição, pode-se entender que a parentalidade não é apenas a geração biológica de um filho e nem as representações sociais de ser pai ou mãe, mas um processo complexo, dinâmico, integrador, consciente e, por vezes, inconsciente. Exige mudanças e adaptações que necessitam de um investimento emocional, pois os pais devem conhecer, saber e desejar cuidar dos filhos (MARTINS, 2013).

A necessidade de entender as questões relativas ao comportamento dos pais em relação aos filhos, seja no aspecto alimentar ou geral, tem estimulado novas abordagens em relação a esta temática (HUBBS-TAIT et al., 2008; KAVANAGH et al., 2010; BLACK; ABOUD, 2011; PETERS et al., 2012; MCPHIE; SKOUTERIS; DANIELS, 2014; KHANDPUR et al., 2014).

Há décadas foi introduzido na literatura o conceito de estilos parentais. Vários autores classificam, descrevem e nomeiam os estilos parentais. Baumrind (1966) definiu três tipos: autoritativo ou democrático, autoritário e permissivo. Darling e Steinberg (1993) relatam que Maccoby e Martin (1983) classificaram o cuidado parental em duas dimensões principais: da exigência e da responsividade. Baseando-se nestas duas dimensões, foram definidos quatro estilos parentais: autoritativo, autoritário, indulgente e negligente. O primeiro, autoritativo, se refere a uma alta responsividade e exigência, porém, de forma equilibrada entre essas duas dimensões. Com relação a esse estilo:

Pais autoritativos estabelecem regras para o comportamento de seus filhos, que são consistentemente enfatizadas. Eles monitoram a sua conduta, corrigindo atitudes negativas e gratificando atitudes positivas. A disciplina é imposta de forma indutiva e a comunicação entre pais e filhos é clara e aberta, baseada no respeito mútuo. São pais que têm altas expectativas em relação ao comportamento dos filhos em termos de responsabilidade e maturidade. Além disso, são afetuosos na interação com eles, responsivos às suas necessidades e, frequentemente, solicitam sua opinião quando conveniente, encorajando a tomada de decisões e proporcionando oportunidades para o desenvolvimento de suas habilidades (CECCONELLO et al., 2003).

O segundo estilo, autoritário, caracteriza-se por alta exigência e baixa responsividade. Nele, a autonomia e o desejo da criança não são levados em consideração e não ocorre um diálogo entre pais e filhos, pois os primeiros dominam o comportamento da criança, em nome do respeito e da obediência, por vezes usam a agressão física e/ou verbal como forma de controle comportamental. O terceiro estilo, o indulgente, combina baixa exigência e alta responsividade. Neste caso, os pais são altamente compreensivos, não estabelecem regras e limites, permitindo que a criança controle sozinha seus comportamentos. E o quarto estilo, o negligente, se caracteriza por baixos níveis de exigência e responsividade. Pais negligentes não são nem afetivos e nem controladores, simplesmente não interagem e não participam do processo educativo dos filhos (CECCONELLO et al., 2003).

Nessa perspectiva, Gomide (2006) descreve os estilos parentais como “um conjunto de atitudes educativas que os cuidadores irão adotar com a criança com o objetivo de educar, socializar e controlar”. Sete práticas educativas compõem o estilo parental, cinco delas estão relacionadas ao comportamento antissocial: negligência, abuso físico e psicológico, disciplina relaxada, punição inconsistente e monitoria negativa; duas relacionadas ao desenvolvimento de comportamentos pró-sociais: monitoria positiva e comportamento moral (GOMIDE, 2006).

A primeira prática positiva diz respeito à atenção ao local onde o filho está e à atividade que exerce, bem como ao apoio e afeto dado pelos pais. A segunda contempla as atitudes dos pais que transmitem justiça, responsabilidade, valores culturalmente aceitos que auxiliam no discernimento do certo e errado. A prática negativa da negligência envolve a ausência de atenção e afeto, os pais não estão atentos às necessidades dos filhos, eximindo-se assim da responsabilidade. O abuso comprehende o uso de ameaça, chantagem e castigos, sejam físicos ou morais. A terceira prática antissocial (disciplina relaxada) implica o não cumprimento das regras preestabelecidas, os pais ameaçam, mas no momento de aplicação das regras cedem aos filhos; a quarta ocorre quando o humor dos pais interfere no comportamento para punir ou reforçar as atitudes dos filhos; assim, é o estado emocional dos pais que determina as ações educativas

e não as ações da criança; a monitoria negativa compreende o excesso de regras e fiscalização por parte dos pais e o não cumprimento das mesmas pelos filhos, criando um clima de hostilidade e falta de diálogo (SAMPAIO; GOMIDE, 2007).

Pode-se assim constatar que o tipo responsivo ou não de alimentação adotado pelos pais está diretamente associado ao tipo de cuidado parental. Observou-se que os estilos aparentemente mais associados a prejuízos alimentares da criança são os que se relacionam a formas controladoras e/ou negligentes. Por outro lado, o estilo parental de apoio parece ser positivo, pois, em relação ao filho, busca entender seus sinais e desejos internos e estimula a integração com o meio social ao qual a criança está inserida (HUGHES et al., 2005; RHEE, 2006; SAVAGE; FISHER; BIRCH, 2007; HUBBS-TAIT et al., 2008; MITCHELL et al., 2009; KAVANAGH et al., 2010; SLEDDENS et al., 2011; CARNELL et al., 2011; PETERS et al., 2012).

Analizando em conjunto as práticas de socialização, responsividade materna e escolaridade e renda, percebe-se que a educação e a condição geral de saúde materna são essenciais no processo de cuidado. Estudos mostram que, quanto maior a escolaridade, maior a percepção acerca do desenvolvimento infantil e menos conflituosas as relações com os filhos, o que gera práticas menos punitivas, coercitivas e negligenciais. A baixa renda, a baixa escolaridade, a violência doméstica explicam a maior vulnerabilidade das famílias a não adotar um cuidado mais responsável e atencioso (HUGHES et al., 2005; MITCHELL et al., 2009; SAXTON et al., 2009; BENTLEY; WASSER; CREED-KANASHIRO, 2011; THOMPSON; BENTLEY, 2013; HODGES et al., 2013; MCPHIE; SKOUTERIS; DANIELS, 2014).

Estudos relacionando estilos parentais com a obesidade mostraram que o risco de a criança adquirir excesso de peso no início da vida escolar é quase cinco vezes superior nos filhos de pais autoritários e duas vezes superior nos filhos de pais permissivos, sugerindo que ambientes com falta de responsividade emocional estão associados a um maior risco de obesidade infantil (RHEE et al., 2006). Zeller et al. (2008) observaram que mães de crianças obesas descreveram o seu estilo parental como sendo mais baixo no controle comportamental e reportaram que seus filhos tinham menos regularidade na alimentação e nos hábitos diários. Porém, outros estudos mostram uma fraca relação entre os estilos parentais e os hábitos alimentares infantis (BOURDEAUDHUIJ et al., 2009; VEREECKEN et al., 2009).

## 2.5 Pais adolescentes: um desafio a vencer

Assumir o papel de pais durante a adolescência exige uma série de mudanças e adaptações que dependem de investimento emocional. Essa adaptação pode ser acentuada quando estes pais não estão preparados cognitivamente, emocionalmente e socialmente para cuidar de uma criança, como no caso da parentalidade adolescente. A prática de cuidar do filho exige, portanto, um esforço de adaptação redobrado, pois ao seu papel social de filhos adolescentes se soma o de pais adolescentes (BERGAMASHI; PRAÇA, 2008; RODRIGUES; ALTAFIM; SCHIAVO, 2011).

Além dos motivos já mencionados, a falta de preparo para o desafio da maternidade leva à necessidade de amadurecer antes do tempo naturalmente esperado. Além do próprio aspecto físico, pois seus corpos são submetidos às rápidas mudanças da puberdade e da gestação (BEERS; HOLLO, 2009).

A maternidade adolescente representa um risco, pelo fato de que as jovens mães estão vivenciando momentos por vezes controversos: de um lado, o seu próprio desenvolvimento, caracterizado pela separação de suas figuras parentais e a busca pela sua independência, e, por outro lado, ajustar seu papel parental à forte dependência de uma criança. O que pode originar depressão, estresse e baixa parentalidade e autoestima, afetando suas formas de relacionamento com o filho (AIELLO; LANCASTER, 2007; SILVA et al., 2009; RODRIGUES; ALTAFIM; SCHIAVO, 2011).

Como consequências da gravidez e maternidade na adolescência, além da antecipação do exercício dos papéis sociais, são bastante comuns o abandono da escola e a busca por um trabalho remunerado, ou a dependência financeira total da família e do companheiro, o que poderá frustrar os projetos de vida da adolescente e repercutir negativamente no cuidado da criança sob sua responsabilidade (RODRIGUES et al., 2008).

Tal preocupação foi manifestada na XV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994, no Programa de Ação (Capítulo VII):

A maternidade para as muito jovens implica num risco maior de morte materna, os filhos das jovens mães apresentam maiores níveis de morbidade e de mortalidade. A maternidade precoce continua a ser um impedimento para avanços nos status educacional, econômico e social das mulheres em todas as partes do mundo. Para as mulheres jovens, casamento e maternidade precoces podem reduzir severamente

oportunidades de estudo e de trabalho e é provável que tenham um impacto longo e adverso na qualidade de vida dessas adolescentes e de seus filhos.

Daí a necessidade de uma rede de apoio bem estruturada para auxiliar no cuidado de mães e filhos. Um suporte que vem sendo apontado como um dos fatores determinantes no equilíbrio emocional e familiar, especialmente em se tratando de mães adolescentes. É sabido que o apoio social torna o processo de transição parental mais bem-sucedido (SIEGER; RENK, 2007; OBERLANDER et al., 2009).

Diante de tantos desafios, é esperado que as mães adolescentes sejam mais despreparadas para a parentalidade e necesitem de maior ajuda do que as mães adultas. Pires (2009) salienta que um dos maiores problemas associados à maternidade na adolescência pode estar relacionado com o tipo de vínculo que estas mães desenvolvem com seus bebês.

Estudos mostram que as mães jovens apresentam no geral comportamentos menos verbais, sensíveis, acessíveis com seus filhos, um comportamento menos contingente. Além disso, têm uma menor compreensão sobre o desenvolvimento das habilidades da criança e oferecem ambientes de aprendizagem menos consistentes, porque ainda não estão cognitivamente preparadas (LEVINE; GARCIA, 1985; GARCIA; HOFFMAN; VANHOUTEN, 1987).

Rodrigues, Altafim e Schiavo (2011) demonstraram que mães adolescentes de bebês mais velhos, quando comparadas com mães adolescentes de bebês mais novos, são mais negligentes. Porém, quando comparadas mães adolescentes e adultas, no conjunto das práticas, não há diferenças significativas entre elas. Estudo realizado por Beers e Hollo (2009) demonstra que mães adolescentes estão em maior risco de praticar abuso físico com crianças do que mães mais velhas. Estes achados indicam que a gravidez precoce é um fator de risco significante em relação ao comportamento dos pais.

Fuzeto e Oliveira (2010), em estudo acerca do aleitamento materno e introdução de novos alimentos em mães adolescentes e adultas, demonstraram que estas práticas estão longe do preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), em ambos os grupos, e que as mães adolescentes oferecem mais precocemente bolachas e salgados aos seus filhos.

## **2.6 Considerações finais**

Práticas alimentares são designadas como o modo de seleção, consumo e preparo dos alimentos, atitudes e relações que são estabelecidas diante do ato alimentar. Nos primeiros dois

anos de vida alguns momentos são importantes para o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis, tais como a amamentação, a introdução dos alimentos diferentes do leite materno e a alimentação semelhante à da família (RO滕ENBERG; VARGAS, 2004).

Durante esse processo de aprendizagem, a mãe, na maioria das vezes, se configura como a principal cuidadora e exerce influência importante na formação alimentar do filho pelo tipo de cuidado adotado, do aspecto global e/ou alimentar. A forma como os pais lidam com a criança contribui para seu processo de socialização e, de modo particular, no que se refere à alimentação, para a instalação do comportamento e do hábito alimentar.

A interação entre o binômio mães-filhos durante a alimentação pode ter duas vertentes: positiva, denominada alimentação responsiva e/ou negativa, ou alimentação sem resposta. Na primeira, mãe e filhos interagem de forma ativa, na qual a mãe comprehende e responde aos sinais da criança, proporcionando à mesma autonomia e regulação de seus sinais internos. Na segunda, ocorre uma falta de reciprocidade e contingência entre mãe e filho, gerando muitas vezes dominação, ora por parte da mãe, ora da criança, ou desistência, e tem como consequência descontrole dos sinais de fome e saciedade. Uma das denominações dadas para esse processo interativo foi estilo materno de alimentar crianças pequenas, representado pelos estilos responsivo para a alimentação responsiva e passivo e autoritário, para a alimentação sem resposta (BLACK; ABOUD, 2011; CARVALHES; PEROSA; SILVEIRA, 2009).

O tipo de interação entre pais e filhos pode ser um reflexo dos estilos parentais adotados pelas mães. Os estilos parentais são descritos como um conjunto de atitudes educativas que os cuidadores irão adotar com a criança, a fim de educá-la, socializá-la e controlá-la. Sete práticas educativas compõem o Estilo Parental: negligência; abuso físico e psicológico; disciplina relaxada; punição inconsistente; monitoria negativa; monitoria positiva; comportamento moral (GOMIDE, 2006).

Esses comportamentos parentais, por vezes controversos, são inerentes à parentalidade que, por sua vez, é um processo marcado por alto grau de dúvidas e aprendizagens (ALVARENGA; MALHADO; LINS, 2014.). Para os pais adolescentes, o estresse gerado nesse momento pode ser agravado, tanto pela sua menor experiência de vida quanto pelo menor suporte familiar, social e/ou econômico (SHERI; MADIGAN, 2014).

Os estudos apontam que a escolha, consciente ou inconsciente, da forma como esses pais irão interagir com seus filhos pode se configurar como um grande desafio, que poderá gerar práticas alimentares infantis inadequadas, que terão consequências por toda a vida desse indivíduo.

### **3 MÉTODOS**

#### **3.1 Participantes, local, período e delineamento do estudo**

Participaram do estudo mães adolescentes (15 a 19 anos) e mães adultas (24 a 44 anos), e seus filhos, com idades entre nove e 24 meses.

O estudo foi realizado no bairro de Dois Unidos, incluído no Distrito Sanitário II, na Microrregião 2.3 da cidade do Recife, composto pelas comunidades de Dois Unidos, Córrego da Picada, Córrego da Bela Vista, Córrego da Camila, Alto do Maracanã, Córrego do Curió, Córrego do Leônicio, Alto do Rosário e Alto do Capitão. De acordo com o último censo demográfico nacional, o bairro possui 32.805 habitantes, distribuídos nas faixas etárias: 5.765 (17,52%) entre 5-14 anos, 1.937 (5,89%) entre 15- 17 anos, 4.250 (12,92%) entre 18-24 anos e 15.712 (47,75%) maiores que 25 anos (IBGE, 2010). Em relação aos nascimentos, 341 nascidos vivos entre os períodos de janeiro a julho de 2014 são filhos de mães adolescentes (SINASC, 2014). A coleta de dados aconteceu no período de janeiro a junho de 2015, nas Unidades de Saúde da Família Alto do Capitão, Alto do Maracanã e Clube dos Delegados.

Foi realizado um estudo comparativo envolvendo dois grupos: um grupo-caso, formado por mães adolescentes, e um grupo-controle, formado por mães adultas.

#### **3.2 Critérios de inclusão**

As mães de ambos os grupos eram as principais cuidadoras dos seus filhos, ofertando a maior parte dos alimentos para os mesmos, não apresentavam deficiência cognitiva que impossibilitasse responder aos formulários. E as crianças não apresentavam nenhuma doença que interferisse em sua alimentação.

#### **3.3 Variáveis do estudo**

As variáveis do estudo foram distribuídas em quatro grupos, estando relacionadas à condição socioeconômica da mãe, estilo parental, estilo materno de alimentar crianças pequenas e às práticas alimentares das crianças, conforme o quadro 1.

**Quadro 1 – Variáveis socioeconômicas, estilo parental, estilo materno de alimentar crianças pequenas e práticas alimentares das crianças**

<b>Variáveis socioeconômicas e demográficas</b>	<b>Definição</b>	<b>Categorização</b>
Idade da mãe	Idade da mãe em anos	15-19 anos 24-44 anos
Número de filhos	Quantidade de filhos nascidos vivos	1≥2
Cohabitação com o companheiro	Mãe e companheiro convivem na mesma residência	Não Sim
Contribuição na renda	Se a mãe trabalha e contribuição na renda familiar	Não trabalha Trabalha e tem ajuda financeira nanceira É a única responsável financeira
Escolaridade	Tempo de frequência ou de permanência na escola	Sem escolaridade e nível fundamental Nível médio e superior
Letramento materno	O nível de leitura da mãe	Lê com dificuldade Lê com facilidade
Situação econômica	Somatório das pontuações de 13 itens estabelecendo o nível de pobreza da família (ALVAREZ, 1982)	Baixa superior (34,7 a 52 pontos) Baixa inferior (17,4 a 34,6 pontos)
Apoio no cuidado com a criança	Se a mãe recebe apoio da família, amigos, vizinhos.	Sim Não
<b>Variáveis referentes aos estilos maternos</b>	<b>Definição</b>	<b>Categorização</b>
Estilo parental	Práticas educativas adotadas pelas mães que caracterizam o estilo parental, segundo Gomide (2006).	Parentalidade de risco (abaixo da mediana 22) Parentalidade sem risco (igual/acima da mediana 22)
Estilos maternos de alimentar crianças pequenas	Comportamento da dupla mãe/filho no momento da alimentação, segundo Carvalhes et al, 2009.	Responsiva (acima da mediana 6) Autoritária (acima da mediana 1) Passiva (acima da mediana 1)
<b>Variáveis referentes às práticas alimentares das crianças</b>	<b>Definição</b>	<b>Categorização</b>
Orientação sobre aleitamento no pré-natal	A mãe recebeu informações sobre a importância do aleitamento materno por algum profissional de saúde, no pré- natal	Não Médico Enfermeiro Agente de saúde
Orientação sobre alimentos complementares na puericultura	A mãe recebeu informações sobre a introdução de alimentos complementares por algum profissional de saúde	Não Médico Enfermeiro Outros

Continua

Estado nutricional	Definido a partir do escore z e as referências da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) para crianças de 0 a 5 anos de idade	Magreza ( $> \text{Escore-z} - 3$ e $< \text{Escore-z} - 2$ ) Eutrofia ( $> \text{Escore-z} - 2$ e $< \text{Escore-z} + 1$ ) Excesso de peso ( $> \text{Escore-z} + 2$ e $< \text{Escore-z} + 3$ e $> \text{Escore-z} + 3$ )
Presença de leite artificial	Se a criança recebe leite artificial	Não Sim
Aleitamento materno em idade apropriada	Se a criança ainda recebe leite materno	Não Sim
Introdução de alimentos sólidos e semi-sólidos	Idade em meses a partir da qual foi feita a introdução dos alimentos complementares para a criança	$\leq 5$ meses 6 meses $7 - 11$ meses
Consistência da dieta	Qual era a consistência de alimentação da criança	Pastosa Cortada em pedaços pequenos Igual à do adulto
Consumo alimentar dos alimentos do grupo I	Cereais, tubérculos e raízes	Em escores
Consumo alimentar dos alimentos do grupo II	Frutas, legumes e verduras	Em escores
Consumo alimentar dos alimentos do grupo III	Carnes, miúdos, ovos e feijão	Em escores
Consumo alimentar dos alimentos do grupo IV	Leite e derivados	Em escores
Consumo alimentar dos alimentos do grupo V	Açúcares, doces, óleos e gorduras	Em escores
Consumo alimentar dos alimentos do grupo VI	Alimentos industrializados considerados supérfluos	Em escores

### 3.4 Operacionalização do estudo

#### 3.4.1 Recrutamento

O recrutamento das mães foi realizado a partir do Livro de Acompanhamento para Crianças até dois anos dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSSs). Uma vez identificadas as mães e crianças que preenchiam os critérios de inclusão as mesmas eram convidadas a participar da pesquisa na Unidade Básica de Saúde (UBS). Porém, devido à baixa adesão das mães, foi realizada busca ativa nos domicílios. Participaram da pesquisa aproximadamente 90% (Clube dos Delegados), 95% (Alto do Capitão) e 40% (Alto do Maracanã) das mães adolescentes registradas.

As mães foram informadas sobre o objetivo do estudo e as que concordaram em participar foram incluídas na pesquisa. A inclusão foi firmada pela assinatura do Termo de Assentimento Livre Esclarecido e Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Tale/TCLE- Apêndices A e B).

### **3.4.2 Coleta de dados**

Os dados foram obtidos através de entrevista com as mães e incluem informações sobre a situação socioeconômica e demográfica da pesquisada e sua família, alimentação da criança, estilo parental e os estilos maternos de alimentar crianças pequenas. O diagnóstico do estado nutricional foi realizado através da avaliação antropométrica das crianças. Todos os dados coletados foram registrados em formulários previamente testados.

#### **3.4.2.1 Avaliação das características socioeconômicas e demográficas**

Para avaliar o perfil socioeconômico e demográfico das mães adolescentes e adultas foi utilizado formulário que incluiu questões sobre: idade, número de filhos, coabitação com o pai da criança, contribuição na renda, escolaridade, letramento e apoio de família e vizinhos. Para o nível socioeconômico foi utilizado uma adaptação do instrumento de medição do nível de pobreza de Alvarez et al. (1982), que consta de 13 itens relacionados com a constituição da família, escolaridade e atividade do chefe da família, condições do domicílio e peridomicílio e posse de alguns bens. Cada item recebe uma pontuação, cuja soma estabelece o nível de pobreza da família: miséria (até 17,3 pontos), baixa inferior (17,4 a 34,6 pontos) e baixa superior (34,7 a 52 pontos).

Para este estudo, manteve-se a estrutura e a pontuação sugeridas pelo autor original, porém com as seguintes adaptações propostas por ISSLER et al., (1997): a) o artigo original avalia a segurança social do chefe da casa; como, no Brasil, ela é universal, não haveria assim discriminação entre os grupos; modificado para “energia elétrica no domicílio”, com uma pontuação mais estratificada; b) incluídas escolaridade e atividade do pai e da mãe, considerando o maior escore para fins de pontuação; c) alterada a descrição dos aparelhos domésticos que a família possui, de acordo com a nossa realidade (Apêndice C).

No estudo, os níveis de pobreza foram categorizados em baixa superior e baixa inferior, apenas uma mãe foi classificada como miserável. E a escolaridade foi classificada em: sem escolaridade, nível fundamental incompleto e completo, nível médio incompleto e completo, superior incompleto e completo. Na análise, foram categorizados em: sem escolaridade e nível fundamental, nível médio e superior.

### 3.4.2.2 Avaliação do estilo parental

A avaliação do estilo parental foi realizada através do Inventário de Estilos Parentais. Para a coleta de dados foi utilizado o Inventário de Estilos Parentais para Mães de Bebês (IEPMB), adaptado por Altafim, Schiavo e Rodrigues (2008) da proposta original de Gomide (2006). O IEPMB consta de 25 itens, a definição de cada prática educativa correspondendo a cinco itens: monitoria positiva, negligência, abuso físico, disciplina relaxada e punição inconsistente.

Na presente pesquisa, os itens se iniciaram na questão 60 do formulário e os 25 itens foram distribuídos de tal forma que questões referentes à mesma prática não estivessem próximas, para não haver indução da resposta (Quadro 2) (Apêndice C).

Quadro 2: Questões relacionadas às práticas educativas no formulário

Práticas educativas	Questões
Monitoria positiva	63, 69, 74, 76, 81
Punição inconsistente	59, 65, 70, 75, 77
Negligência	60, 66, 71, 78, 82
Disciplina relaxada	61, 64, 67, 72, 79
Abuso físico	62, 68, 73, 80, 83

Para definição do estilo parental foi calculado o Índice de Estilo Parental (IEP), proposto por Gomide (2006). A autora considerou a resposta **nunca**: se em 10 ocasiões a pesquisada agiu daquela forma de 0 a 2 vezes; às vezes: se em 10 ocasiões agiu daquela forma de 3 a 7 vezes; **sempre**: se em 10 ocasiões agiu daquela forma de 8 a 10 vezes. A tabulação dos dados obtidos por meio do inventário foi feita utilizando-se a folha de resposta que contém as práticas educativas do instrumento. Cada resposta **nunca** recebeu pontuação 0 (zero); às vezes, pontuação 1 (um); sempre, pontuação 2 (dois). O cálculo do Índice de Estilo Parental foi feito pela subtração da soma das práticas negativas e da soma das positivas.

Na presente pesquisa, para a definição do estilo parental foi observada a distribuição em percentis do IEP na amostra: a mediana encontrada foi 22. Ficou estabelecido que os valores abaixo da mediana fossem classificados em parentalidade de risco e igual ou acima da mediana parentalidade sem risco. Já as práticas educativas foram analisadas segundo sugerido por Altafim et al. (2008), através da média e desvio padrão.

### **3.4.2.3 Avaliação dos estilos maternos de alimentar crianças pequenas**

Foi utilizada uma adaptação de um roteiro de observação elaborado por Carvalhaes et al. (2009), no qual os itens investigados relativos ao contexto, aos alimentos, aos comportamentos e às sequências interativas foram agrupados nos tópicos: ambiente onde a refeição foi servida; alimentos, utensílios e mobiliário utilizados; posição das duplas; comportamentos de encorajamento ao consumo dos alimentos; formas de comunicação verbal e visual; comportamentos maternos ao lidar com a recusa da criança em comer; comportamentos de busca de autonomia; adaptação materna diante das respostas e iniciativas da criança; comportamentos que levaram ao encerramento da refeição.

Na presente pesquisa o roteiro utilizado para observação foi transformado em 27 perguntas, iniciadas na questão 33, distribuídas de acordo com o quadro 3 (Apêndice C).

Para análise dos estilos maternos de alimentar crianças pequenas, foram consideradas 17 questões que correspondem ao estilo responsivo, três ao estilo passivo e sete ao estilo autoritário. A distribuição das questões pelos estilos foi definida pela pesquisadora responsável, a partir dos pressupostos teóricos propostos por Black e Aboud (2011) e amparados também por outros autores (ABOUD; SHAFIQUE; AKHTER, 2009; ROCHINHA; SOUSA, 2012; CARVALHAES; PEROSA; SILVEIRA, 2009; ALVARENGA; MALHADO; LINS, 2014).

Cada pergunta tinha cinco opções de resposta: Nunca, raramente, às vezes, frequentemente e sempre. Foi considerada resposta positiva quando a mãe optava por frequentemente e sempre e negativa pelas demais. Posteriormente, considerou-se a distribuição da soma total de respostas positivas de todo o grupo, estabelecendo-se as medianas de respostas positivas para cada estilo e classificando-se como responsiva, passiva ou autoritária a mãe cuja pontuação ficou acima destas medianas.

Quadro 3: Distribuição, no formulário, das questões relacionadas aos estilos maternos de alimentar crianças pequenas

Estilos	Questões
Responsivo	33,34,35,36,37,39,40,43,44,49,52,51,54,56,57,58,59
Autoritário	38,42,46,47,48,50,55
Passivo	41,45,53

#### 3.4.2.4 Avaliação das práticas alimentares infantis

Para avaliar as práticas alimentares infantis foram utilizados como referência os Indicadores de Avaliação de Práticas Alimentares Infantis e da Criança Pequena, propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2008. O documento apresenta oito indicadores centrais e sete opcionais que se referem à qualidade e frequência de alimentos consumidos e à idade correspondente a cada momento (WHO, 2008).

No presente estudo, o formulário referente às práticas alimentares foi composto por 23 questões que abordaram: tipos e frequências de grupos de alimentos consumidos, consistência da dieta, introdução de alimentos sólidos e semissólidos, diversidade mínima da dieta, aleitamento materno em idade apropriada, presença de refeições lácteas, orientação de profissionais de saúde e estado nutricional (Apêndice C).

O padrão de consumo alimentar foi avaliado pelo método proposto por Fornés et al. (2002), com adaptações, no qual o cômputo geral da frequência do consumo foi convertido em escores.

Foram analisados seis grupos de alimentos estabelecidos pelo Guia Alimentar Brasileiro para Crianças Menores de 2 Anos (2002) (BRASIL, 2002): o grupo I foi composto pelos alimentos-fonte de carboidratos (pães e cereais) que compõem a base da pirâmide; o grupo II, por alimentos-fontes em vitaminas, minerais e fibras (frutas, legumes e verduras); no grupo III foram inseridos os alimentos-fontes de proteínas de origem animal e leguminosas (carnes, miúdos, ovos e feijão); no grupo IV, os alimentos fontes de cálcio (leite e produtos lácteos); no grupo V foram inseridos os alimentos do topo da pirâmide (açúcares, doces, óleos e gorduras) e no grupo VI os alimentos industrializados considerados supérfluos, os quais, segundo o Guia

Alimentar Brasileiro para Crianças Menores de 2 Anos (2002), não devem ser oferecidos a crianças dessa idade, pois, em sua composição apresentam quantidades excessivas de lipídeos e/ou açúcares ou contêm substâncias indesejáveis para o consumo nessa faixa etária, como corantes e conservantes químicos (caldo de carne, sopinha industrializada, macarrão instantâneo, suco artificial, refrigerante, bebidas adocicadas do tipo refrigerante, doces industrializados, gelatina, biscoito recheado, salgadinho, pipoca amanteigada, achocolatado, balas, cereais matinais com açúcar, chocolates, papinhas doces ou salgadas industrializadas, linguiça, salsicha, hambúrguer e salame).

Os escores foram avaliados da seguinte forma:

1. Os grupos de alimentos foram registrados e classificados em quatro categorias de frequência de consumo: raro/nunca, consumo diário, semanal ou mensal;
2. Para que a frequência de consumo de cada grupo de alimento possa ser adotada como frequência de consumo mensal foi atribuído um peso a cada categoria de frequência de consumo.
3. Foi definido como valor de peso máximo (peso=1) a frequência diária de consumo e 0 quando o grupo de alimentos nunca foi consumido. Os demais pesos foram obtidos de acordo com a seguinte equação: Peso=  $(1/30) \times (a)$ , onde a corresponde ao número de dias consumidos no mês. Quando se referir ao consumo semanal, foi convertido o número à frequência de consumo mensal, multiplicando-o por 4, considerando que o mês tem quatro semanas, sendo o escore igual a 0,13. Quando o consumo foi mensal o escore foi igual a 0,03, considerando n= 1.

#### **3.4.2.5 Avaliação antropométrica do estado nutricional**

As medidas antropométricas de peso e comprimento foram realizadas conforme as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). Utilizou-se uma balança eletrônica portátil com capacidade para 180 kg e precisão de 100g (balança Plenna®). A comparação dos dados aferidos por um pesquisador experiente considerou padronizado quando a diferença encontrada foi diferente de 100g para peso e 5 mm para comprimento. O controle de qualidade das medidas no trabalho de campo foi procedido por meio de supervisão sistemática e calibração contrapeso e altura conhecidos (padrão).

As crianças e suas mães encontravam-se descalças e com indumentária mínima para obtenção do peso. Para as crianças menores de 24 meses, que não ficavam em pé sozinhas, inicialmente, pesava-se a mãe e em seguida a mesma segurava, em seus braços, e obtinha-se o peso mãe/criança, sendo anotada a diferença entre estas duas pesagens. Para aquelas que ficavam em pé, o peso da criança foi verificado com a criança na posição ortostática e no centro da base da balança.

O comprimento da criança foi medido em posição de decúbito dorsal em estadiômetro pediátrico (horizontal), dotado de fita métrica inextensível de 100 cm e subdivisões em mm.

Uma vez aferidas as medidas, foi realizada a avaliação nutricional, com base na idade (meses), peso (quilogramas), comprimento (centímetros). A classificação do estado nutricional das crianças foi realizada de acordo com os critérios do MS, utilizando-se o índice antropométrico IMC/idade, segundo o escore z e as referências da OMS para crianças de 0 a 5 anos de idade (BRASIL, 2006).

O IMC foi obtido a partir dos valores do peso (kg) e do comprimento (cm); para o cálculo do índice IMC/idade foi utilizado o software livre WHO Anthro Plus, da OMS.

### **3.5 Análise estatística dos dados**

Os dados coletados foram digitados em duplicata no Programa Epi Info versão 3.5.1 (CDC/WHO, Atlanta, GE, USA), e posteriormente usado o modo *validate* para checar eventuais erros de digitação. O mesmo programa foi utilizado para análise dos dados.

Para comparação das frequências entre os grupos caso e comparação, foi usado o teste do qui-quadrado. As variáveis quantitativas foram testadas quanto à normalidade de distribuição, segundo o teste de normalidade de Bartlett. As variáveis com distribuição normal foram descritas na forma de médias e desvios padrões (DP) e as variáveis que apresentaram distribuição não normal foram descritas na forma de medianas e intervalos interquartílicos (IQ). Por se tratar de variáveis em escala ordinal, os escores de frequência de consumo alimentar foram descritos sob a forma de mediana e intervalo interquartílico. Em todas as situações analisadas, a significância estatística foi assumida quando  $p<0,05$ .

#### **4 ASPECTOS ÉTICOS**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CSS) via Plataforma Brasil, buscando resguardar os participantes envolvidos, segundo recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, sob o número 900.835, no dia cinco de dezembro de 2014. Foi esclarecido aos participantes que, a qualquer momento da realização da sessão, poderiam desistir de participar da entrevista ou de responder a qualquer pergunta do questionário. Foi esclarecido, ainda, que as informações obtidas por essa técnica seriam processadas e analisadas de forma integrada, e que, após a análise final, os resultados seriam traduzidos em formato de dissertação, sem personalizar e/ ou identificar nenhuma fonte individualmente.

Os pesquisadores assumiram a responsabilidade quanto ao uso apropriado dos dados, apenas para estudo e publicação, resguardando os princípios de confidencialidade, privacidade e proteção da imagem das pessoas envolvidas na pesquisa.

## 5 PROBLEMAS METODOLÓGICOS

Como na maioria das pesquisas, nesta também foram observadas algumas limitações durante o seu planejamento e desenvolvimento.

O objeto de estudo é complexo e a causalidade é não linear, pois envolve variáveis relacionadas às mães, às crianças, às famílias e ao contexto onde as diádicas estão inseridas. Mesmo um modelo empírico que contemplasse a multicausalidade ainda não seria capaz de detectar propriedades emergentes. O modelo adotado é reducionista, mas atende à pergunta da pesquisa: se, em relação às variáveis do estudo, é possível encontrar diferenças – identificar um padrão – entre as mães adolescentes e adultas. Para minimizar o impacto das variáveis relacionadas ao contexto optou-se por realizar o estudo em uma comunidade de baixa-renda e fazer o recrutamento das mães no domicílio, o que provavelmente resultou em grupos mais homogêneos.

Há escassez de estudos sobre como avaliar o estilo parental e práticas maternas de alimentar o filho na faixa etária estipulada na pesquisa, limitando a comparação com outros estudos.

Outro limitador diz respeito à maneira como os dados foram obtidos: a partir do relato verbal de mães, o que não necessariamente corresponde a como elas realmente agem, fato que remete ao viés de memória.

A partir da definição do local do estudo buscou-se recrutar todas as mães adolescentes, mas, por dificuldades operacionais, não se alcançou o total de mães adolescentes cadastradas, o que limitou o tamanho da amostra.

Ao ser feita a análise dos dados, observou-se que a mediana de idade das mães adolescentes foi de 19 anos; então se resolveu analisar, em relação às variáveis de caracterização da amostra, se havia diferença entre as mães com idade entre 15 - 17 anos e 18 – 19 anos. Mas as diferenças observadas não foram significantes do ponto de vista estatístico. Então foi mantido, na análise das mães adolescentes, um grupo único.

Por se tratar de um estudo quantitativo, o que pode ser observado é um padrão em relação aos grupos estudados. Provavelmente um estudo qualitativo daria maior contribuição ao aprofundamento da análise.

## 6 RESULTADOS

Foram estudadas 112 mães, sendo 50 adolescentes, com idades entre 15 e 19 anos (mediana 19 anos,  $p>0,01$ ); destas, 28% tinham entre 15-17 anos. Dentre as 62 adultas, as idades variaram entre 24 e 44 anos (mediana 30 anos,  $p>0,01$ ).

Não se observou diferença entre os grupos quanto às variáveis sociodemográficas descritas na tabela 1, exceto pelo número de filhos, que foi maior nas mães adultas. Foi demonstrado que as mães adolescentes recebem maior apoio no cuidado com a criança, quando comparadas às mães adultas ( $p=0,06$ ). Ao comparar as características socioeconômicas e demográficas das mães adolescentes entre 15-17 anos e 18-19 anos não foram observadas diferenças (Apêndice D).

Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas de mães adolescentes e adultas

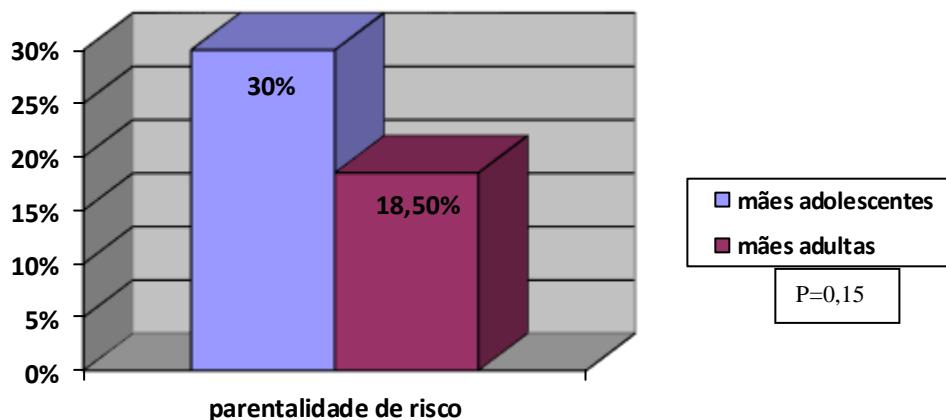
Características	Mães adolescentes (n= 50)		Mães adultas (n = 62)		Total (N= 112)		p*
	N	%	n	%	N	%	
<b>Número de filhos</b>							
1	32	64,00	23	37,10	55	49,10	<0,01
≥2	18	36,00	39	62,90	57	50,90	
<b>CoabitAÇÃO com o companheiro</b>							
Não	8	16,00	13	21,00	21	18,70	0,33
Sim	42	84,00	49	79,00	91	81,30	
<b>Contribuição na renda familiar</b>							
Não trabalha	41	82,00	51	82,30	92	82,20	0,56
Trabalha e tem ajuda financeira	5	10,00	4	6,40	9	8,00	
É a única responsável financeira	4	8,00	7	11,30	11	9,80	
<b>Escolaridade materna</b>							
Ensino fundamental ou menos***	11	22,00	14	22,60	25	22,30	0,88
Escolaridade média ou superior	39	78,00	48	77,40	87	77,70	
<b>Letramento materno</b>							
Lê com dificuldade	11	22,00	9	14,50	20	17,90	0,27
Lê com facilidade	39	78,00	53	85,50	92	82,10	
<b>Situação econômica</b>							
Baixa inferior	4	8,00	3	4,80	7	6,30	**0,38
Baixa superior	46	92,00	59	95,20	10	93,70	
<b>Apoio no cuidado com a criança</b>							
Sim	47	94,00	51	82,30	98	87,50	0,06
Não	3	6,00	11	17,70	14	12,50	

\* Qui – quadrado \*\* Exato de Fisher \*\*\* Sem escolaridade e Ensino Fundamental.

Quanto à idade dos filhos, as mães adolescentes tinham filhos com mediana da idade de 15,5 meses ( $Q_1$  11;  $Q_3$  22), e as adultas de 16,5 meses ( $Q_1$  12;  $Q_3$  24). Não foi observada diferença quanto à distribuição das crianças nas faixas etárias de nove a 18 meses e 19 a 24 meses, entre os grupos de mães adolescentes e adultas ( $p=0,51$ ). Assim como não se observou diferença na distribuição por sexo, 46% (23/50) dos filhos das mães adolescentes e 61,3% (38/62) dos filhos das mães adultas eram do sexo masculino ( $p=0,07$ ).

A figura 1 mostra a distribuição da frequência da parentalidade de risco adotada por mães adolescentes e adultas. Observou-se que as mães adolescentes apresentaram uma maior frequência de parentalidade de risco quando comparadas às adultas.

Figura 1 - Distribuição de frequência dos estilos parentais de risco  
adotados por mães adolescentes e adultas



\*qui-quadrado

Na tabela 2 estão descritas as práticas educativas adotadas por mães adolescentes e adultas. Não foi observada diferença entre as mães adolescentes e adultas, se não for considerada a idade da criança. No entanto, quando foi considerada a idade da criança (Tabela 3), observou-se que as mães adolescentes apresentaram maior negligência ( $p=0,05$ ) com os filhos menores de 18 meses e maior abuso físico com os maiores desta idade ( $p=0,03$ ). Enquanto as mães adultas apresentaram maior disciplina relaxada ( $p=0,01$ ) e abuso físico ( $p=0,02$ ) no comportamento com os filhos maiores de 18 meses.

Tabela 2 - Pontuação média das práticas educativas adotadas por mães adolescentes e adultas

<b>Práticas</b>	<b>Mães adolescentes (n=50)</b>	<b>Mães adultas (n=62)</b>	<b>p*</b>
	Média (DP)	Média (DP)	
<b>Monitoria positiva</b>	5,26 (3,26)	6,00 (2,99)	0,21
<b>Disciplina relaxada</b>	2,84 (2,20)	2,53 (2,10)	0,45
<b>Punição inconsistente</b>	4,96 (1,97)	5,06 (1,80)	0,77
<b>Negligência</b>	5,94 (2,05)	5,79 (2,19)	0,71
<b>Abuso físico</b>	2,36 (1,66)	2,56 (2,02)	0,56

\* t de student

Tabela 3 - Pontuação média das práticas educativas adotadas por mães adolescentes e adultas, distribuídas de acordo com a idade dos filhos

Práticas parentais	Mães adolescentes		p*	Mães adultas	
	9-18 meses (n=33)	19-24 meses (n=17)		9-18 meses (n=40)	19-24 meses (n=22)
<b>Monitoria positiva</b>	4,87 (3,15)	6,00 (3,46)	0,25	6,25 (2,95)	5,54 (3,08)
Média (DP)					0,37
<b>Disciplina relaxada</b>	3,00 (1;4)	2,00 (1;4)	0,89*	1,50 (0;4)	3,00 (2;4)
Md (Q <sub>1</sub> ; Q <sub>3</sub> )					**0,01
<b>Punição inconsistente</b>	4,93 (2,06)	5,00 (1,87)	0,91	4,82 (1,81)	5,50 (1,76)
Média (DP)					0,16
<b>Negligência</b>	6,33 (1,97)	5,17 (2,03)	0,05	5,77 (2,20)	5,81 (2,23)
Média (DP)					0,94
<b>Abuso físico</b>	2,00 (1,52)	3,05 (1,74)	0,03	2,15 (2,04)	3,31 (1,78)
Média (DP)					0,02

\* t de student \*\*Mann-Whitney

Quando não foi considerada a idade da criança, percebeu-se uma tendência das mães adolescentes adotarem estilos não responsivos de alimentar criança pequena, tais como passivo e autoritário, mais frequentemente do que as adultas; porém, essa diferença não foi estatisticamente significante (Figura 2). Ao se considerar a idade da criança, as mães adolescentes apresentaram mais frequentemente estilo responsivo com os filhos mais velhos ( $p=<0,01$ ) e passivo com os filhos menores ( $p=0,04$ ). O mesmo comportamento foi observado referente ao estilo passivo, com as mães adultas ( $p=0,02$ ) (Tabela 4).

Figura 2 - Frequência dos estilos maternos de alimentar crianças pequenas filhas de mães adolescentes e adultas

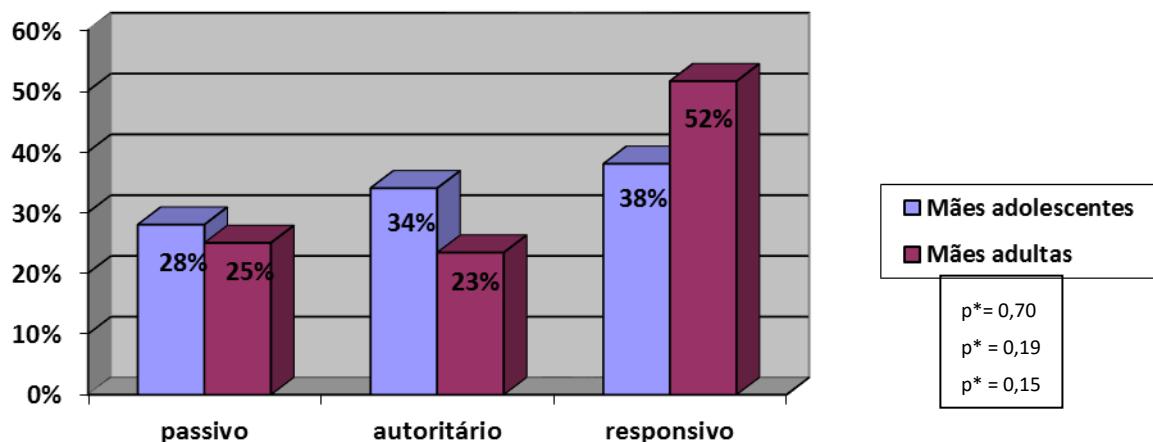


Tabela 4 - Pontuação média dos estilos de alimentar crianças pequenas de mães adolescentes e adultas de acordo com a idade dos filhos

Estilos	Mães adolescentes		p*	Mães adultas		p*
	Crianças de 9-18 meses (n=40)	Crianças de 19-24 meses (n=22)		Crianças de 9-18 meses (n=33)	Crianças de 19-24 meses (n=17)	
<b>Responsivo</b>						
média (DP)	5,42 (2,15)	7,47 (3,10)	<0,01	6,52 (2,37)	6,63 (2,53)	0,86
<b>Autoritário</b>						
média (DP)	1,27 (0,45)	1,35 (0,49)	0,56	1,15 (0,36)	1,27 (0,45)	0,24
<b>Passivo</b>						
média (DP)	0,87 (0,73)	1,41 (1,00)	0,04	0,72 (0,67)	1,18 (0,73)	0,02

\* t de student

Em relação às práticas alimentares, observou-se que o período de aleitamento materno exclusivo foi menor que seis meses, tanto nas adolescentes quanto nas adultas; no entanto, ocorreu mais precocemente nas adultas ( $p=0,02$ ). Quanto às outras características: orientação acerca do aleitamento materno e introdução de novos alimentos, consistência dos alimentos e presença de leite artificial, não foram observadas diferenças. Também não se observou diferença quanto ao escore-z do Índice de Massa Corporal das crianças filhas de mães adolescentes, comparadas às filhas de mães adultas (Tabela 5).

Tabela 5 - Estado nutricional e práticas alimentares das crianças filhas de mães adolescentes e adultas

<b>Variáveis</b>	<b>Mães adolescentes (n=50)</b>		<b>Mães adultas (n=62)</b>		<b>Total</b>		<b>p*</b>
	N	%	N	%	N	%	
<b>IMC (Escore-z)</b>							
Magreza	3	6,00	3	4,80	6	5,36	
Eutrofia	41	82,00	45	72,6	86	76,78	0,65
Excesso de peso	6	12,00	14	22,6	20	17,86	
<b>Orientação acerca do aleitamento materno</b>							
Não	10	20,00	9	14,50	19	17,00	
Médico	3	6,00	7	11,30	10	8,90	0,70
Enfermeiro	36	72,00	45	72,60	81	72,30	
Agente de saúde	1	2,00	1	1,60	2	1,80	
<b>Orientação acerca da introdução dos alimentos</b>							
Não	8	16,00	13	21,00	21	18,80	
Médico	5	10,00	7	11,30	12	10,60	0,32
Enfermeiro	35	70,00	40	64,50	75	67,00	
Outros	2	4,00	2	3,20	4	3,60	
<b>Consistência da dieta</b>							
Pastosa	14	28,00	18	30,60	33	29,50	
Cortada em pedaços	3	6,00	8	12,90	11	9,80	0,27
Igual à do adulto	33	66,00	35	56,50	68	60,70	

Continua

<b>Introdução de alimentos sólidos e semi-sólidos (meses)</b>							
≤ 5	30	62,50	47	75,80	77	70,00	
6	14	29,20	6	9,70	20	18,20	<b>0,02</b>
7 – 11	4	8,30	9	14,50	13	11,80	
<b>Presença de leite artificial</b>							
Não	10	20,0	16	25,8	26	23,3	0,47
Sim	40	80,0	46	74,2	86	76,8	
<b>Aleitamento materno em idade apropriada</b>							
Não	27	54,0	32	51,6	59	52,7	0,47
Sim	23	46,0	30	48,4	53	47,3	

\*Qui – quadrado

Em relação ao consumo alimentar, percebeu-se que os filhos de mães adolescentes consumiam mais alimentos do Grupo V (açúcares, doces, óleos e gorduras) do que os das mães adultas ( $p=0,01$ ) (Tabela 6).

Tabela 6 - Mediana e quartis de consumo por grupos alimentares dos filhos de mães adolescentes e adultas

<b>Grupo de alimentos</b>	<b>Mães adolescentes (n=50)</b>	<b>Mães adultas (n=62)</b>	<b>p*</b>
<b>GI</b>	1,00 (0,13;1,00)	1,00 (0,13;1,00)	0,53
<b>GII</b>	0,03 (0,00;0,13)	0,03 (0,00;0,13)	0,72
<b>GIII</b>	1,00 (0,56;1,00)	1,00 (0,56;1,00)	0,06
<b>GIV</b>	0,13 (0,06;0,56)	0,10 (0,03;0,5)	0,06
<b>GV</b>	0,13 (0,06; 0,56)	0,10 (0,03;0,5)	<b>0,01</b>
<b>GVI</b>	0,13 (0,06;0,51)	0,50 (0,06;0,56)	0,22

\*Mann-Whitney. GI: pães e cereais. GII: frutas, legumes e verduras. GIII: carnes, miúdos, ovos e feijão. GIV: leite e produtos lácteos. GV: açúcares, doces, óleos e gorduras. GVI: alimentos industrializados considerados supérfluos.

A tabela 7 mostra o consumo alimentar das crianças, distribuído de acordo com o estilo parental das mães adolescentes e adultas. Observou-se que as mães adolescentes com parentalidade de risco oferecem aos seus filhos mais alimentos do grupo V (açúcares, doces, óleos e gorduras) ( $p=0,03$ ). Em relação à parentalidade sem risco,

percebeu-se que as adolescentes ofertavam em maior quantidade do que as adultas, apenas alimentos do grupo VI (alimentos industrializados, considerados supérfluos). Assim como as mães adultas com parentalidade sem risco ofertavam em maior quantidade alimentos que compõem o grupo III (carnes, miúdos, ovos e feijão) ( $p<0,01$ ).

Tabela 7 - Mediana e quartis de consumo por grupos alimentares dos filhos de mães adolescentes e adultas de acordo com os estilos parentais

Estilo Parental	Grupo de alimentos	Mães adolescentes (n=50)	Mães adultas (n=62)	p*
<b>Parentalidade de risco</b>	<b>G1</b>	1,00 (0,13;1,00)	1,00 (013; 1,00)	0,53
	<b>GII</b>	0,03 (0,00;0,13)	0,03 (0,00;0,13)	0,90
	<b>GIII</b>	1,00 (0,56;1,00)	0,56 (0,50; 1,00)	0,99
	<b>GIV</b>	1,00 (0,56; 1,00)	0,56 (0,50;1,00)	0,24
	<b>GV</b>	0,51 (0,13;0,56)	0,08 (0,03; 0,50)	<b>0,03</b>
	<b>GVI</b>	0,13 (0,06;0,50)	0,50 (0,08;0,56)	0,13
<b>Parentalidade sem risco</b>	<b>G1</b>	1,00 (0,13;1,00)	1,00 (0,13;1,00)	0,81
	<b>GII</b>	0,03 (0,00;0,13)	0,03 (0,00;0,13)	0,29
	<b>GIII</b>	0,56 (0,50; 1,00)	1,00 (0,56;1,00)	<b>&lt;0,01</b>
	<b>GIV</b>	0,56 (0,56;1,00)	0,56 (0,50;1,00)	0,34
	<b>GV</b>	0,13 (0,01;0,56)	0,13 (0,06;0,13)	0,70
	<b>GVI</b>	0,50 (0,01;0,56)	0,13 (0,06;0,56)	0,71

\*Mann-Whitney. G1: pães e cereais. GII: frutas, legumes e verduras. GIII: carnes, miúdos, ovos e feijão. GIV: leite e produtos lácteos. GV: açúcares, doces, óleos e gorduras.

GVI: alimentos industrializados considerados supérfluos.

Quanto ao estilo materno de alimentar crianças pequenas, percebe-se que, dentre as mães com estilo responsivo, as adolescentes ofereciam a seus filhos, em maior quantidade, alimentos do grupo V (açúcares, doces, óleos e gorduras) em comparação às adultas ( $p=0,03$ ). E, mesmo dentre as mães com estilo não responsivo, as adolescentes ainda ofereciam aos seus filhos menos alimentos dos grupos II (frutas, legumes e verduras) e III (carnes, miúdos, ovos e feijão) do que as adultas ( $p=0,05$  e  $p=0,003$ ) (Tabela 8).

Tabela 8 – Mediana e quartis do consumo por grupos alimentares dos filhos de mães adolescentes e adultas de acordo com o estilo responsivo

<b>Estilo alimentar</b>	<b>Grupo de alimentos</b>	<b>Mães adolescentes (n=50)</b>	<b>Mães adultas (n=62)</b>	<b>p*</b>
<b>Responsivo</b>	<b>G1</b>	1,00 (0,13;1,00)	1,00 (0,13;1,00)	0,16
	<b>GII</b>	0,13 (0,00;0,13)	0,03 (0,00;0,13)	0,14
	<b>GIII</b>	1,00 (0,56; 1,00)	1,00 (0,56;1,00)	0,77
	<b>GIV</b>	1,00 (0,56; 1,00)	0,56 (0,50; 1,00)	0,23
	<b>GV</b>	0,13 (0,06; 0,56)	0,08 (0,01; 0,13)	<b>0,03</b>
	<b>GVI</b>	0,13 (0,06; 0,56)	0,50 (0,06; 0,56)	0,92
<b>Não responsivo</b>	<b>G1</b>	1,00 (0,13;1,00)	1,00 (0,13; 1,00)	0,81
	<b>GII</b>	0,00 (0,00;0,03)	0,03 (0,00;0,13)	<b>0,05</b>
	<b>GIII</b>	0,56 (0,51;1,00)	1,00 (0,56; 1,00)	<b>0,03</b>
	<b>GIV</b>	0,56 (0,56; 1,00)	0,56 (0,50;1,00)	0,29
	<b>GV</b>	0,13 (0,06;0,56)	0,13 (0,06;0,51)	0,26
	<b>GVI</b>	0,50 (0,01; 0,51)	0,50 (0,08; 0,56)	0,12

\*Mann-Whitney. G1: pães e cereais. GII: frutas, legumes e verduras. GIII: carnes, miúdos, ovos e feijão. GIV: leite e produtos lácteos. GV: açúcares, doces, óleos e gorduras.

GVI: alimentos industrializados considerados supérfluos.

Dentre as mães adolescentes que adotavam o estilo autoritário de alimentar seus filhos pequenos a predominância era por alimentos do grupo V (açúcares, doces, óleos e gorduras) em relação às mães adultas. E, dentre as mães que adotavam o estilo não autoritário, as adolescentes ofereciam menos alimentos dos grupos I (pães e cereais), II (frutas, legumes e verduras) e IV (leite e produtos lácteos) do que as mães adultas (Tabela9).

Tabela 9 - Mediana e quartis do consumo, por grupos alimentares, dos filhos de mães adolescentes e adultas de acordo com o estilo autoritário

<b>Estilo alimentar</b>	<b>Grupo de alimentos</b>	<b>Mães adolescentes (n=50)</b>	<b>Mães adultas (n=62)</b>	<b>p*</b>
<b>Autoritário</b>	<b>G1</b>	0,13 (0,13;1,00)	0,56 (0,13;1,00)	0,91
	<b>G1I</b>	0,00 (0,00;0,13)	0,03 (0,00;0,13)	0,69
	<b>G1II</b>	1,00 (0,51; 1,00)	1,00 (1,00;1,00)	0,07
	<b>G1IV</b>	0,56 (0,50; 1,00)	0,78 (0,56; 1,00)	0,83 0,30
	<b>GV</b>	0,13 (0,13; 1,00)	0,13 (0,10; 0,54)	
	<b>GV1</b>	0,50 (0,06; 0,56)	0,25 (0,09; 0,50)	0,72
<b>Não autoritário</b>	<b>GI</b>	1,00 (0,13;1,00)	1,00 (0,13; 1,00)	0,32
	<b>GII</b>	0,03 (0,00;0,13)	0,03 (0,00;0,13)	0,57
	<b>GIII</b>	1,00 (0,56;1,00)	1,00 (0,56; 1,00)	0,20
	<b>GIV</b>	0,56 (0,56; 1,00)	0,56 (0,50;1,00)	0,06
	<b>GV</b>	0,13 (0,06;0,56)	0,08 (0,03; 0,13)	0,06
	<b>GVI</b>	0,13 (0,06; 0,51)	0,50 (0,06; 0,56)	0,11

\* Mann-Whitney. GI: pães e cereais. GII: frutas, legumes e verduras. GIII: carnes, miúdos, ovos e feijão. GIV: leite e produtos lácteos. GV: açúcares, doces, óleos e gorduras.

GVI: alimentos industrializados considerados supérfluos.

No que concerne ao estilo materno passivo de alimentar crianças pequenas, as adolescentes que o adotavam alimentavam seus filhos preferencialmente com alimentos dos grupos II (frutas, legumes e verduras), IV (leite e produtos lácteos) e V (açúcares, doces, óleos e gorduras), em comparação às adultas. E, dentre as mães com estilo não passivo, as adolescentes ofereciam aos seus filhos menos alimentos do grupo III (carnes, miúdos, ovos e feijão) do que as adultas ( $p=0,05$ ) (Tabela 10).

Tabela 10 - Mediana e quartis do consumo, por grupos alimentares, dos filhos de mães adolescentes e adultas de acordo com ao estilo passivo

Estilo alimentar	Grupo de alimentos	Mães adolescentes (n=50)	Mães adultas (n=62)	P*
<b>Passivo</b>	<b>GI</b>	1,00 (1,00;1,00)	1,00 (0,13;1,00)	0,16
	<b>GII</b>	0,08 (0,01;0,13)	0,03 (0,03;0,13)	0,93
	<b>GIII</b>	1,00 (0,78; 1,00)	1,00 (1,00;1,00)	0,45
	<b>GIV</b>	1,00 (0,56; 1,00)	0,56 (0,56; 1,00)	0,29
	<b>GV</b>	0,56 (0,10; 0,56)	0,13 (0,06; 0,13)	0,06
	<b>GVI</b>	0,50 (0,10; 0,54)	0,50 (0,08; 0,56)	0,59
<b>Não passivo</b>	<b>GI</b>	1,00 (0,13;1,00)	1,00 (0,13; 1,00)	0,92
	<b>GII</b>	0,00 (0,00;0,13)	0,03 (0,00;0,13)	0,42
	<b>GIII</b>	0,56 (0,56;1,00)	1,00 (0,56; 1,00)	<b>0,05</b>
	<b>GIV</b>	0,56 (0,50; 1,00)	0,56 (0,50;1,00)	0,22
	<b>GV</b>	0,13 (0,06;0,56)	0,08 (0,03; 0,50)	0,09
	<b>GVI</b>	0,13 (0,01; 0,51)	0,50 (0,06; 0,56)	0,26

\*Mann-Whitney. GI: pães e cereais. GII: frutas, legumes e verduras. GIII: carnes, miúdos, ovos e feijão. GIV: leite e produtos lácteos. GV: açúcares, doces, óleos e gorduras.

GVI: alimentos industrializados considerados supérfluos.

## DISCUSSÃO

No estudo empírico que embasa essa dissertação, analisando a influência do estilo parental e estilos maternos de alimentar crianças pequenas sobre as práticas alimentares infantis observamos, para o estilo parental, uma maior tendência para a parentalidade de risco, entre mães adolescentes. Encontramos ainda que, se considerarmos as crianças de todas as faixas etárias do estudo, as mães adolescentes adotavam mais práticas negligentes do que as adultas, enquanto que estas adotavam mais a prática educativa de monitoria positiva. Ambos os achados não foram estatisticamente significantes. No entanto, quando se considerou a idade das crianças, observamos que, quando estas eram maiores do que 18 meses, as mães adolescentes adotavam mais a prática positiva e, dentre as negativas, com diferença estatística, reduziram a negligência e acentuaram o abuso físico; enquanto que as mães adultas apresentaram um aumento de todas as práticas negativas, com diferença estatística para a disciplina relaxada e abuso físico e diminuição da positiva, quando comparada às crianças menores de 18 meses.

Segundo Gomide (2006; 2004), as práticas educativas, antissociais e pró-sociais, utilizadas pelos pais na interação com os filhos, compõem o estilo parental. Para a autora, esse estilo e práticas, na perspectiva dos pais, pode otimizar o seu papel parental. No presente estudo, a tendência a um estilo parental de risco entre as mães adolescentes pode ser atribuída ao fato das adolescentes apresentarem características emocionais e um certo grau de imaturidade e irresponsabilidade típicas da idade. Além do mais, uma maternidade não planejada e não desejada pode levar a uma indisponibilidade maternal que repercute na interação e cuidados com o filho, talvez devido ao conflito que existe entre o desempenho da função parental e a vida cotidiana de uma adolescente (CARLOS et al., 2007).

Em relação às práticas parentais de negligência, predominantes entre as adolescentes, possivelmente ocorrem pelo fato das avós, muitas vezes, assumirem o cuidado dos netos e assim as mães perderem a oportunidade de exercer o seu papel parental, fato este já discutido por Rodrigues et al. (2008). Uma possível explicação para as adolescentes adotarem mais a prática de monitoria positiva do que as mães adultas, com os filhos mais velhos, é que, quando as crianças são mais novas, as adolescentes ainda estão aprendendo a ser mães e, à medida que os filhos crescem, elas conseguem desempenhar melhor essa função (TOMERELI; MARCON, 2009).

Muitas pesquisas estudam os estilos e práticas parentais em relação aos adolescentes no papel de filhos, mas poucas analisam esse grupo na qualidade de pais.

Diante disso, estudo de observação direta com 97 adolescentes primíparas e seus filhos, lactentes de 4 meses, concluiu que a falta de preparação das adolescentes conduz à má interação com o filho, o que leva a diferentes tipos de comportamento: uma resposta incoerente aos sinais (insensível) ou uma resposta em função do próprio ritmo ou necessidades da mãe (controladora) (BIGRAS; PAQUETTE, 2007). Apesar da metodologia aplicada e da idade das crianças terem sido diferentes da utilizada em nossa amostra, percebe-se uma tendência semelhante entre o comportamento das mães do nosso estudo e do estudo citado, considerando que respostas insensíveis e controladoras das mães supostamente representam algum risco aos cuidados das crianças, uma vez que a parentalidade de risco é facilitadora para comportamentos antissociais (SAMPAIO; GOMIDE, 2007).

Carlos et al. (2007), em estudo qualitativo com mães entre 15 e 32 anos, verificaram que a baixa condição socioeconômica, a idade das mães e o abandono pelas famílias e pelo companheiro são os principais fatores que levam a uma parentalidade de risco, o que não foi observado em nosso estudo, onde o apoio familiar foi predominante nos dois grupos.

Estudo empírico realizado com mães adolescentes, entre 15 e 19 anos, em um Centro de Psicologia Aplicada (CPA) mostrou, em geral, estilos parentais adequados, ou seja, estilos ótimo e bom (RODRIGUES; SCHIAVO; VALLE, 2014). Diferente do encontrado em nossa pesquisa, os resultados de Rodrigues et al. revelaram que o comportamento das mães adolescentes não é, em sua maioria, de risco. Uma provável explicação para essa diferença pode ser o local do estudo, uma vez que, na pesquisa citada, o público frequentava um Centro de Psicologia, podendo já ter obtido orientação acerca da temática.

No tocante às práticas parentais em geral, os achados deste estudo foram parecidos aos encontrados na dissertação de Altafim (2012), na qual foi observado que as mães adultas utilizavam mais práticas positivas e as adolescentes práticas negativas, principalmente a negligência. Essa situação possivelmente está relacionada com a falta de clareza das mães adolescentes sobre como devem agir com seus filhos.

Nogueira et al. (2013), ao comparar mães adolescentes de 15 a 19 anos (mediana de 17 anos) e adultas de 20 a 43 anos (mediana de 26,5 anos) com crianças entre um e 18 meses, em São Paulo, verificaram que, após um programa de intervenção, as mães adultas utilizavam mais a negligência e o abuso físico do que as adolescentes. Podemos considerar

que, para esta última prática, o achado foi semelhante ao desta pesquisa, porém para a negligência foi diferente.

No estudo realizado por Rodrigues, Altafim e Schiavo (2011), em São Paulo, com 111 mães de bebês entre quatro e 12 meses, sendo 52 adolescentes e 59 adultas, quando considerada a variável idade materna, semelhante a esta pesquisa, não foi encontrada diferença significante entre os grupos. Porém, considerando a idade da criança, observa-se que em seu trabalho, Rodrigues et al. constataram que, entre as práticas negativas, a disciplina relaxada predominou entre as mães, em todos os grupos de crianças; neste estudo, a negligência foi a prática negativa mais adotada. A idade maior das crianças, nesta pesquisa, pode ter sido o fator diferencial dos achados. Pois, segundo Altafim (2012), quando os bebês são mais novos, com maior frequência as mães não estabelecem e/ou não cumprem as regras e, à medida que os bebês crescem, surgem novas demandas e dificuldades; algumas mães, não sabendo como agir, acabam “terceirizando” os cuidados para outras pessoas. Machado et al. (2003) sugerem que as adolescentes carregam o estigma do preconceito, de que elas não são capazes de cuidar de seus filhos, e assim são impedidas de assumir verdadeiramente seu papel e acabam cedendo esse cuidado.

Sobre a prática do abuso físico, notamos que, apesar de ter sido a menos utilizada, não foi a menos importante, uma vez que foi a única prática significante nos dois grupos. É relatado, na literatura, que as mães adolescentes são mais propensas a utilizar o abuso físico com seus filhos, já que, frequentemente, elas não têm à sua disposição os recursos pessoais, sociais e econômicos necessários a uma adequada adaptação da situação criada pela maternidade (BIGRAS, PAQUETTE, 2007; DANTAS et al, 2013), porém no nosso estudo ele foi mais frequente entre as mães adultas. Possivelmente, para alguns grupos e famílias os castigos físicos e verbais são justificados como necessidade educativa (WEBER; VIEZZER; BRANDENBURG, 2004; DONOSO; RICAS, 2009). Esse comportamento evidencia a importância de programas de intervenção e orientações acerca dos malefícios, para a criança, decorrentes de agressões, sejam físicas e/ou verbais. Isso porque orientações com caráter preventivo podem promover mudanças na forma como os pais interagem com seus filhos, permitindo evitar problemas comportamentais ao longo do desenvolvimento da criança (KLEIN; GASPARDO; LINHARES, 2011).

Diante dos achados, fica evidenciada a necessidade de uma maior atenção dos serviços de saúde, em especial de puericultura, durante o pré-natal, visando orientar as mães, com destaque para as adolescentes, para que ofereçam um cuidado mais atencioso aos seus filhos, considerando sua maior tendência à parentalidade de risco. O objetivo

seria propiciar um melhor desenvolvimento das habilidades tanto das mães quanto dos filhos, uma vez que os pais são os mais importantes meios de influência no desenvolvimento infantil, por representarem a fonte primária de afeto e modelagem para o aprendizado. É fato sobejamente conhecido que as questões referentes ao estilo e às práticas parentais vão além de cuidados físicos, envolvendo relações afetivas e sociais. Neste contexto, constitui um desafio, para os profissionais de saúde, orientar sobre estas questões, ainda mais considerando que muitas vezes estas equipes não foram devidamente preparadas para lidar com uma temática tão complexa, que exige extrema habilidade e sensibilidade no seu trato. Evidencia-se, assim, a necessidade de capacitação dos profissionais e readequação da formação acadêmica, para tornar possível uma visão menos medicalizada e mais integral do indivíduo (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007).

Os estilos e práticas parentais são importantes na determinação do modo como a mãe se comporta e interage com seu filho, durante a alimentação. Nesta pesquisa constatamos que, quando não foi considerada a idade da criança, predominou o estilo responsivo em ambos os grupos, mas com maior presença dos estilos passivo e autoritário para as adolescentes, porém sem significância estatística. Uma vez a idade da criança tendo sido analisada, percebemos que, ainda assim, o estilo responsivo foi mais frequente entre os grupos, e que tanto as adolescentes como as adultas aumentaram sua passividade quando as crianças eram mais velhas.

Para Black e Aboud (2011), a alimentação responsiva reflete a reciprocidade entre a criança e o cuidador, caracterizada por comportamentos reativos, de apoio emocional, contingente, e desenvolvido de forma apropriada. Neste estudo, a presença maior de estilos não responsivos pelas mães adolescentes pode ser explicada pela suposta relação entre os estilos parentais e a maneira como a mãe alimenta seus filhos. Verificou-se, na literatura, que os estilos mais associados a prejuízos alimentares da criança são os que se relacionam a formas controladoras e/ou negligentes no momento da alimentação. Por outro lado, o estilo parental de apoio parece buscar entender os sinais e desejos internos da criança, como descrito por diversos autores (KAVANAGH et al., 2010; SLEDDENS et al., 2011; CARNELL et al., 2011; PETERS et al., 2012). Diante disso, como as mães adolescentes desta pesquisa apresentaram em geral parentalidade de risco, supostamente seu estilo de alimentar seguiu a mesma tendência.

A literatura atual ainda apresenta uma grande lacuna em relação a estudos que avaliem esses estilos entre as mães adolescentes. Carvalhaes et al. (2009), em estudo com 16 duplas mãe/filho, em que as crianças tinham idades entre 12 e 24 meses e eram

provenientes de Unidades Básicas de Saúde, observaram comportamentos característicos dos três estilos maternos de cuidar da alimentação de crianças pequenas: o autoritário, o responsivo e o passivo, dos quais o primeiro foi raro e os dois últimos, os mais presentes. Devemos considerar que na pesquisa não houve distinção acerca da idade das mães e que a abordagem metodológica foi diferente da nossa; portanto, esses fatores podem ter interferido na diferença dos achados; na nossa pesquisa o estilo autoritário foi, entre os negativos, o mais frequente entre as mães adolescentes. Daí, concordamos com Carvalhaes et al., ao afirmarem que o estilo materno pode variar de acordo a situação vivenciada pela diáde mãe-filho.

Um fator que pode amenizar as dificuldades das mães no momento de oferecer alimentos aos filhos é a correta orientação por parte dos profissionais, explicando que crianças demoram mais para comer e se distraem com facilidade, que elas têm capacidade gástrica reduzida, o que implica na recusa do alimento, portanto, não se deve apressá-las e que, quando a criança parar de comer, deve-se esperar um pouco e voltar a oferecer o alimento, entre outras orientações (WHO, 2000).

Devemos considerar como fator de limitação deste estudo a complexidade da temática abordada, pois, dentre as tarefas que compõem a função parental, provavelmente a educação geral e alimentar dos filhos é a mais complexa, uma vez que lida com valores que são passados entre gerações e envolvem fatores socioeconômicos, antropológicos e comportamentais. Desta forma, estudos de natureza quantitativa tornam a análise por vezes superficial, posto que, analisar esses comportamentos como causalidade linear se torna reducionista e não consegue alcançar a complexidade do fenômeno. A abordagem qualitativa contempla opções metodológicas que podem minimizar essa limitação.

A prática alimentar infantil não é determinada apenas pelas necessidades biológicas da criança, mas pela sua interação com o alimento; por fatores emocionais, socioeconômicos e culturais; pelo aprendizado e experiências adquiridas, especialmente pelas mães (SALVE; SILVA, 2009). No nosso estudo a idade da mãe foi relacionada com as práticas alimentares das crianças e observamos um padrão parecido entre os filhos das mães adolescentes e adultas, uma vez que ambos os grupos possuíam características socioeconômicas e culturais semelhantes. No tocante ao consumo alimentar dessas crianças, observamos a presença de um padrão de consumo de açúcares, doces, óleos e gorduras, pelos filhos das mães adolescentes. A explicação certamente extrapola o fator idade, considerando o ponto de vista puramente biológico. Primeiro, porque a criança não

come apenas pelo fato de sentir fome, mas sofre a influência do ambiente e do contexto social (RAMOS; STEIN, 2000). Desta forma, se as práticas alimentares de seus pais são inadequadas, como frequentemente ocorre entre os adolescentes, é provável que isso repercuta no padrão alimentar de seus filhos. Segundo, as atitudes e estratégias dos pais no contexto alimentar, por exemplo, se forçam a criança a comer determinado alimento, contribuem para que ela diminua sua preferência por este alimento ou sabor (RAMOS; STEIN, 2000). Como mencionado anteriormente, nesta pesquisa as mães adolescentes apresentaram atitudes que podem levar à neofobia a certos grupos alimentares pelas crianças.

Em 2008, a OMS divulgou o documento *Indicators for assessing infant and young child feeding practices*, com o objetivo de contribuir para uma melhor avaliação das práticas alimentares e do estado nutricional de crianças entre zero e 24 meses. Em consonância com os indicadores propostos, observamos neste estudo que as mães adultas amamentaram seus filhos por um maior período, corroborando o observado por Cruz (2010), ou seja, uma proporção menor de crianças maiores de seis meses amamentadas entre filhos de adolescentes. Alguns fatores são levados em consideração para o desmame precoce na adolescência, como a baixa escolaridade e o baixo nível socioeconômico da mãe, a desnutrição materna e o curto período de acompanhamento pré-natal (LACERDA, 2006). Os resultados desta pesquisa demonstram que, apesar do incentivo da prática do aleitamento materno, ainda não é predominante a frequência do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e continuado até os dois anos, tanto em mães adolescentes como em adultas.

Outro indicador sugerido pela OMS foi a consistência da dieta infantil. Referente a isso, observamos nesta pesquisa a oferta de alimentos com consistências inapropriadas para a idade, apesar das mães adultas ofertarem mais alimentos com consistência pastosa. Lima et al. (2014), em estudo com mães entre 14 e 19 anos e filhos de sete a 11 meses, no Recife, observaram que a oferta de comida liquidificada foi maior entre as mães adolescentes, o que se contrapõe ao achado desta pesquisa. Uma hipótese para explicar essa diferença é que as mães adultas, por terem mais filhos, acabam por escolher alimentos mais fáceis de serem consumidos. Porém, é importante destacar que, em sua maioria, a literatura sobre alimentação complementar coloca a maternidade adolescente como fator de risco para consistências alimentares infantis inapropriadas, como relatam Cruz (2010) e Lima et al. (2014).

Como parte importante da formação das práticas alimentares das crianças, pelo apoio e informação, neste estudo analisamos se os profissionais de saúde orientavam acerca da amamentação e introdução de novos alimentos. A maioria das mães respondeu contar com as orientações dos profissionais da atenção básica, em especial do profissional de enfermagem. Porém, ainda é preocupante existir uma parcela de mães que não tiveram nenhuma orientação, pois demonstra uma falha dos serviços de saúde na busca ativa dessas mães, em domicílio, e/ou dos profissionais, durante a consulta. Kohler (2005), em pesquisa realizada em Porto Alegre, com 15 adolescentes puérperas, constatou que alguns profissionais de saúde orientavam as mães a introduzir alimentação artificial antes de esgotar todas as possibilidades de manter a criança em aleitamento materno exclusivo. Isto acontecia porque alguns destes profissionais frequentemente não se interessavam em saber quais dificuldades estavam sendo encontradas pelas mães. No documento da 55<sup>a</sup> Assembleia Mundial de Saúde é realçada a valorização dos profissionais de saúde no que concerne ao apoio capacitado e especializado para que as mães iniciem e mantenham as práticas apropriadas da alimentação da criança, visando a promoção da saúde (ANTUNES et al., 2008; ARAUJO; ALMEIDA, 2007).

Quando analisado o consumo dos alimentos como parte das práticas alimentares, foi observado que as adolescentes ofereciam mais doces, açúcares e salgados aos seus filhos. E as mães adultas mais alimentos industrializados considerados supérfluos. E isso, mesmo sabendo de que tais alimentos são contraindicados, pela grande quantidade de sal, açúcar e aditivos, além de reduzirem o apetite da criança (BRASIL, 2002). Também vale destacar que o consumo de frutas e verduras nos dois grupos foi praticamente ausente.

Os achados deste estudo corroboram os de Fuzeto e Oliveira (2010), que compararam as práticas alimentares de crianças até um ano, filhas de mães adolescentes de 10 a 19 anos e adultas de 20 a 49 anos, em Curitiba. Os autores observaram que todas as crianças recebiam alimentos considerados não adequados para a idade, tais como: bolachas/salgadinhos, líquidos adoçados e café, sendo mais precoce essa introdução nas mães adolescentes. Outros estudos confirmam os achados desta pesquisa (CAETANO, 2012; SAAVEDRA et al., 2013). Porém, conforme Cruz (2010) afirma, com base em estudo com mães até 19 anos completos (adolescentes) e de 20 anos ou mais (adultas), a maternidade na adolescência não pode ser considerada, de forma generalizada, uma condição que leva ao desenvolvimento de práticas alimentares inadequadas, uma vez que

foi observado um perfil muito semelhante de consumo nos filhos dos dois grupos de mães estudadas.

Cabe ressaltar, diante destes dados, a recomendação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), a qual preconiza os 10 passos para a prática de uma boa alimentação da criança até os dois anos de idade. O passo número 8 diz respeito a evitar o consumo de refrigerantes, devido ao fato de não serem considerados bons para a nutrição, pois competem com alimentos nutritivos. Além disso, o açúcar deve ser oferecido com moderação nos primeiros anos de vida, de preferência, sendo introduzido a partir do 1º ano de idade (OPAS, 2009).

Quanto ao consumo de frutas, a Sociedade Brasileira de Pediatria (2006) recomenda que as frutas devem ser oferecidas a partir dos seis meses, preferencialmente sob a forma de papas e sucos. Valmóbida e Vitolo (2014) avaliaram crianças aos 12-16 meses e novamente aos 2-3 anos, e demonstraram que 87% consumiam menos de uma porção de frutas e verduras ao dia. Dados similares foram observados em estudo nacional realizado com crianças entre seis e 59 meses de idade, no qual foi observado que menos de 50% das crianças consumiram frutas diariamente, e somente 12% consumiram verduras folhosas (BORTOLINI; GUBERT; SANTOS, 2012). Os achados de todos os estudos acima citados foram semelhantes ao desta pesquisa, ou seja, um pobre aporte nutricional oriundo de frutas e verduras entre crianças pequenas.

Já é bastante relatado na literatura que as práticas alimentares da criança são construídas a partir das relações de cuidado e afeto (RO滕ENBERG; VARGAS, 2004). Neste estudo, quando analisamos a associação do consumo alimentar dos filhos de mães adolescentes e adultas, e o estilo parental, observamos que as mães adolescentes com parentalidade de risco ofereceram aos seus filhos mais açúcares, doces, óleos e gorduras, seguindo a tendência geral de consumo dos filhos dessas mães. Estudo anterior (ROCINHA; SOUSA, 2012) constatou que o estilo e a prática parental têm uma considerável influência no crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças, sobretudo na formação dos hábitos alimentares. Desta maneira, evidencia-se que um estilo parental de risco pode levar a consumos alimentares inadequados pelas crianças.

Ainda são escassos os estudos que analisam essa relação em lactentes, filhos de mães adolescentes. Já para outras faixas etárias, os resultados não são consistentes em todos os estudos. Mayer (2011), em sua dissertação, estudou adolescentes entre 10 e 14 anos e seus responsáveis e verificou que tanto mães quanto pais autoritativos apresentaram as melhores práticas de alimentação e que mães e pais permissivos e negligentes

apresentaram as piores práticas com os seus filhos. Apesar das idades e classificações para o estilo parental serem diferentes, foi constatada uma tendência semelhante de pais com estilo parental sem risco oferecerem aos seus filhos mais alimentos saudáveis e os de risco oferecerem alimentos inadequados para a idade. Porém, em um estudo com 269 pais com crianças entre dois e cinco anos, os achados foram opostos: filhos de pais com parentalidade reativa ou autoritativos tiveram menor consumo de frutas e hortaliças e os pais autoritários foram associados com maior consumo de frutas e vegetais. Para os autores, o estilo parental não foi um preditor significante ou mediador do consumo adequado (PETERS et al., 2012).

A mesma tendência de consumo foi observada na relação entre os estilos passivo, responsável e autoritário da mãe adolescente alimentar a criança e os alimentos consumidos por essas últimas, ou seja, uma maior oferta de alimentos inadequados ao lactente. Notamos que, mesmo quando as mães foram responsivas, ainda assim ofertaram mais açúcares, doces e gorduras do que as adultas. Uma hipótese para explicar esse achado é o fato de a população jovem estar substituindo a dieta tradicional, composta por alimentos caseiros, e passando a adotar uma dieta rica em gorduras e açúcares (GONÇALVES, 2006). E assim, por um processo de modelagem, os filhos das mães mais novas se alimentam de maneira inadequada. Pois, segundo Savage et al. (2008), as crianças aprendem a comer através de observação direta do comportamento alimentar de outras pessoas, em especial os pais.

Acerca da temática, duas considerações merecem destaque. A primeira é a escassez de estudos que relacionem os estilos da mãe adolescente alimentar a criança e o consumo alimentar dessas; e a segunda é que, como não existe um padrão “ouro” para classificar esses estilos, ainda não há um consenso sobre de que forma falar de estilo alimentar. Um estudo de observação durante seis meses, realizado por Chaidez et al. (2013), utilizando critérios diferentes dos deste trabalho, com 67 mães latino americanas e filhos entre 12 e 24 meses, demonstrou associação positiva entre o consumo de bebidas açucaradas e estilo indulgente e associação negativa com o estilo autoritativo. Hoerr et al. (2009), mediante a aplicação do Questionário de Estilo de Alimentação do Cuidador, com 715 pais de rendimentos limitados e diversas etnias, demonstraram que os estilos permissivos (indulgentes e não envolvidos) apresentaram associação com dietas de alta densidade energética. Os achados também mostraram que filhos de pais com estilos de alimentação permissivos tinham menor ingestão de frutas, sucos de frutas, legumes e produtos lácteos, em comparação com o estilo de alimentação autoritário.

A análise dos estudos acima citados permite constatar que, apesar das amostras serem diferentes das amostras deste estudo, existe tendência semelhante para a relação de estilos parentais negativos, em especial o permissivo ou passivo, com o consumo de alimentos não saudáveis pelas crianças. Vale ressaltar, no caso do estilo autoritário, que nem sempre ele se caracteriza como de extrema negatividade, uma vez que, enquanto uma educação autoritária pode não ser positiva para a criança, conforme descrito na literatura geral sobre parentalidade, pode ser mais eficaz em relação à alimentação, facilitando a moderação do consumo de alimentos ricos em nutrientes, especialmente quando ainda bebês (UTER et al., 2008).

Destacamos como possível limitação, que todas as informações referentes ao consumo e aos estilos foram obtidas através de formulários de autorrelato, o que leva a uma relativização dos resultados, uma vez que é frequente ser respondido aquilo que é desejado que aconteça e não necessariamente o fato real.

Fatores socioeconômicos e familiares estão diretamente associados com os estilos parentais e estilos dos pais de alimentar seus filhos (SAXTON et al., 2008; CRUGNOLA; IERARDI; SCHWARTZ; VIEIRA; GEIB, 2011; GAZZOTTI, 2014). Devido a isso, analisando as características socioeconômicas e demográfica das mães percebemos que as mesmas possuíam perfis semelhantes, devido ao fato dos grupos estudados habitarem na mesma região e apresentarem no geral as mesmas condições de escolaridade, renda e coabitação.

Neste estudo, vale destacar a presença de rede de apoio tanto às mães adultas quanto às adolescentes, sendo um pouco maior para estas últimas. Na sociedade atual, em que as relações estão cada vez mais fragilizadas e distanciadas fisicamente, devido a vários fatores que geraram transformações, dentre os quais tem papel de relevo a mídia, foi surpreendente o achado de que praticamente todas as mães obtiveram suporte social de algum familiar ou vizinho. Estudos indicam que as pessoas que compõem a rede social de apoio mudam de acordo com o contexto sociocultural e o tempo histórico. As formas de apoio entre as classes sociais são diferentes, uma vez que a classe média procura maior acesso à informação em livros, revistas e profissionais que lidam com crianças, do que as famílias de classe baixa (DESEN; BRAZ, 2000; BRAZ; DESSEN; SLVA, 2005). É então possível sugerir que o grande apoio recebido pelas mães que participaram desta pesquisa está relacionado à classe social a que pertencem, bem como ao fato de habitarem no mesmo lugar.

Na conjuntura da maternidade precoce, os achados deste estudo evidenciaram que as mães adolescentes com estilo parental de risco e estilos negativos de alimentar, em especial o passivo, tendem a influenciar de maneira também negativa as práticas alimentares, especialmente o consumo dos alimentos de suas crianças em período de alimentação complementar.

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Compreender como as mães adolescentes cuidam e alimentam seus filhos representa uma estratégia importante para expandir nossa percepção acerca desse grupo, melhorar nossas práticas profissionais e construir estratégias para enfrentamento de uma prática alimentar inadequada.

Observamos que, no conjunto das práticas parentais, culminando no estilo parental, houve uma tendência das mães adolescentes apresentarem uma maior parentalidade de risco. Percebemos uma tendência das mães adolescentes adotarem estilos de alimentar criança pequena não responsivo, tais como passivo e autoritário, enquanto as adultas pareceram mais responsivas.

Esses resultados devem ser motivo de reflexão; em relação às mães, se está sendo eficiente a forma de cuidar dos filhos, e se práticas muitas vezes agressivas e coercitivas levam verdadeiramente a mudança positiva de comportamento da criança. E, para os profissionais de saúde, a percepção de que os agravos à saúde estão frequentemente relacionados com fatores que vão além do físico e do biológico, pois envolvem o afeto e o cuidado.

Outra constatação a que chegou o estudo foi que o estilo parental e o estilo materno de alimentar crianças pequenas se relacionam entre si e entre a idade da mãe, já que as mães adolescentes com parentalidade de risco tiveram maior estilo passivo e autoritário.

Quanto à oferta dos alimentos no período de alimentação complementar até os 24 meses, ambos os grupos mostraram erros nas escolhas alimentares de seus filhos, com o predomínio de alimentos pouco saudáveis como doces, salgados e industrializados e a quase ausência de frutas e verduras. Havendo assim a necessidade do estímulo não apenas à amamentação adequada, mas também à introdução em tempo oportuno e de alimentos qualitativa e quantitativamente apropriados para cada idade da criança, uma vez que os hábitos alimentares são formados e aprendidos no início da vida.

Desta forma, o oferecimento de orientações sobre a introdução de alimentos complementares é outra tarefa de fundamental importância, a ser desenvolvida pelas equipes de saúde atuantes na Atenção Básica. Tais orientações devem ser realizadas de forma dialogada entre os profissionais de saúde e mães, pois é necessário levar em conta a historicidade das práticas alimentares incorporadas na cultura, partindo-se do princípio de que a sensibilização para a promoção de mudanças só será possível a partir de uma profunda reflexão sobre a sua necessidade, por parte de todos os envolvidos.

Quanto ao estilo parental e ao estilo materno de alimentar as crianças pequenas, as práticas alimentares dessas últimas, em especial o consumo alimentar, foi concluído que as mães adolescentes com estilos negativos levaram seus filhos a consumir mais doces, açúcares e salgados. Porém, de uma maneira geral, os comportamentos alimentares dos filhos de mães adultas e adolescentes foram bastante semelhantes.

Diante do exposto, nota-se que, apesar de não existiram diferenças exacerbadas nos cuidados gerais e alimentares entre as mães adolescentes e adultas, elas se fazem presentes. Assim, é recomendável que a adolescente receba uma assistência especial, de modo multiprofissional e interdisciplinar, livre da censura preconceituosa, e que ela tenha a oportunidade de se aproximar dos profissionais que a assistem, trazendo suas dúvidas, inseguranças e preocupações, para desenvolver a responsabilidade de cuidar de seu filho de forma adequada. O profissional da saúde vem a somar em todo este processo, como uma importante fonte de conhecimento e informação. Todo este apoio culmina na segurança necessária para que a mãe esteja preparada para prestar cuidados ao seu filho, fortalecendo o processo interativo mãe-bebê.

Os resultados desta pesquisa sugerem que, apesar das adolescentes apresentarem práticas e estilos de cuidar e alimentar seus filhos menos adequados do que as adultas, houve uma discreta diferença nessas formas de cuidado. Sendo assim, somente a idade da mãe parece não ser determinante para a melhor maneira de educar, socializar e alimentar uma criança; outros fatores são de extrema importância, de cunho social, cultural, econômico e afetivo. Desta forma, uma mãe adolescente, quando devidamente apoiada por sua rede social e com orientações devidas, é capaz de cuidar com sucesso de seu filho. Para tanto, a assistência deve ser estabelecida de modo abrangente para o binômio mãe/filho e não só direcionada à mãe no pré-natal e à criança no puerpério. Assim, o esforço dos profissionais envolvidos deve ser no sentido de resgatar aspectos educacionais, psicológicos e sociais, além de fornecer atenção diferenciada para a saúde da mãe e de seu filho.

Nesse sentido, há que se refletir sobre uma atenção mais humanizada e qualificada, priorizando a escuta às mães, a fim de apoiá-las. Porém, vale ressaltar que, não obstante os avanços nas discussões, as políticas públicas ainda são construídas e interpretadas a partir de perspectivas setorizadas, levando à fragmentação do conhecimento e dos processos de trabalho das equipes de saúde. Como consequência, emergem as dificuldades na definição de ações estratégicas capazes de

contemplar as especificidades dos distintos grupos sociais em que se inserem as mulheres/mães/adolescentes e seus filhos.

Através deste estudo, percebemos a necessidade imprescindível de instrumentos específicos que avaliem os estilos maternos referentes à alimentação de lactentes, em especial entre pais adolescentes. E também a importância de propagação da temática do cuidado para além dos fatores biológicos entre as áreas da saúde, de forma a subsidiar programas de intervenção que sejam mais efetivos e consigam ter uma visão integral dos indivíduos. A escassez de estudos nacionais e internacionais relativos ao comportamento de mães adolescentes e crianças em período de alimentação complementar sobre os estilos e práticas parentais e estilos maternos de alimentar seus filhos torna os resultados deste trabalho inovadores e orientadores de futuras investigações.

## REFERÊNCIAS

- ABOUD, F. E; SHAFIQUE, S; AKHTER S. The intervention responsive feeding increases infant self-feeding and maternal responsiveness but not weight gain. **Journal of Nutrition**, v. 139, n.9, p. 1738-1743, 2009.
- AGOSTONI, C. et al. Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN committee on nutrition. **Journal Pediatric Gastroenterology Nutrition**, v. 49, n.1, p.112-125, 2009.
- AIELLO, R.; LANCASTER S. Influence of adolescent maternal characteristics on infant development. **Infant Mental Health Journal**, v. 28, n.5, p. 496–516, 2007.
- ALTAFIM, E. R. P. **Práticas parentais de mães de bebês: a influência de variáveis maternas e do bebê**. 2012. 117 f. dissertação (mestrado em psicologia do desenvolvimento e aprendizagem), universidade estadual paulista “Júlio de mesquita filho”, Bauru, 2012.
- ALTAFIM, E. R. P; SCHIAVO, R. A; RODRIGUES, O. M. P. R. Práticas parentais de mães adolescentes: um estudo exploratório. **Temas sobre Desenvolvimento**, v. 16, n. 93, p.104-110, 2008.
- ALVARENGA; MALHADO S. C. B; LINS, T. C. S. Responsividade e práticas de socialização maternas. **Estudos de Psicologia**, v. 19, n.4, p. 305-314, 2014.
- ALVAREZ, M. L; WURGAFT, F; SALAZR, M. E. Mediciones del nivel socioeconómico bajo urbano en familias con lactante desnutrido. **Archivos latinoamericanos de nutrición**, v.32, n.3, p.650-62, 1982.
- ANDREW, N; HARVEY, K. Infant feeding choices: experience, self-identity and lifestyle. **Maternal and Child Nutrition**, v.7, n.1, p. 48–60, 2011.
- ANTUNES, L. S. et al. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 103-109, 2008.
- ARAUJO, R. M. A; ALMEIDA, J. A. G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. **Revista de Nutrição**, v.20, n.4, p. 431-438, 2007.
- BAUMRIND, D. Effects of authoritative parental control on child behavior. **Child Developmental**, v.37, n.4, p.887-907, 1966.
- BEERS, S. L; HOLLO, R. E. Approaching the Adolescent-Headed Family: A Review of Teen Parenting. **Current Problem Pediatrics Adolescents Health Care**, v.39, n.9, p. 216-233, 2009.
- BENTLEY, M. E; WASSER, H. M; CREED-KANASHIRO. Responsive Feeding and Child Undernutrition in Low- and Middle-Income Countries. **Journal of Nutrition**. v.141, n.3, p. 502–507, 2011.

BERGAMASHI, S. F. F.; PRAÇA, N. S. Vivência da puerperal adolescente no cuidado do recém-nascido, no domicílio. **Revista Escola Enfermagem**, USP, v.42, n.3, p. 454-460, 2008.

BIGRAS, M; PAQUETTE, D. Estudo pessoa-processo-contexto da qualidade das interações entre mãe-adolescente e seu bebê. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.5, p. 1157-1124, 2007.

BLACK, M. M; ABOUD, F. E. Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting. **Journal of Nutrition**, v.141, n.3, p.490–494, 2011.

BLACK, M. M; ENGLE P. L; BENTLEY M; PELTO G. The role of care in nutrition programmes: current research and a research agenda. **Proceedings of the Nutrition Society**. v.59, n.1, p.25–35, 2000.

BORTOLINI, G. A; GUBERT, M. B; SANTOS, L. M. Food consumption in Brazilian children by 6 to 59 months of age. **Caderno de Saúde Pública**, v.28, n.9, p.1759–1771, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan-americana de Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 107, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23), n. 112, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde (Série G. Estatística e Informação em Saúde), 2011.

BRAZ, M. P; DESSEN, M. A; SILVA, N. L. P. Relações Conjugais e Parentais: Uma Comparação entre Famílias de Classes Sociais Baixa e Média. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.18, n.2, p.151-161, 2005.

BROILO, M. C; LOUZADA, M. L; DRACHLER, M. D. L; STENZEL, L. M; VITOLO, M. R. Maternal perception and attitudes regarding healthcare professionals' guidelines on feeding practices in the child's first year of life. **Journal of Pediatric**, v.89, n.5, p.485-491, 2013.

BROWN, A; LEE, M. Maternal child-feeding style during the weaning period: Association with infant weight and maternal eating style. **Eating Behaviors**, v.12, n.2, p.108–111, 2011.

CAETANO, M. C. et al. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. **Jornal de Pediatria** [online], vol.86, n.3, p. 196-201, 2010.

- CARLOS, A. I; ANTÓNIO, P; CABRITA, T; ALVES, H; ARAÚJO, C; BENTES, M. H. Comportamento parental de mães adolescentes. **Análise Psicológica**, v. 2, n 25, p.183-194, 2007.
- CARNELL S; COOKE L; CHENG R; ROBBINS A; WARDLE J. Parental feeding behaviours and motivations. A qualitative study in mothers of UK pre-schoolers. **Appetite**, v.57, n.3, p.665–667, 2011.
- CARVALHAES, M. A. B. L; PEROSA, G. B; SILVEIRA, F. C. P. Comportamentos maternos e infantis durante a alimentação: estudo mediante observação. **Ciências, Cuidado e Saúde**, v. 8, n.3, p. 411-418, 2009.
- CECCONELLO, et al. Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. **Psicologia em estudo**, v.8, p. 45-54, 2003.
- CEREZO, M. A.; TRENADO, R. M.; PONS-SALVADOR, G. Mother-infant interaction and quality of child's attachment: a nonlinear dynamical systems approach. **Nonlinear Dynamics, Psychology, and Life Sciences**, v.16, n.3, p.243-267, 2012.
- CHAIDEZ et al. Sweetened food purchases and indulgent feeding are associated with increased toddler antropometry. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v.21, n.4. p.1-6, 2013.
- CHAIDEZ, V; TOWNSEND, M. Toddler-feeding practices among Mexican American mothers. A qualitative study. **Appetite**, v.56, n.3, p.629–632, 2011.
- CRUGNOLA, C. R; IERARDI, E.; GAZZOTTI, S. Motherhood in adolescent mothers: Maternal attachment, mother-infant styles of interaction and emotion regulation at three months. **Infant Behavior & Development**, v. 37, n.1, p. 44-56, 2014.
- CRUZ, M. C. C. Práticas alimentares no primeiro ano de vida de filhos de adolescentes. **Revista de Nutrição**, v.23, n.2, p.201-210, 2010.
- DANTAS, A. L. B; ROCHA, S. S; COÊLHO, I. M; ARAÚJO, R. A. Vivência de mães adolescentes após o nascimento do filho. **Revista interdisciplinar**, v.6, n. 3, p. 195-203, 2013.
- DARLING, N.; STEINBERG, L. Parenting style as context: An integrative model. **Psychological Bulletin**, v. 113, n.3, p. 487-496, 1993.
- DE BOURDEAUDHUIJ I; TE VELDE S; MAES L; PEREZ-RODRIGO C; DE ALMEIDA M; BRUG J. General parenting styles are not strongly associated with fruit and vegetable intake and social-environmental correlates among 11-year-old children in four countries in Europe. **Public Health Nutrition**, v.12, n.2, p.259-266, 2009.
- DESSEN, M. A; BRAZ, M. P. Rede Social de Apoio Durante Transições Familiares Decorrentes do Nascimento de Filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n. 3, p. 221-231, 2000.

DIAS, M. C. A. P; FREIRE, L. M. S; FRANCESCHINI, S. C. C. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. **Revista de Nutrição** [online], v23, n.3, p. 475-486, 2010.

DONOSO, M. T. V; RICAS, J. Perspectiva dos pais sobre educação e castigo físico. **Revista de Saúde Pública**, v.1, n.43, p.78-84, 2009.

DWYER, J. T; BUTTE, N. F; DEMING, D. M; SIEGA-RIZ, A. M; REYDE, K. C. Feeding Infants and Toddlers Study 2008: Progress, Continuing Concerns, and Implications. **Journal of the American Dietetic Association**, v.110, n.3, p.S60-S67, 2010.

FIATES, G. M. R; AMBONI, R. D. M. C; TEIXEIRA, E. Television use and food choices of children: Qualitative approach. **Appetite**, v.50, n.1, p.12–18, 2008.

FISHER, J. O.; MITCHELL, D. C; SMICIKLAS-WRIGHT, H; BIRCH, L. L. Parental influences on Young child's fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. **Journal of the American Diet Association**, v.102, n.1, p 58-64, 2002.

FORNÉS, N. S; MARTINS, I. S; VÉLAQUEZ-MELÉNDEZ, G; LATORRE, M. R. D. O. Escore de consumo alimentar e níveis lipêmicos em população de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.36, p.12-8, 2002.

FOX, M. K; PAC, S; DEVANEY, B; JANKOWSKI, L. Feeding Infants and Toddlers Study: What Foods Are Infants and Toddlers Eating? **Journal of the American Diet Association**, v.104, suppl 1, p.S22-S30, 2004.

FRALEY, R. C; ROISMAN, G. I; HALTIGAN, J. D. The legacy of early experiences in development: formalizing alternative models of how early experiences are carried forward over time. **Developmental Psychology**, v.49, n.1, p.109-126, 2013.

FUZETO, K. L. R.; OLIVEIRA, A. C. L. Comparação da prática do aleitamento materno e da alimentação complementar entre mães adolescentes e adultas, Curitiba /PR. **Caderno da Escola de Saúde**, Curitiba, v.3, n.5, p.1-16, 2010.

GARCIA, C. T; HOFFMAN, J.; VANHOUTEN, L. J. The social context teen age childbearing: effects on their parents' care giving environment. **Journal Youthand Adolescent**, v.16, n.4, p.345-59, 1987.

GOMIDE, P.I.C. **Inventários de Estilos Parentais (IEP): Modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação.** Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

GOMIDE, P.I.C. **Pais presentes, pais ausentes.** Petrópolis: Vozes, 2004.

GONÇALVES, I. Hábitos alimentares em adolescentes. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v.22, n.2, p.163-72, 2006.

GROSS, R. S; FIERMAN, A. H; MENDELSON, A. L; CHIASSON, M. A; SCHEINMANN, R; MESSITO, M. J. Maternal Perceptions of Infant Hunger, Satiety, and Pressuring Feeding Styles in an Urban Latina WIC Population. **Academic Pediatrics**, v.10, n. 1 p.29–35, 2010.

- HART, C. N; RAYNOR, H. A; JELALIAN, E; DROTAR, D. The association of maternal food intake and infants' and toddlers' food intakeccch. **Child: care, health and development**, v.36, n.3, p.396–403, 2010.
- HODGES, E. A; HUGHES, S. O; HOPKINSON, J; FISHER, J. O. Maternal decisions about the initiation and termination of infant feeding. **Appetite**, v.50, n.2-3, p.333–339, 2008.
- HODGES, E. A; JOHNSON, S. L; HUGUES, S. O; HOPKINSON, J. M; BUTTE, N. F; FISHER, J. O. Development of the responsiveness to child feeding cues scale. **Appetite**, v.65, p.210–219, 2013.
- HOERR, S. L; HUGHES, S. O; FISHER, J. O; NICKLAS, T. A; LIU, Y; SHEWCHUK, R. M. Association among parental feeding style children's foook intake in families with limited incomes. **Internacional Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v.5, n.6, p.55-63, 2009.
- HUBBS-TAIT, L; KENNEDY, T. S; PAGE, M. C; TOPHAM, G. L; HARRIST, A. W. Parental Feeding Practices Predict Authoritative, Authoritarian, and Permissive Parenting Styles. **Journal of the American Diet Association**, v.108, n.7, p.1154-1161, 2008.
- HUGHES, S.O; POWER, T.G; FISHER, J.O; MUELLER, S, NICKLAS, T.A. Revisiting a neglected construct: parenting styles in a child-feeding context. **Appetite**, v.44, n.1, p. 83–92, 2005.
- ISSLER, R. M. S; GIUGLIANI, E. R. J. Identificação de grupos mais vulneráveis à desnutrição infantil pela medição do nível de pobreza. **Jornal de Pediatria**, v. 73, n.1, p. 101-105, 1997.
- KHANDPUR, N; BLAINE, R. E; FISHER, J. O; DAVISON, K. K. Fathers' child feeding practices: A review of the evidence. **Appetite**, v.78, p.110–121, 2014.
- KAVANAGH, K. F; HABIBI, M; ANDERSON, K; SPENCE, M. Caregiver- vs Infant-Oriented Feeding: A Modelof Infant-Feeding Strategies among Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children Participants in Rural East Tennessee. **Journal of the American Diet Association**. v.110, n.10, p.1485-1491, 2010.
- KLEIN, V. C; GASPARDO, C. M; LINHARES, M. B. M. Dor, autorregulaçao e temperamento em recém-nascidos pré-termo de alto risco. **Psicologia: reflexão e critica**, v.24, n.3, p. 504-512, 2011.
- KOHLER, C.V.F. **Vivências da adolescente no aleitamento materno e participação de sua mãe nesse processo**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 104. if. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Curo de mestrado em enfermagem, 2005.
- LACERDA, S. M. M; MAIA, E. R. Aleitamento materno entre mães adolescentes: um estudo sobre desmame na atenção básica, Iguatu – CE. **Caderno Cultura e Ciência**, v1, n.1, p.446-59, 2006.

LEVINE, L; GARCIA, C. T. Determinants of Mother Infant Interaction in Adolescent Mothers. **Pediatrics**, v.78, n.1, p.23-29, 1986.

LIMA, A. P. E et al. Práticas alimentares no primeiro ano de vida: representações sociais de mães adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67, n.6, p.965-971, 2014.

MACCOBY, E; MARTIN, J. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. **Handbook of child psychology**, v.4, p.100-101, 1983.

MACHADO, F. N; MEIRA, D. C. S. M; MADEIRA, A. M. F. M. Percepções da família sobre a forma como a adolescente cuida do filho. **Revista da Escola de Enfermagem, USP**, v.37, n.1, p. 11-8 2003.

MARTINS, C. A. **Transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem**. Lisboa: Universidade de lisboa, 313 f. Tese (doutorado em enfermagem) – Universidade de Lisboa. Lisboa, 2013.

MATHESON, D; ROBINSON, T; VARADY, A; KILLEN, J. Do Mexican-American Mothers' Food-Related Parenting Practices Influence Their Children's Weight and Dietary Intake? **Journal of the American Diet Association**, v.106, n.11, p.1861-1865, 2006.

MAYER, A. P. F. **As relações entre família, escola e o desenvolvimento do sobrepeso e obesidade infantil**. Curitiba, 2011. 164 f. Dissertação (Mestrado em educação). Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

MCPHIE, S; SKOUTERIS, H; DANIELS, L. Maternal correlates of maternal child feeding practices: a systematic review. **Maternal and Child Nutrition**, v.10, n.1, p.18–43, 2014.

MITCHELL, S; BRENNAN, L; HAYES, L; MILES, C. L. Maternal psychosocial predictors of controlling parental feeding styles and practices. **Appetite**, v.53, n.3, p. 384–389, 2009.

NOGUEIRA et al. Práticas educativas de mães de bebês: efeitos de um programa de intervenção. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n.4, p. 599-607, 2013.

OBERLANDER, S. E.; SHEBL, F. M.; MAGDER, L. S.; BLACK, M. M. Adolescent mothers leaving multigenerational households. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, v.38, n.1, p. 62-74, 2009.

OLIVEIRA, A. S; SILVA, V. A. P; ALVES, J. J; FAGUNDES, D; PIRES, I. S. C; MIRANDA, L. C. Mães e amamentação versus hábitos alimentares de pré-escolares. **Alimentação e Nutrição**, v. 23, n. 3, p. 377-386, 2012.

Organização Pan-americana de Saúde/Ministério da Saúde/Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar IBFAN BRASIL. **Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável**. Caderno do Tutor. Versão preliminar (2). Brasília; 2009.

PETERS, J; DOLLMAN, J; PETKOV, J; PARLETTA, N. Associations between parenting styles and nutrition knowledge and 2–5-year-old children's fruit, vegetable and non-core food consumption. **Public Health Nutrition**, v.16, n.11, p.1979–1987, 2012.

PIRES, A. **A possível influência da relação com a figura paterna na representação da vinculação pré-natal, em grávidas adolescentes.** Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, 2009.

PRZYREMBEL, H. Timing of Introduction of Complementary Food: Short- and Long-Term Health Consequences. **Annals of Nutrition Metabolism**, v.60, n.2, p.8–20, 2012.

RAMOS, M; STEIN, L. M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **Jornal de pediatria**, v.76, Supl.3, p.S229-S237, 2000.

REAL, H. **Mother's feeding control practices on children's weight at 4 years old.** [Dissertação de Mestrado]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2012.

RHEE, K. E; LUMENG J. C; APPUGLIESE D.P; KACIROTI N; BRADLEY R. H. Parenting Styles and Overweight Status in First Grade. **Pediatrics**, v. 117, n.6, p. 2047-2059, 2006.

ROCHINHA, J; SOUSA, B. Os estilos e práticas parentais, a alimentação e o estado ponderal dos seus filhos. **Revista Ciência Nacional**, v.18, n.1, p.1-6, 2012.

RODRIGUES, F. R. A; RODRIGUES, D. P; SOUZA, E. S; NOGUEIRA, M. E. F; FIALHO, A.V.M. A vivência do ciclo gravídico-puerperal na adolescência: perfil sócio demográfico e obstétrico. **Revista Mineira Enfermagem**. v.12, n.1, p.27-33, 2008.

RODRIGUES, O. M. P. R; ALTAFIM; SCHIAVO, R. A. Práticas parentais de mães adultas e adolescentes com bebês de um a doze meses. **Aletheia**, v.34, p. 96-108, 2011.

RODRIGUES, O. M. P. R; SCHIAVO, R. A; VALLE, T. G. M. Estilos e práticas parentais de mães adolescentes: um programa de intervenção. **Revista Brasileira de Medicina**, v.47, n.2, p. 1-4, 2014.

ROSSI, A; MOREIRA, E. A. M., RAUEN, M. S. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Revista de Nutrição** [online], v.21, n.6, p. 739-748, 2008.

RO滕BERG, S; DE VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v.4, n.1, p. 85-94, 2004.

SAAVEDRA, J. M; DEMING, D; DATTILO, A; REIDY, K. Lessons from the feeding infants and toddlers study in North America: what children eat, and implications for obesity prevention. **Annals of Nutrition and Metabolism**, v.62, suppl 3, p.27–36, 2013.

SALVE, J. M; SILVA, I. A. Representações sociais de mães sobre a introdução de alimentos complementares para lactentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n.1, p.43-8, 2009.

SAMPAIO, I. T. A; GOMIDE, P. I. C. Inventário de Estilos Parentais (IEP) – Gomide (2006) percurso de padronização e normatização. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 25, n.48, p. 15-26, 2007.

SAMPAIO, I. T. A.; VIEIRA, M. L. A Influência do Gênero e Ordem de Nascimento sobre as Práticas Educativas Parentais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.23, n.2, p. 198-207, 2010.

SAVAGE, J. S; FISHER, J. O; BIRCH, L. L. Parental Influence on Eating Behavior: Conception to Adolescence. **Journal Law Medicine Ethics**, v.35, n.1, p. 22–34, 2007.

SAXTON, J; CARNELL, S; VAN JAARSVELD, C. H. M; WARDLE, J. Maternal Education Is Associated with Feeding Style. **Journal of the American Diet Associantion**. v.109, n.5, p.894-898, 2009.

SCHWARTZ, T; VIEIRA, R; GEIB, L. T. C. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. **Ciências saúde coletiva**, v. 16, n.5, p.2575-2585, 2011.

SHERI, S.; MADIGAN et al. Neglect Course of depression and anxiety symptoms during the transition to parenthood for female adolescents with histories of victimization. **Child Abuse & Neglect**, v.37, n.7, p.1160-1170, 2014.

SHERRY, B; MCDIVITT, J; BIRCH, L. L; COOK, F. H. Attitudes, Practices, and Concerns about Child Feeding and Child Weight Status among Socioeconomically Diverse White, Hispanic, and African-American Mothers. **Journal of the American Diet Association**. v.104, n.2, p.215-221, 2004.

SIEGER, K.; RENK, K. Pregnant and parenting adolescents: A study of ethnic identity, emotional and behavioral functioning, child characteristics, and social support. **Journal Youth Adolescence**, v.36, n.4, p.567 – 581, 2007.

SILVA, L. A.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A.; STEFANELLO, J. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v.18, n.1, p.48-56, 2009.

SLEDDENS, E. F; GERARDS, S. M; THIJS, C; DE VRIES, N. K; KREMERS, S. P. General parenting, childhood overweight and obesity-inducing behaviors: a review. **Internacional Journal of Pediatric Obesity**, v.6, n.2, p.e12-e27, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. **Manual de orientação: alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, p. 64, 2006.

SOLIS-PONTON, L. A construção da parentalidade. In SILVA, M. C. P., Solis-Ponton, L. (Orgs.), **Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio**, p. 29-40. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SPARRENBERGER, K; FRIEDRICH, R. R; SCHIFFNER, M. D; SCHUCH, I, WAGNER, M. B. Ultra-processed food consumption in children from a Basic Health Unit. **Journal of Pediatric**, v.91, n.6, p.535-42, 2015.

THOMPSON, A. L; BENTLEY, M. E. The critical period of infant feeding for the development of early disparities in obesity. **Social Science & Medicine**, v.97, p. 288-296, 2013.

TOMELERI, K. R; MARCON, S. S. Mãe adolescente cuidando do filho na primeira semana de vida. **Revista brasileira de enfermagem** [online], v.62, n.3, p. 355-361, 2009.

UTTER J, SCRAGG R, SCHAAF D, MHURCHU, C. N. Relationships between frequency of family meals, BMI and nutritional aspects of the home food environment among New Zealand adolescents. **International Journal of Behavioral Nutrition Physical Activity**, v.5, n.50, 2008.

VALMÓRBIDA, J. L; VITOLO, M. R. Factors associated with low consumption of fruits and vegetables by preschoolers of low socio-economic level. **Jornal de Pediatria**, v. 90, n.5, p.464-471, 2014.

VAN DIJKA, M; HUNNIUS, S; VAN GEERT, P. Variability in eating behavior throughout the weaning period. **Appetite**, v. 52, n. 3, p.766–770, 2009.

VEREECKEN, C; LEGIEST, E; DE BOURDEAUDHUIJ, I; MAES, L. Associations between general parenting styles and specific food-related parenting practices and children's food consumption. **American Journal of Health Promotion**, v.23, n.4, p.233-240, 2009.

VIANA, V; FRANCO, T; MORAIS, C. O estado ponderal e o comportamento alimentar de crianças e jovens: Influência do peso e das atitudes de controlo da mãe. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.12, n.2, p.267-279, 2011.

**XV CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO.** Programa de Ação, edição 15, Cairo, 1994.

WEBER, L. N. D; VIEZZER, A. P.; BRANDENBURG, O. J. O uso de palmadas e surras como prática educativa. **Estudos de Psicologia**, v.9, n.2, p.227-237, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Complementary feeding: report of the global consultation of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child.** Geneva, Switzerland: WHO; 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 november 2007 in Washington, D.C., USA.** WHO; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Complementary feeding: family foods for breastfed children.** Geneva: WHO; 2000.

ZELLER, M. H.; BOLES, R. E.; REITER-PURTILL, J. The Additive and Interactive Effects of Parenting Style and Temperament in Obese Youth Seeking Treatment. **International Journal of Obesity**, v.32, n.10, p.1474-1480, 2008.

## APÊNDICES

### **APÊNDICE A - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

**TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**(PARA MENORES DE 12 a 18 ANOS - Resolução 466/12)**

Convidamos você, após autorização dos seus pais ou dos responsáveis legais para participar como voluntária da pesquisa: Prática alimentar do lactente: Influência do estilo parental e tipo interação alimentar adotado por mães adolescentes. Esta pesquisa é da responsabilidade da pesquisadora Karla Adriana Oliveira da Costa, residente na R. Dr. João Guilherme Pontes Sobrinho, 505, Boa Viagem, Recife – PE, CEP: 51021090, Telefone: 87884421/32521978 e está sob a orientação de: Gisélia Alves Pontes da Silva, e-mail: giselialves@gmail.com.

Este Termo de Consentimento pode conter informações que você entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que esteja bem esclarecida sobre sua participação na pesquisa. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer pagamento para participar. Você será esclarecida sobre qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Após ler as informações a seguir, caso aceite participar do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é para ser entregue aos seus pais para guardar e a outra é do pesquisador responsável. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema se desistir, é um direito seu. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

#### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

- Descrição da pesquisa: Avaliar a influência dos estilos parentais e tipo de interação alimentar adotado por mães adolescentes e adultas sobre a prática alimentar de seus filhos durante a transição alimentar. Para a coleta dos dados, os participantes serão orientados quanto aos objetivos da pesquisa, sobre caráter confidencial das respostas e a necessidade de todos os itens serem respondidos. Em seguida, será entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as mães adultas e os responsáveis pelas mães adolescentes, enquanto as mães adolescentes assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Aos que concordarem participar do estudo assinarão as duas vias, uma ficará em posse do voluntário e a outra em será arquivada pela pesquisadora.

As mães serão entrevistadas através de quatro questionários: sócios demográficos, com perguntas referentes a variáveis sócio econômicas. Questionário para avaliar as práticas educativas parentais, no qual será utilizado o IEPMB que mede os estilos parentais. Para avaliação do tipo de interação alimentar entre mães e filhos no momento da alimentação será utilizado o Questionário de práticas alimentares infantil. E para avaliação e medição das práticas alimentares dos lactentes o questionário baseado nos indicadores de avaliação de práticas alimentares infantis e da criança pequena proposto pela Organização Mundial de Saúde. Todas as entrevistas serão realizadas individualmente em ambiente reservado.

- Os participantes da pesquisa serão recrutados em um momento único, no qual os questionários serão respondidos. Podendo haver reencontro mediante necessidade de esclarecimentos ou falha em algum questionário.
- Para tal pesquisa o risco que poderá existir aos sujeitos estudados é constrangimento e exposição, pois os mesmos responderão a perguntas, porém esse risco será minimizado através da não identificação do indivíduo entrevistado, afirmando dessa forma a segurança das respostas obtidas através da manutenção do caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade. Bem como o acesso ao Termo de Assentimento Livre Esclarecimento, podendo a qualquer momento da pesquisa solicitar a sua exclusão.
- O estudo permitirá o preenchimento de uma lacuna da literatura, uma vez que existem estudos limitados que avaliem os estilos parentais de cuidado em pais adolescentes, com enfoque na alimentação. Além de possibilitar uma maior sensibilização para que os serviços e profissionais de saúde promovam mais atenção na interação mãe/bebê em adolescentes.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, entrevistas e questionários, ficarão armazenados em pastas de arquivo no computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador e Orientador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos. Nem você e nem seus pais ou responsáveis legais pagarão nada para você participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação e de seus pais serão assumidas ou resarcidas pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da sua participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Este documento passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE que está no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

---

Assinatura do pesquisador (a)

#### **ASSENTIMENTO DO MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO VOLUNTÁRIO**

Eu, \_\_\_\_\_, portadora do documento de Identidade \_\_\_\_\_ (se já tiver documento), abaixo assinado, concordo em participar de o estudo prática alimentar do lactente: Influência do estilo parental e tipo interação alimentar adotado por mães adolescentes como voluntária. Fui informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu ou meus pais precise pagar nada.

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do (da) menor: \_\_\_\_\_

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do/a voluntário/a em participar. 02 testemunhas:

Nome: Assinatura:	Nome: Assinatura:
----------------------	----------------------

## **APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Solicitamos a sua autorização para convidar a sua filha ou menor que está sob sua responsabilidade para participar, como voluntária, da pesquisa Prática alimentar do lactente: Influência do estilo parental e tipo interação alimentar adotado por mães adolescentes. Esta pesquisa é da responsabilidade da pesquisadora Karla Adriana Oliveira da Costa, residente na R. Dr. João Guilherme Pontes Sobrinho, 505, Boa Viagem, Recife – PE, CEP: 51021090, Telefone: 87884421/32521978 e está sob a orientação de: Gisélia Alves Pontes da Silva, e-mail: giseliaalves@gmail.com.

Este Termo de Consentimento pode conter informações que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre sua participação na pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar que o (a) menor faça parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa nem o (a) Sr.(a) nem o/a voluntário/a que está sob sua responsabilidade serão penalizados (as) de forma alguma. O (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da participação do (a) menor a qualquer tempo, sem qualquer penalidade.

#### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

- Descrição da pesquisa: Avaliar a influência dos estilos parentais e tipo de interação alimentar adotado por mães adolescentes e adultos sobre a prática alimentar de seus filhos durante a transição alimentar. Para a coleta dos dados os participantes serão orientados quanto aos objetivos da pesquisa, sobre caráter confidencial das respostas e a necessidade de todos os itens serem respondidos. Em seguida, será entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as mães adultas e os responsáveis pelas mães adolescentes, enquanto as mães adolescentes assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Aos que concordarem participar do estudo assinarão as duas vias, uma ficará em posse do voluntário e a outra em será arquivada pela pesquisadora.

As mães serão entrevistadas através de quatro questionários: sócios demográficos, com perguntas referentes a variáveis sócio econômicas. Questionário para avaliar as práticas educativas parentais, no qual será utilizado o IEPMB que mede os estilos parentais. Para avaliação do tipo de interação alimentar entre pais e filhos no momento da alimentação será utilizado o Questionário de práticas alimentares infantil. E para avaliação e medição das práticas alimentares dos lactentes o questionário baseado nos indicadores de avaliação de

práticas alimentares infantis e da criança pequena proposto pela Organização Mundial de Saúde. Todas as entrevistas serão realizadas individualmente em ambiente reservado.

- Os participantes da pesquisa serão recrutados em um momento único, no qual os questionários serão respondidos. Podendo haver reencontro mediante necessidade de esclarecimentos ou falha em algum questionário.
- Para tal pesquisa o risco que poderá existir aos sujeitos estudados é constrangimento e exposição, pois os mesmos responderão a perguntas, porém esse risco será minimizado através da não identificação do indivíduo entrevistado, afirmado dessa forma a segurança das respostas obtidas através da manutenção do caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade. Bem como o acesso ao Termo de Assentimento Livre Esclarecimento, podendo a qualquer momento da pesquisa solicitar a sua exclusão.
- O estudo permitirá o preenchimento de uma lacuna da literatura, uma vez que existem estudos limitados que avaliem os estilos parentais de cuidado em pais adolescentes, com enfoque na alimentação. Além de possibilitar uma maior sensibilização para que os serviços e profissionais de saúde promovam mais atenção na interação mãe/bebê em adolescentes.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação da voluntária. Os dados coletados nesta pesquisa entrevistas e questionários, ficarão armazenados em pastas de arquivo em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador e Orientador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para ela participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação do voluntário/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (**Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br**).

---

Assinatura do pesquisador (a)

#### **CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, responsável por \_\_\_\_\_, autorizo a sua participação no estudo Prática alimentar do lactente: Influência do estilo parental e tipo interação alimentar adotado por mães adolescentes como voluntária. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dela. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de seu acompanhamento/ assistência/tratamento para mim ou para a menor em questão.

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do (da) responsável: \_\_\_\_\_

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar. 02 testemunhas:

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

**APÊNDICE C – FORMULÁRIO DA PRÁTICA MATERNA DE ALIMENTAR DA CRIANÇA PEQUENA E AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA, ESTILO MATERNO DE ALIMENTAR A CRIANÇA PEQUENA, PRÁTICAS EDUCATIVAS/ESTILO PARENTAL E CARACTERÍSTICAS SÓCIO ECONOMICAS E DEMOGRÁFICAS DA MÃE**

<b>1.Nº do formulário:</b> _____	<b>2. Data do formulário:</b> _____
<b>3 .Qual seu nome?</b> _____	<b>4. Qual o nome da sua criança?</b> _____
<b>5. Qual a sua idade?</b> _____ anos	<b>6. Qual a idade da criança?</b> _____ meses
<b>7. Quem passa a maior parte do tempo com sua criança?</b>  (1) Eu mesma (2) Minha mãe ou sogra (3) O pai da criança (4) Outros (8) Não sei	<b>8. Você é responsável por quantas refeições no dia da sua criança?</b>  (1) 1 refeição (2) 2 refeições (3) 3 refeições (4) 4 ou mais refeições (8) Não sei
<b>9. Sua criança tem algum tipo de doença que cause dificuldade dela se alimentar?</b>  (1) Sim (2) Não (8)Não sei	<b>10. Nasceu prematuro?</b>  (0) não (1) sim (8) não sabe
<b>11. Teve alguma internação desde o nascimento?</b>  (0) não (1) sim (8) não sabe	

<p><b>12. Durante o pré-natal e puericultura a sra recebeu alguma orientação sobre aleitamento materno?</b></p> <p>(0) Não          1.Médico (1) sim (2) não          2.Enfermeiro (1) sim (2) não          3.Dentista (1) sim (2) não          4.Técnico de enfermagem (1) sim (2) não          5.Agente comunitário (1) sim (2) não          6.Nutricionista (1) sim (2) não          8 não sabe</p>	<p><b>13. A sua criança mama no peito?</b>          (0) não (1) sim (8) não sabe</p>
<p><b>14. A sra recebeu orientação de algum profissional de saúde de como começar a dá comida? De quem?</b></p> <p>(0) Não          1.Médico (1) sim (2) não          2.Enfermeiro (1) sim (2) não          3.Dentista (1) sim (2) não          4.Técnico de enfermagem (1) sim (2) não          5.Agente comunitário (1) sim (2) não          6.Nutricionista (1) sim (2) não          (8) não sabe</p>	<p><b>15. Que idade a criança tinha quando a sra começou a dá a comida?</b>          _____ meses</p>
<p><b>16. A sua criança bebe?</b></p> <p>1.Suco:          (0) nunca          (1) dia          (2) semana          (3) mês</p> <p>2.Refrigerante:          (0) nunca          (1) dia          (2) semana          (3) mês</p>	<p><b>17. A sua criança toma leite que não seja o seu?</b>          (0) não (1) sim (8) não sabe</p>

<b>18. A sua criança come frutas?</b> (0) nunca (1) dia (2) semana (3) mês	<b>19. A sua criança come pão, bolacha, cuscuz, macarrão?</b> (0) nunca (1) dia (2) semana (3) mês
<b>20. A sua criança come feijão, lentilha, ervilha?</b> (0) nunca (1) dia (2) semana (3) mês	<b>21. A sua criança come inhame, macaxeira, batata doce?</b> (0) nunca (1) dia (2) semana (3) mês
<b>22. A sua criança come carnes, ovos e peixes?</b> (0) nunca (1) dia (2) semana (3) mês	<b>23. A sua criança come legumes e verduras?</b> (0) nunca (1) dia (2) semana (3) mês
<b>24. A sua criança come iogurte, queijo?</b> (0) nunca (1) dia (2) semana (3) mês	<b>25. A sua criança come alimentos industrializados (caldo de carne, sopinha, macarrão instantâneo, suco artificial, biscoito recheado, pipoca, achocolatado, cereal matinal, chocolate)?</b> (0) nunca (1) dia (2) semana (3) mês
<b>26. A criança come lanche entre o almoço e jantar?</b> (0) nunca (1) dia (2) semana (3) mês	<b>27. A sua criança come coxinha, pastel, salgadinho, pipoca?</b> (0) nunca (1) dia (2) semana (3) mês
<b>28. A sua criança come chocolate, biscoito recheado, pirulito, confeito, goiabada?</b> (0) nunca (1) dia (2) semana (3) mês	<b>29. Qual a consistência da comida da sua criança?</b> (1) batida no liquidificador (2) passada na peneira (3) amassada com o garfo (4) cortada em pedaços (5) igual à do adulto (8) não sabe

<b>30-Peso atual criança:</b> _____ kg <b>31-Comprimento atual:</b> _____ cm <b>32-IMC:</b> _____ kg/m <sup>2</sup>	
<b>33- Você pergunta a seu filho (a) se ele tá com vontade de comer antes de colocar a comida no prato dele?</b>  (1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) a maior parte das vezes (5) sempre	<b>34-Você pergunta a seu filho se ele quer comer algum tipo de comida antes de servir o prato dele?</b>  (1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) a maior parte das vezes (5) sempre
<b>35- Antes de começar a dá a comida para seu filho você anima ele a comer?</b>  (1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) a maior parte das vezes (5) sempre	<b>36-Você espera seu filho engolir o que tá na boca dele para dá a próxima colherada?</b>  (1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) a maior parte das vezes (5) sempre
<b>37-Se seu filho tá com a boca fechada, você passa a colher na boca dele para que ele abra a boca e coma?</b>  (1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) a maior parte das vezes (5) sempre	<b>38-Você apressa seu filho para comer mais rápido?</b>  (1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) a maior parte das vezes (5) sempre
<b>39-Você demora a dá a próxima colherada para seu filho e ele fica irritado com a demora?</b>  (1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) a maior parte das vezes (5) sempre	<b>40- Quando seu filho tá comendo sozinho, você fica pedindo para ele comer mais rápido ou devagar?</b>  (1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) a maior parte das vezes (5) sempre
<b>41- Você estimula seu filho a comer sozinho, mesmo que ele não peça para comer sozinho?</b>  (1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) a maior parte das vezes (5) sempre	<b>42- Você insiste para que seu filho coma quando ele não quer comer porque está distraído com alguma coisa?</b>  (1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) a maior parte das vezes (5) sempre
<b>43- Quando se filho diz ou mostra que não quer mais comer, você insiste em dá comida a ele?</b>  (1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) a maior parte das vezes (5) sempre	<b>44- Se ele continua dizendo que não quer, você continua dando a comida?</b>  (1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) a maior parte das vezes (5) sempre

<p><b>45-Quando ele diz que não quer a comida que você tá dando, você dá outra coisa para ele comer no lugar?</b></p> <p>(1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) a maior parte das vezes (5) sempre</p>	<p><b>46-Você brinca com seu filho para consegui que ele coma?</b></p> <p>(1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) a maior parte das vezes (5) sempre</p>
<p><b>47-Você diz para seu filho que ele vai ganhar algo se ele começar a comer ou comer tudo que tá no prato?</b></p> <p>(1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) a maior parte das vezes (5) sempre</p>	<p><b>48- Quando seu filho não quer comer de jeito nenhum, você diz que vai bater nele ou colocar de castigo?</b></p> <p>(1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) a maior parte das vezes (5) sempre</p>
<p><b>49- Quando seu filho não quer comer de jeito nenhum, você dá uma palmada nele para fazer com que ele coma?</b></p> <p>(1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) a maior parte das vezes (5) sempre</p>	<p><b>50- Você que controla a velocidade que seu filho come, se é devagar ou rápido?</b></p> <p>(1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) a maior parte das vezes (5) sempre (há alternância de comando (mãe/criança)</p>
<p><b>51-Seu filho come sozinho?</b></p> <p>(1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) a maior parte das vezes (5) sempre</p>	<p><b>52- Seu filho fica querendo comer sozinho quando você tá dando a comida dele, puxando a colher da sua mão?</b></p> <p>(1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) a maior parte das vezes (5) sempre</p>
<p><b>53- Você deixa seu filho comer com a mão?</b></p> <p>(1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) a maior parte das vezes (5) sempre</p>	<p><b>54- Seu filho come tudo que você coloca no prato dele?</b></p> <p>(1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) a maior parte das vezes (5) sempre</p>
<p><b>55- Você aproveita que a criança tá comendo para fazer outra coisa?</b></p> <p>(1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) a maior parte das vezes (5) sempre</p>	<p><b>56- Você conversa com seu filho sobre a comida, explicando o que tem no prato, fazendo ele entender o que tá comendo?</b></p> <p>(1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) a maior parte das vezes (5) sempre</p>

<b>57- Quando seu filho tá comendo você olha para ele?</b>  (1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) a maior parte das vezes (5) sempre	<b>58- Você ensina a seu filho a comer?</b>  (1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) a maior parte das vezes (5) sempre		
<b>59- Quando seu filho está comendo você faz carinho nele?</b>  (1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) a maior parte das vezes (5) sempre			
<b>ENTRE 10 EPISÓDIOS FAÇO:</b>	Sempre (8-10 vezes)	Às vezes (3-7 vezes)	Nunca (0-2 vezes)
<b>60- Quando seu filho faz algo que você não gosta, a forma como você responde depende se você está de bem com a vida ou não?</b>			
<b>61- Você dá menos atenção ao seu filho do que gostaria, por causa do seu trabalho?</b>			
<b>62- Ameaça que vai bater ou fica muito irritada com seu filho, mas depois não faz nada com ele?</b>			
<b>63- Dá uma palmada ou bate com outra coisa no seu filho?</b>			
<b>64- Quando sai e deixa seu filho com outra pessoa, procura saber como ele ficou sem você?</b>			

<b>65-</b> Planeja o que vai fazer no dia, mas nunca consegue fazer o que pensou?			
<b>66-</b> Quando está alegre não se importa que seu filho faz algo que você não gosta?			
<b>67-</b> Você está sempre ocupada para dá atenção a seu filho quando ele chora? Ele procura outra pessoa para acalmá-lo?			
<b>68-</b> Se seu filho está chorando você deixa ele chorando e não pega ele, mas se ele continua chorando, você acaba pegando?			
<b>69-</b> Seu filho tem medo de você?			
<b>70-</b> Quando seu filho tá chorando você tenta saber o porquê dele tá chorando?			
<b>71-</b> Quando você está nervosa por algum motivo, você trata mal seu filho e depois se arrepende?			
<b>72-</b> Seu filho fica com outras pessoas a maior parte do tempo?			
<b>73-</b> Você não faz um horário para seu filho seguir no dia, as coisas vão acontecendo à medida que o dia vai passando?			
<b>74-</b> Quando você bate no seu filho, ele fica com alguma manchinha?			
<b>75-</b> Quando você tá muito ocupada ou viajando você liga para saber com seu filho está durante o dia?			
<b>76-</b> Quando você está nervosa acaba descontando no seu filho?			
<b>77-</b> Quando você sai e deixa seu filho com outra pessoa, quando você volta você fica querendo saber se ele ficou bem ou mal, o que ele fez, o que comeu?			
<b>78-</b> Você é mal-humorada com seu filho?			
<b>79-</b> Você sabe dizer o que seu filho gosta?			
<b>80-</b> Quando seu filho tá aborrecendo ou tá manhoso, você diz que não vai pegar ele no colo, mas acaba pegando por pena?			
<b>81-</b> Você é agressiva com seu filho?			

<b>82-</b> Você faz uma rotina para você e seu filho e consegue seguir direitinho?			
<b>83-</b> Você deixa que outra pessoa resolva os problemas de seu filho?			
<b>84-</b> Você bate, dá palmada, fala palavrão, grita ou deixa seu filho de castigo?			
<b>85-Nº de filhos:</b> _____	<b>86- Você vive com o pai da sua criança?</b> 1-sim 2-não 8- não sabe		
<b>87-Qual é a sua participação na vida econômica na sua família?</b>  1-Não trabalho sou sustentado pela família. 4- Trabalho, mas recebo ajuda financeira. 3- Trabalho e sou responsável pelo meu sustento. 4- Trabalho e contribuo parcialmente em casa. 5- Trabalho e sou o principal responsável pelo sustento da família	<b>88- Qual seu grau de escolaridade?</b> 1- sem escolaridade 2 -ensino fundamental (1º grau) incompleto 3 -ensino fundamental (1º grau) completo 4 -ensino médio (2º grau) incompleto 5 -ensino médio (2º grau) completo 6 -superior incompleto 7 -superior completo 8 -mestrado ou doutorado 9 -não sei informar		
<b>89- leitura materna</b> 0- Não ler 1- Ler com dificuldade 2- Ler com facilidade	<b>90- tem o apoio da mãe, sogra, tia?</b> 1-sim 2- não 8- não sabe		
<b>91-Qual o sexo da sua criança?</b> 1- Feminino 2- Masculino			
<b>92-Número de pessoas que comem e dormem na casa</b> _____ pessoas	<b>93- Abandono do pai</b> (1) Abandono total (2) Abandono parcial (3) Sem abandono		
<b>94-Escolaridade dos pais (a mais alta deve ser considerada quando houver diferença)</b>  (1) Analfabeto, nunca estudou (2) 1ª a 3ª série (3) Até 4ª série (4) 5ª a 7ª série (5) Até 8ª série ou mais	<b>95- Atividade dos pais (a mais alta deve ser considerada quando houver diferença)</b>  (1) Dono de armazém, pequeno comércio (2) Trabalho regular (3) Trabalho por tarefa, biscateiro (4) Encostado, seguro-desemprego, aposentado		
<b>96- Relação com o domicílio</b>  (1) Morando de favor (2) Casa invadida (3) Casa emprestada, em usufruto (4) Casa alugada (5) Casa própria, em pagamento	<b>97- Tipo de casa</b>  (1) Casa simples, 1 a 2 peças (2) Casa simples, mais de 2 peças (3) Casa de madeira ou mista (4) Casa sólida, alvenaria		

<b>98- Número de pessoas que dormem na casa e lugares para dormir (cama de casal equivale a 2 lugares)</b>  (1) (nº de pessoas) - (nº de camas) < (2) (nº de pessoas) - (nº de camas) >	<b>99- Abastecimento de água</b>  (1) água carregada de vizinho, bica pública (2) água encanada, no terreno (3) água encanada, dentro de casa
<b>100- Deposição de excreta</b>  (1) Não tem (campo aberto) (2) Poço negro ou latrina (3) Descarga, ligada a fossa ou rede de esgoto	<b>101- Coleta de lixo</b>  (1) Lixo jogado em campo aberto (2) Lixo queimado ou enterrado (3) Lixeira pública (4) Coleta domiciliar
<b>102- Energia elétrica</b>  (1) Não tem energia elétrica (2) Com registro comum a várias casas (3) Com registro próprio	<b>103- Cozinha independente</b>  (1) não (2) sim
<b>104- Equipamentos do domicílio</b>  (1) Geladeira (2) Televisão (3) Fogão (4) Rádio	

## APÊNDICE D - CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DE MÃES ADOLESCENTES

Tabela 11: Características socioeconômicas e demográficas de mães adolescentes de acordo com a faixa etária

Características	Mães adolescentes 15-17 anos		Mães adolescentes 18-19 anos		Total		*p
	n	%	n	%	N	%	
<b>Número de filhos</b>							
1	13	92,90	19	52,80	32	64,00	
≥2	1	7,10	17	47,20	18	36,00	<b>0,02</b>
<b>Coabitação com o companheiro</b>							
Não	4	28,60	4	11,10	8	16,00	
Sim	10	71,40	32	88,90	42	84,00	**0,14
<b>Contribuição na renda familiar</b>							
Não trabalha	12	85,70	29	80,60	41	82,00	
Trabalha e tem ajuda financeira	1	7,20	4	11	5	10,00	0,89
É a única responsável financeira	1	7,10	3	8,40	4	8,00	
<b>Escolaridade materna</b>							
Sem escolaridade/fundamental	4	28,50	7	19,50	11	22,00	
Escolaridade média/ superior	10	71,50	29	80,50	39	78,00	0,47
<b>Letramento materno</b>							
Lê com dificuldade	5	35,70	6	16,70	11	22,00	0,14
Lê com facilidade	9	64,30	30	83,30	39	78,00	
<b>Situação econômica</b>							
Baixa inferior	2	14,30	2	5,60	4	8,00	**0,31
Baixa superior	12	85,70	34	94,40	46	92,00	

\*Qui-quadrado \*\* Exato de Fisher