NUTRIÇÃO NA GRAVIDEZ

Ajudando as crianças a desenvolver hábitos saudáveis de alimentação

Maureen M. Black, PhD Kristen M. Hurley, PhD

University of Maryland School of Medicine, EUA

Agosto 2007, Éd. rév.

Introdução

O primeiro ano de vida caracteriza-se por rápidas mudanças no desenvolvimento relacionadas à alimentação. À medida que os bebês adquirem controle sobre o tronco, progridem da sucção de líquidos em posição supina ou semirreclinada para a ingestão de alimentos sólidos em posição sentada. As habilidades motoras orais progridem de um mecanismo básico de sugar-engolir o leite materno ou a mamadeira para um mecanismo de mastigar-engolir alimentos semissólidos, e daí para texturas mais complexas.[1,2] À medida que adquirem controle motor fino, os bebês passam da alimentação exclusivamente ministrada por outros a uma autoalimentação, pelo menos parcial. Sua dieta amplia-se do leite materno ou em pó para cereais infantis e alimentos preparados especialmente para eles e, finalmente, para a dieta da família. Ao final do primeiro ano de vida, as crianças conseguem sentar-se independentemente, mastigar e engolir uma variedade de texturas, estão aprendendo a comer sozinhas e fazendo a transição para a dieta e os padrões alimentares da família.

©2007-2026 ABILIO | NUTRIÇÃO NA GRAVIDEZ

Nessa etapa, a criança está pronta para a variedade – um componente essencial de uma dieta de alta qualidade. Dados sobre bebês e crianças de 6 a 23 meses de idade, obtidos em 11 países, demonstraram uma associação positiva entre dieta variada e *status* nutricional.[3] PEm uma amostra de famílias de classe média com padrões dietéticos saudáveis, a variedade dietética e a exposição a frutas, legumes e verduras nos primeiros anos de vida estavam associadas à aceitação posterior desses alimentos.[4]

Os padrões de alimentação e as preferências alimentares das crianças são estabelecidos no início da vida. Quando crianças recusam alimentos nutritivos como frutas ou legumes e verduras, as refeições podem transformar-se em momentos estressantes e conflituosos, e elas podem não receber os nutrientes necessários e não interagir de forma saudável e responsiva com seus cuidadores. Cuidadores inexperientes ou estressados, e aqueles que têm hábitos alimentares inadequados, podem ser os que mais precisam de ajuda para facilitar um comportamento alimentar nutritivo e saudável para seus filhos.

Do que se trata

De 25% a 30% das crianças têm problemas associados à alimentação, principalmente quando estão adquirindo novas habilidades e são desafiadas por novos alimentos ou novas expectativas em relação às refeições.[5] Por exemplo, os primeiros anos de vida caracterizam-se por esforços de autonomia e independência à medida que tentam fazer as coisas sozinhas. Quando se trata de comportamentos alimentares, as crianças podem tornar-se neofóbicas (hesitantes quanto a experimentar novos alimentos) e insistir em um repertório limitado de alimentos,[6] o que as leva a serem descritas como exigentes (“enjoadas”) em relação a alimentos.

Os problemas alimentares são, em sua maioria, temporários e de fácil resolução, com pouca ou nenhuma intervenção. No entanto, problemas alimentares persistentes podem prejudicar o crescimento, o desenvolvimento e as relações das crianças com seus cuidadores, resultando em problemas de longo prazo relacionados à saúde e ao desenvolvimento.[7] Infelizmente, os cuidadores de crianças que apresentam problemas alimentares persistentes nem sempre procuram orientação profissional até que os problemas tornem-se graves e interfiram em seu crescimento ou comportamento em outras áreas.

Problemas

Os padrões alimentares sofrem influências ambientais, familiares e de desenvolvimento. À medida que as crianças tornam-se capazes de fazer a transição para os alimentos consumidos pela família, seus sinais internos para a regulação da fome e da saciedade são frequentemente desconsiderados por padrões familiares e culturais. No âmbito familiar, filhos de cuidadores que oferecem modelos dietéticos pouco saudáveis tendem a estabelecer padrões de comportamento e de preferências alimentares que incluem quantidades excessivas de gordura e de açúcar. Em um contexto ambiental mais amplo (social), a exposição frequente das crianças a lanchonetes e outros restaurantes resultou em aumento do consumo de alimentos com alto teor de gordura, como batatas fritas, ao invés de opções mais nutritivas, tais como frutas, legumes e verduras.[8] Além disso, os cuidadores talvez não notem que muitos produtos comerciais cujo *marketing* é dirigido a crianças – como bebidas adoçadas – podem satisfazer a fome ou a sede mas oferecem poucos benefícios nutricionais.[9]

Pesquisas nacionais relataram ingestão excessiva de calorias na primeira infância,[10,11] e muitas crianças continuam a consumir quantidades alarmantemente reduzidas de frutas, legumes e verduras e de micronutrientes essenciais.[12] Na escola primária, mais de 50% dos líquidos ingeridos pelas crianças são bebidas adoçadas,[13] um padrão que, sem dúvida, se origina na primeira infância e no período pré-escolar. Esses padrões nutricionais deficientes (alto teor de gordura, açúcar e carboidratos refinados; bebidas adoçadas; e pouca quantidade de frutas, legumes e verduras) aumentam a probabilidade de deficiências de micronutrientes – por exemplo, anemia por deficiência de ferro – e de excesso de peso na infância.

Contexto de pesquisa

A alimentação é frequentemente pesquisada por meio de estudos observacionais ou de relatos dos cuidadores sobre comportamento durante as refeições. Alguns pesquisadores baseiam-se em amostras clínicas de crianças com problemas de alimentação ou crescimento, ao passo que outros recrutam crianças com padrões normativos.

Questões-chave de pesquisa

As questões-chave de pesquisa incluem progressão do comportamento alimentar nos primeiros anos de vida, métodos utilizados pelas crianças para sinalizar fome e saciedade, e motivos pelos quais algumas crianças (as “enjoadas”) são seletivas em suas preferências alimentares. As questões-chave para cuidadores e famílias referem-se às formas de promover comportamento

alimentar saudável em meio a crianças pequenas, de estimular o consumo de alimentos saudáveis e de evitar problemas de alimentação.

Resultados de pesquisas recentes

Apego e alimentação

O comportamento alimentar saudável inicia-se na infância à medida que bebês e seus cuidadores estabelecem uma parceria por meio da qual reconhecem e interpretam sinais verbais e não verbais de comunicação entre si. Esse processo recíproco constitui a base para o vínculo emocional – ou apego – entre bebês e cuidadores, essencial para um funcionamento social saudável. Havendo uma ruptura na comunicação entre crianças e cuidadores, caracterizada por interações inconsistentes e não responsivas, o vínculo de apego talvez não se consolide, e a alimentação pode tornar-se uma ocasião para disputas improdutivas e perturbadoras a respeito da comida.

Bebês que não oferecem sinais claros a seus cuidadores ou não respondem no sentido de ajudá-los a estabelecer rotinas previsíveis de alimentação, sono e brincadeiras correm risco de apresentar uma variedade de problemas, inclusive problemas de alimentação.[7] Bebês prematuros ou doentes talvez sejam menos responsivos do que bebês a termo saudáveis, e menos capazes de comunicar suas sensações de fome ou saciedade. Cuidadores que não reconhecem a sinalização de saciedade de seus bebês podem alimentá-los em excesso, fazendo com que associem sensações de saciedade com frustração e conflito.

Estilos de alimentação

Os estilos de alimentação referem-se ao padrão interacional de comportamentos entre cuidadores e crianças que ocorre durante a alimentação. Tal como outros comportamentos parentais, os estilos de alimentação estão incluídos em dimensões de estrutura e de criação.[14,15] Há quatro estilos de alimentação incluídos nessas duas dimensões: sensível/ responsivo, controlador, tolerante e negligente (Figura 1).

Figura 1. Modelos de comportamento parental e estilos de alimentação

MODO DE CRIAÇÃO			
		MUITO	POUCO
ESTRUTURA	MUITO	*AUTORITATIVO* • Envolvido • Protetor • Estruturado ***Estilo Sensível/Responsivo em relação à alimentação***	*AUTORITÁRIO* • Exigente • Restritivo • Estruturado ***Estilo Controlador em relação à alimentação***
	POUCO	*TOLERANTE* • Envolvido • Protetor • Não estruturado ***Estilo Tolerante em relação à alimentação***	*NEGLIGENTE* • Negligente • Insensível • Não estruturado ***Estilo Negligente em relação à alimentação***

Um **estilo sensível/responsivo em relação à alimentação**, muito protetor e estruturado, caracteriza cuidadores que estabelecem uma relação com a criança que envolve solicitações claras e interpretação recíproca de sinais e de pedidos na interação durante as refeições. A responsividade em si mesma pode ser ou não sensível – por exemplo, gritar com um bebê em resposta a uma recusa de alimento –, ao passo que a responsividade sensível refere-se a comportamentos interativos caracterizados por disponibilidade emocional, respostas casuais adequadas ao nível de desenvolvimento e consistentes com a sinalização da criança, e alternância fácil no processo de dar e receber.[16,17] O estilo sensível/responsivo deriva do estilo autoritativo de comportamento parental.[14,15]

Um **estilo controlador em relação à alimentação**, muito estruturado e pouco protetor, caracteriza cuidadores que utilizam estratégias exigentes ou restritivas para controlar as refeições. Estilos controladores em relação à alimentação estão contidos em um padrão geral de cuidados parentais autoritários e incluem comportamentos de superestimulação – como a mãe que tenta obter a atenção da criança falando alto, forçando a ingestão do alimento ou dominando a criança de outras formas.[18] Pesquisas observacionais demonstraram que bebês e crianças que têm cuidadores superestimuladores apresentam estresse e/ou esquiva-se da alimentação.[18]

Em meio a crianças em idade pré-escolar, técnicas rigorosas e restritivas são muitas vezes contraproducentes: crianças que são pressionadas a comer mais frutas, legumes e verduras não o fazem,[19] e crianças cujos cuidadores utilizam práticas restritivas de alimentação tendem a comer excessivamente.[20] Quando as famílias são controladoras, principalmente em relação à alimentação, podem desconsiderar as sinalizações internas que regulam a fome e a saciedade dos filhos.[21] A capacidade inata dos bebês de autorregular sua ingestão energética diminui no decorrer da primeira infância em resposta a padrões familiares e culturais.[22] Embora os mecanismos que orientam mudanças de regulação ainda não sejam inteiramente claros, quando cuidadores não consideram os processos de regulação de seus filhos, a ingestão de alimentos pode ocorrer na ausência de fome, o que, por sua vez, está associada a rápido ganho de peso e obesidade infantil.[20]

Um **estilo tolerante em relação à alimentação**, muito protetor e pouco estruturado, está incluído em um estilo geral de cuidados parentais tolerantes, e ocorre quando os cuidadores permitem que as crianças tomem decisões sobre as refeições – como resolver quando e o que vão comer.[23] Sem a orientação dos pais, as crianças tendem a ser atraídas por alimentos com alto teor de sal ou de açúcar, e não por uma variedade mais equilibrada de alimentos, inclusive legumes e verduras.[23] Desse modo, um estilo de alimentação tolerante pode ser problemático, tendo em vista as predisposições genéticas dos bebês para preferir sabores doces e salgados.[24] Foi demonstrado que crianças cujos cuidadores apresentam um estilo de alimentação tolerante são mais pesadas do que aquelas cujos cuidadores não utilizam esse estilo.

Um **estilo negligente em relação à alimentação**, pouco protetor e pouco estruturado, caracteriza frequentemente cuidadores que possuem conhecimentos limitados e que se envolvem pouco com o comportamento de seus filhos durante a refeição.[23] Esses estilos podem ser caracterizados por pouca ou nenhuma ajuda física ou verbalização durante a refeição, falta de reciprocidade entre cuidador e criança, ambiente de alimentação negativo e ausência de estrutura ou de rotina de alimentação. Esses cuidadores frequentemente ignoram as recomendações de alimentação para seus filhos pequenos e as sinalizações de fome e saciedade dadas por eles, e podem estar pouco atentos àquilo que seu filho está comendo ou ao momento em que a alimentação ocorre. Egeland e Sroufe[25] constataram que crianças cujos cuidadores são indiferentes ou não estão psicologicamente disponíveis estavam mais propensos a apresentar atitudes ansiosas de apego quando comparadas a crianças cujos cuidadores estavam mais disponíveis. Um estilo negligente em relação à alimentação está incluído em um estilo geral

negligente de cuidados parentais.[23]

Costanzo e Woody[26] propõem um modelo de estilos de cuidados parentais específicos para cada domínio, no qual o comportamento parental varia conforme a situação. Propõem que cuidadores podem ser sensíveis e responsivos em um contexto ou domínio – por exemplo, durante brincadeiras –, mas não necessariamente em todos os domínios. Por exemplo, se os cuidadores percebem que seu filho tem um problema alimentar, talvez sejam controladores durante a alimentação. Nossa pesquisa encontrou apoio parcial para a especificidade de domínios quando aplicada ao comportamento controlador dos pais. Embora os cuidados parentais tenham se mostrado consistentes nos domínios de alimentação e brincadeiras, o controle parental foi consistentemente mais alto durante a alimentação do que durante brincadeiras.[27]

Faith *et al*.[28] Previsaram 22 estudos que analisavam estilos de alimentação. A maioria deles foi transversal[29,2] e mediu os estilos de alimentação utilizando relatos dos pais.[10,2] Os poucos estudos que utilizaram medidas observacionais focalizaram o comportamento alimentar da criança – por exemplo, mordidas, recusa de alimento etc. – e comportamentos parentais – por exemplo, oferecer comida, encorajar o ato de comer – em amostras relativamente pequenas de crianças,[30] e não focalizaram a qualidade do relacionamento em termos gerais. O resultado mais comum mostrou que cuidadores restritivos tinham filhos pesados. No entanto, uma vez que a maioria dos estudos foi transversal, não fica claro se os cuidadores reagiam ao excesso de peso da criança tentando restringir sua ingestão de alimentos ou se as crianças reagiam às restrições dos pais comendo em excesso.

Sabe-se pouco sobre estilos de alimentação no início da vida, quando as crianças estão sendo socializadas em relação à refeição familiar. Embora os ambientes familiares influenciem o comportamento alimentar das crianças – o que inclui tipos de alimentos oferecidos (composição da dieta, texturas e sabores diferentes), estilos de alimentação e modelos oferecidos em relação a comportamentos alimentares adequados e inadequados[31] –, as correlações entre estilos de alimentação e ganho de peso, comportamento e desenvolvimento das crianças ainda não foram bem analisadas e os dados existentes continuam controversos.[28]

Preferências alimentares

Crianças criadas por cuidadores que oferecem modelos de comportamento alimentar saudável – como uma dieta rica em frutas, legumes e verduras –, criam preferências alimentares que

incluem esses tipos de alimento.[4]

As preferências alimentares também podem ser influenciadas por condições associadas. As crianças tendem a evitar alimentos que foram associados a sintomas físicos desagradáveis, como náusea ou dor. Podem evitar também alimentos associados à ansiedade ou a sofrimento psicológico que frequentemente ocorrem durante refeições caracterizadas por discussões e confrontos.

As crianças aceitam ou rejeitam alimentos também com base em suas qualidades – tais como sabor, textura, odor, temperatura ou aspecto –, bem como em fatores ambientais – tais como contexto, presença de outros e consequências esperadas do comer ou não comer. Por exemplo, as consequências do ato de comer podem incluir alívio da fome, participação em uma situação social ou atenção dos cuidadores. As consequência do ato de não comer podem incluir mais tempo para brincar, tornar-se o foco da atenção ou ganhar petiscos em vez da refeição regular.

O aumento de familiaridade com o sabor de um alimento aumenta a probabilidade de aceitação.[32,33] Os cuidadores podem facilitar a introdução de novos alimentos fazendo uma correspondência com os alimentos preferidos e apresentando repetidamente o novo alimento até que deixe de ser "novidade".

Conclusões

É necessário um número maior de pesquisas que investiguem os determinantes individuais, interacionais e ambientais dos estilos de alimentação e as relações entre estilos de alimentação e comportamento alimentar e ganho de peso das crianças. São também necessárias definições consistentes de estilos de alimentação e instrumentos legitimados para medi-los.

Os comportamentos alimentares na primeira infância são fortemente influenciados pelos cuidadores e são aprendidos por meio de experiências iniciais com alimentos e o ato de comer. É necessário fortalecer a educação e o apoio oferecidos por profissionais da saúde – ou seja, enfermeiros do sistema público de saúde, médicos de família e pediatras – e os programas de nutrição, de forma a garantir que cuidadores disponham das instalações necessárias para solucionar questões relativas a comportamentos alimentares na infância.

O cuidador deve comer na companhia da criança para que sejam oferecidos modelos e as refeições sejam vistas como ocasiões sociais agradáveis. Comer junto possibilita à criança

observar o cuidador experimentando novos alimentos e contribui para a comunicação entre ambos a respeito de sua fome e sua saciedade, bem como sobre suas preferências por determinados alimentos.[34]

Os cuidadores controlam o alimento que é oferecido e a atmosfera da refeição. Sua “tarefa” é garantir que sejam oferecidos às crianças alimentos saudáveis em horários previsíveis e em um ambiente agradável.[34] Ao desenvolver rotinas para as refeições, os cuidadores ensinam às crianças a prever o que vão comer. As crianças aprendem que sensações de fome são aliviadas rapidamente e que não é preciso que se sintam ansiosas ou irritáveis. As crianças não devem beliscar ou comer a qualquer hora durante o dia, para que tenham expectativas e apetite na hora das refeições.[35]

As refeições devem ser agradáveis e centradas na família, com todos os seus membros comendo juntos e compartilhando os acontecimentos do dia. Se as refeições são curtas demais (menos de 10 minutos), as crianças podem não ter tempo suficiente para comer, principalmente quando ainda estão adquirindo as habilidades para alimentarem-se sozinhas e podem comer devagar. Por outro lado, ficar sentada por mais de 20 ou 30 minutos é, muitas vezes, difícil para a criança e a refeição pode se tornar aversiva.[35]

Quando as refeições são caracterizadas por distrações como televisão, discussões familiares ou atividades concorrentes fica difícil para a criança concentrar-se na alimentação. Os cuidadores devem separar a hora de comer da hora de brincar e evitar o uso de brinquedos ou da televisão para distrair a criança durante as refeições. Equipamentos adequados para crianças, tais como cadeirões, babadores e utensílios pequenos podem facilitar a alimentação e permitir que as crianças aprendam a comer sozinhas.

Implicações

As implicações podem ser direcionadas aos níveis ambiental, familiar e individual. No nível ambiental, o apelo a lanchonetes e outros restaurantes para que ofereçam opções de alimentos saudáveis e saborosos que atraiam crianças pequenas pode reduzir alguns dos problemas alimentares decorrentes da exposição frequente das crianças a alimentos com alto teor de gordura, como batatas fritas, ao invés de opções mais nutritivas, como frutas, legumes e verduras. No nível familiar, as orientações sobre nutrição das crianças devem incluir informações sobre suas necessidades nutricionais e sobre estratégias para promover

comportamentos alimentares saudáveis – tais como reconhecer os sinais de fome e de saciedade das crianças e utilizar estilos de alimentação adequados, destinar um tempo para as refeições programando-as em intervalos relativamente consistentes, introduzir novos alimentos oferecendo modelos e evitando estresse e conflitos durante as refeições. No nível individual, programas que ajudem as crianças a desenvolver padrões alimentares saudáveis, ingerindo alimentos nutritivos e comendo para satisfazer a fome e não para satisfazer necessidades emocionais, podem evitar problemas posteriores de saúde e de desenvolvimento.

Referências

1. Bosma J. Development and impairments of feeding in infancy and childhood. In: Groher ME, ed. *Dysphagia: Diagnosis and management*. 3rd ed. Boston, MA: Butterworth-Heinemann; 1997:131-138.
2. Morris SE. Development of oral motor skills in the neurologically impaired child receiving non-oral feedings *Dysphagia* 1989;3:135-154.
3. Arimond M, Ruel MT. Dietary diversity is associated with child nutritional status: Evidence from 11 demographic and health surveys. *The Journal of Nutrition* 2004;134:2579-2585.
4. Skinner JD, Carruth BR, Bounds W, Ziegler P, Reidy K. Do food-related experiences in the first 2 years of life predict dietary variety in school-aged children? *Journal of Nutrition Education and Behavior* 2002;34(6):310-315.
5. Linscheid TR, Budd KS, Rasnake LK. Pediatric feeding disorders. In: Roberts MC, ed. *Handbook of pediatric psychology*. New York, NY: Guilford Press; 2003:481-498.
6. Birch LL, McPhee L, Shoba BC, Pirok E, Steinberg L. What kind of exposure reduces children's food neophobia? Looking vs tasting. *Appetite* 1987;9(3):171-178.
7. Keren M, Feldman R, Tyano S. Diagnoses and interactive patterns of infants referred to a community-based infant mental health clinic. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2001;40(1):27-35.
8. Zoumas-Morse C, Rock CL, Sobo EJ, Neuhouser ML. Children’s patterns of macronutrient intake and associations with restaurant and home eating. *Journal of the American Dietetic Association* 2001;101(8):923-925.
9. Smith MM, Lifshitz F. Excess fruit juice consumption as a contributing factor in nonorganic failure to thrive. *Pediatrics* 1994;93(3):438-443.
10. Ponza M, Devaney B, Ziegler P, Reidy K, Squatrito C. Nutrient intakes and food choices of infants and toddlers participating in WIC. *Journal of the American Dietetic Association* 2004;104(1 Suppl 1):71-79.
11. Devaney B, Kalb L, Briefel R, Zavitsky-Novak T, Clusen N, Ziegler P. Feeding infants and toddlers study: overview of the study design. *Journal of the American Dietetic Association* 2004;104(1 Suppl 1):8-13.
12. Picciano MF, Smiciklas-Wright H, Birch LL, Mitchell DC, Murray-Kolb L, McConahy KL. Nutritional guidance is needed during dietary transition in early childhood. *Pediatrics* 2000;106(1):109-114.
13. Cullen KW, Ash DM, Warneke C, de Moor C. Intake of soft drinks, fruit-flavored beverages, and fruits and vegetables by children in grades 4 through 6. *American Journal of Public Health* 2002;92(9):1475-1477.
14. Baumrind D. Rearing competent children In: Damon W, ed. *Child development today and tomorrow*. San-Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers; 1989:349-378.
15. Maccoby EE, Martin J. Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In: Hetherington EM, ed. *Handbook of child psychology: Socialization, personality, and social development. Vol 4*. New York, NY: John Wiley;

1983:1-101.

16. Leyendecker B, Lamb ME, Scholmerich A, Fricke DM. Context as moderators of observed interactions: A study of Costa Rican mothers and infants from differing socioeconomic backgrounds. *International Journal of Behavioural Development* 1997;21(1):15-24.
17. Kivijarvi M, Voeten MJM, Niemela P, Raiha H, Lertola K, Piha J. Maternal sensitivity behaviour and infant behaviour in early interaction. *Infant Mental Health Journal* 2001;22(6):627-640.
18. Beebe B, Lachman F. *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press; 2002.
19. Fisher JO, Mitchell DC, Smiciklas-Wright H, Birch LL. Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. *Journal of the American Dietetic Association* 2002;102(1):58-64.
20. Birch LL, Fisher JO, Davison KK. Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *American Journal of Clinical Nutrition* 2003;78(2):215-220.
21. Birch LL, Fisher JO. Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *American Journal of Clinical Nutrition* 2000;71(5):1054-1061.
22. Birch LL, Johnson SL, Andresen G, Peters JC, Schulte MC. The variability of young children's energy intake. *New England Journal of Medicine* 1991;324(4):232-235.
23. Hughes SO, Power TG, Fisher JO, Mueller S, Nicklas TA. Revisiting a neglected construct: Parenting styles in a child-feeding context. *Appetite* 2005;44(1):83-92.
24. Birch LL. Development of food preferences. *Annual Review of Nutrition*1999;19:41-62.
25. Egeland B, Sroufe LA. Attachment and early maltreatment. *Child Development* 1981;52(1):44-52.
26. Costanzo PR, Woody EZ. Domain-Specific parenting styles and their impact on the child's development of particular deviance: The example of obesity proneness *Journal of Social and Clinical Psychology* 1985;3(4):425-445.
27. Black MM, Hutcheson JJ, Dubowitz H, Starr RH, Berenson-Howard J. The roots of competence: Mother-child interaction among low-income, urban, African American families *Journal of Applied Developmental Psychology* 1996;17(3):367-391.
28. Faith MS, Scanlon KS, Birch LL, Francis LA, Sherry B. Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obesity Research* 2004;12(11):1711-1722.
29. Jeffrey RW. Public health strategies for obesity treatment and prevention. *American Journal of Health Behaviour* 2001;25(3):252-259.
30. Klesges RC, Woolfrey J, Vollmer J. An evaluation of the reliability of time sampling versus continuous observation data collection. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 1985;16(4):303-307.
31. Black MM, Bentley ME, Le K, McNary SW. Delaying Second Births among Adolescent Mothers: A Randomized Controlled Trial of Home-Based Intervention. Paper presented at: Pediatric Academic Societies annual meeting. May, 2003. Seattle, WA.
32. Birch LL. Children’s preferences for high-fat foods. *Nutrition Reviews* 1992;50(9):249-255.
33. Birch LL, Marlin DW. I don’t like it; I never tried it: effects of exposure on two-year old children’s food preferences. *Appetite* 1982;3(4):353-360.
34. Satter E. Child of mine: Feeding with love and good sense. Palo Alto, CA: Bull Publishing; 2000.
35. Black MM, Cureton LA, Berenson-Howard J. Behaviour problems in feeding: Individual, family, and cultural influences. In: Kessler DB, Dawson P, eds. *Failure to thrive and pediatric undernutrition: A transdisciplinary approach*. Baltimore, Md: Paul H. Brookes Publishing Co.; 1999:151-169.