



**UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR**  
Ciências Sociais e Humanas

**O comportamento alimentar infantil e as atitudes parentais  
face à alimentação das crianças**

**Tânia Alexandra Gouveia Teixeira**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Psicologia Clínica e da Saúde**  
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof. Doutora Cláudia Mendes da Silva

**Covilhã, Junho de 2017**

Dissertação de Mestrado realizada sob  
Orientação da Prof. Doutora Cláudia  
Mendes da Silva apresentada à Universidade  
da Beira Interior para a obtenção do  
Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

# Agradecimentos

Ao chegar ao fim desta etapa, há pessoas a quem não posso deixar de agradecer, pois esta vitória não é só minha e o sucesso do meu trabalho envolve todos aqueles que estiveram presentes e que me ajudaram na concretização dos meus objetivos.

Agradeço aos meus pais, pois esta caminhada nunca foi feita sozinha e sem eles o meu percurso académico não seria possível. Um grande obrigado por todo o amor, apoio incondicional e por nunca me deixarem desistir.

Agradeço ao meu namorado por estar sempre presente na minha vida, apesar da distância que nos separa, pelo apoio incondicional, pelo carinho, pela força e por me fazer acreditar na minha determinação.

Agradeço à minha orientadora de dissertação, Prof. Dra. Cláudia Mendes da Silva por todas as sugestões, por todas as dúvidas esclarecidas, por todos os conhecimentos e aprendizagens que me transmitiu, pelo apoio, pela disponibilidade e pela paciência durante este ano letivo.

Agradeço ao Centro de Desenvolvimento da Criança de Castelo Branco e à Escola de 1º ciclo, Centro Social Padres Redentoristas por me autorizarem a recolha da amostra e por todo o auxílio e interesse prestado no decorrer deste processo.

Agradeço aos meus amigos por estarem sempre dispostos a ouvir as minhas preocupações, pelo companheirismo e por me darem motivação para continuar.



# Resumo

Pretendeu-se, com a realização deste estudo, compreender a percepção dos pais acerca do peso corporal, da alimentação do seu filho e sobre os comportamentos neofóbicos, bem como as preferências alimentares da criança, de um modo exploratório e comparativo. Para tal recorreu-se à utilização de um Questionário sociodemográfico, do Child Feeding Questionnaire (CFQ), da Escala de Neofobia Alimentar e do Questionário de preferências alimentares.

Na presente investigação participaram 96 pais de crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos, sendo que 32 pais pertenciam ao grupo clínico (crianças com acompanhamento psicológico) e 64 faziam parte do grupo não clínico.

Os dados obtidos demonstraram que relativamente à neofobia alimentar, a maioria das crianças apresentam características de neofobia, sendo que as crianças com acompanhamento psicológico apresentam níveis mais elevados.

No que diz respeito ao CFQ, verificou-se que não as mães percepcionam-se como responsáveis pela alimentação dos filhos, utilizam muitas vezes a estratégia da restrição alimentar e monitorizam em grande proporção a alimentação dos filhos. Não foram encontradas diferenças entre as atitudes face ao comportamento alimentar infantil de pais de crianças com e sem acompanhamento psicológico. Não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre as subescalas do CFQ e as habilitações literárias dos pais.

Neste sentido, pode-se inferir que os resultados obtidos demonstram que os pais têm controlo acerca da alimentação da criança, e revelam alguma preocupação quanto comportamento alimentar dos filhos.

## Palavras-chave

Comportamento alimentar, Percepção Parental, Neofobia, Preferências Alimentares



# Abstract

The present study aimed to comprehend parents' perception about their children's body weight and diet, as well as neophobic behaviors and food preferences, in an exploratory and comparative manner.

In order to comply with the established objectives, a Socio-demographic Questionnaire, the Child Feeding Questionnaire (CFQ), the Neophobia Scale and the Food Preferences Questionnaire were applied.

In the present investigation, participated 96 parents of children aged between 6 and 10 years old, with 32 parents belonging to the clinical group and 64 being part of the non-clinical group.

Regarding food neophobia, we found that children exhibit characteristics of the phobia, with children in counseling expressing higher levels.

With regard to CFQ, it has been found that not as mothers perceive themselves as products for the feeding of children, they often use a dietary restoration strategy and they monitor to a great extent the feeding of the children. No differences were found between how attitudes towards the infant food behavior of parents of children with psychological counseling. No statistically significant correlations were found between the subscales of this instrument and the parents' educational qualifications.

In that sense, it can be inferred that the results obtained show that parents have control over their children's diet and reveal some concern about their weight and eating behaviors.

## Keywords

Food behavior, Parental perception, neophobia, food preferences



# Índice

Agradecimentos .....	iii
Resumo.....	v
Abstract .....	vii
Lista de Tabelas .....	xi
Lista de Acrónimos.....	xiii
Introdução .....	1
Capítulo I- Enquadramento conceptual do estudo.....	3
1.1 Comportamentos de saúde.....	3
1.2 Comportamento alimentar.....	4
1.2.1 Preferências alimentares e rejeições inatas.....	5
1.2.2 Disponibilidade e acesso aos alimentos.....	7
1.2.3 Neofobia alimentar.....	7
1.3 Influência das variáveis parentais .....	9
1.3.1 Estilos parentais .....	10
1.3.2 Práticas e estratégias parentais.....	12
1.3.3 Aprendizagem social/ Pais enquanto modelos.....	14
1.3.4 Conhecimentos nutricionais dos pais e crenças parentais.....	15
1.3.5 Ambiente emocional durante as refeições.....	16
1.4 Obesidade infantil.....	17
1.5 Acompanhamento/ apoio psicológico.....	18
Capítulo II- Metodologia.....	21
2.1. Objetivos do estudo.....	21
2.2. Participantes.....	22
2.3. Instrumentos de recolha de dados.....	27
2.4. Procedimentos de recolha e de análise de dados.....	30
Capítulo III- Apresentação dos resultados.....	35
3.1. Análise descritiva.....	36
3.2. Análise inferencial.....	43
Capítulo IV- Discussão e Conclusões.....	49
4.1. Discussão dos resultados.....	49
Limitações do estudo.....	52
Conclusões.....	54
Implicações clínicas.....	57
Referências bibliográficas .....	58



# Lista de Tabelas

Tabela 1- Caraterização sociodemográfica dos pais participantes no estudo (N=96).....	23
Tabela 2- Caraterização dos elementos constituintes do agregado familiar (N=96).....	24
Tabela 3- Caraterização sociodemográfica das crianças participantes no estudo (N=96).....	25
Tabela 4- Outras caraterísticas sociodemográficas das crianças (N= 96).....	27
Tabela 5- Análise exploratória do Child Feeding Questionnaire (CFQ) (N=96).....	31
Tabela 6- Análise exploratória da Escala de Neofobia Alimentar (N=96).....	32
Tabela 7- Análise da consistência interna dos instrumentos (N=96).....	35
Tabela 8- Resultados descritivos das preferências alimentares das crianças (N=96).....	36
Tabela 9- Frequências dos itens pertencentes à Escala de Neofobia Alimentar (N=96).....	40
Tabela 10- Diferenças entre grupos nas subescalas do CFQ (N=96).....	43
Tabela 11- Correlações entre as subescalas do CFQ (N=96).....	45
Tabela 12- Correlações entre as subescalas do CFQ (N=96).....	46
Tabela 13- Correlações entre as habilitações literárias dos pais e as subescalas do CFQ (através do Coeficiente de correlação de Pearson) (N=96).....	47
Tabela 14- Correlações entre a Escala de Neofobia Alimentar e as subescalas do CFQ (através do Coeficiente de correlação de Pearson) (N=96).....	48



# Lista de Acrónimos

UBI- Universidade da Beira Interior

OMS- Organização Mundial de Saúde

DGS- Direção Geral de Saúde

CFQ- *Child Feeding Questionnaire*

PR- Responsabilidade Percebida

PPW- Peso parental percebido

PCW- Peso da criança percebido

CCW- Preocupação com o peso da criança

R- Restrição

PE- Pressão para comer

M- Monitorização

OC- Controlo aberto

CC- Controlo coberto

IMC- Índice de massa corporal



# Introdução

A presente dissertação de mestrado surge no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior. O principal objetivo deste projeto de investigação consiste em estudar os comportamentos alimentares infantis, dando ênfase também às atitudes parentais face à alimentação das crianças.

Para tal recorreu-se à administração de um protocolo de investigação, onde se aplicou um questionário sociodemográfico e também três instrumentos de avaliação sobre as atitudes dos pais face à alimentação do filho, as preferências alimentares das crianças e a presença de neofobia. Pretende-se, ainda, elaborar um estudo comparativo no que se refere ao comportamento alimentar de crianças com acompanhamento psicológico e crianças sem acompanhamento psicológico, assim como as atitudes parentais dos respetivos encarregados de educação perante a alimentação das crianças. Este estudo pretende contribuir, através da discussão das suas implicações clínicas, para o desenvolvimento de novos programas de intervenção mais adequados, no sentido de ir ao encontro das necessidades das crianças e dos pais, promovendo a saúde e prevenindo a obesidade.

Esta dissertação encontra-se dividida em 4 capítulos, sendo que no primeiro capítulo é apresentada uma revisão da literatura acerca da temática em estudo, efetuando-se uma abordagem de variados conceitos, tais como: comportamentos de saúde, comportamento alimentar infantil, preferências alimentares, neofobia alimentar, estilos parentais e práticas parentais, definição de acompanhamento psicológico, assim como de obesidade infantil. O segundo capítulo incide principalmente na metodologia utilizada no estudo empírico, que engloba a formulação de objetivos, a classificação do estudo, a descrição dos instrumentos e da amostra. O terceiro capítulo refere-se aos resultados obtidos na presente investigação, sendo apresentados os resultados relativos à análise descritiva e à estatística inferencial.

E, por fim, o quarto capítulo centra-se na discussão dos resultados obtidos e elaboração de conclusões relativamente a este projeto de investigação, relacionando os resultados com o estado da arte e concluindo com as limitações deste estudo e as implicações clínicas.



# Capítulo 1- Enquadramento conceptual do estudo

Embora os estímulos associados à fome e à saciedade sejam considerados os responsáveis pela alimentação, o processo de aprendizagem é fulcral no que se refere ao comportamento alimentar da criança, cujo condicionamento está associado a três elementos: o sabor dos alimentos, a consequência após o consumo dos mesmos e o contexto social em que esta ingestão ocorre (Ramos & Stein, 2000). Os hábitos alimentares podem ser definidos como um padrão repetido e adquirido através da aprendizagem, sendo que os alimentos consumidos pelas crianças segundo este padrão determinam os seus hábitos ou comportamentos relativos à alimentação (Viana, Santos & Guimarães, 2008).

Os fatores culturais, socioeconómicos e psicossociais apresentam um impacto nos hábitos alimentares infantis que é determinante desde a primeira infância. Ressalta-se que o contexto social adquire um papel predominante no comportamento alimentar infantil, principalmente nas estratégias que os pais utilizam para a criança aprender a ingestão de alimentos específicos (Cislak, Safron, Pratt, Gaspar & Luszczynska, 2011). Segundo Cislak e colaboradores (2011), a família é fundamental no que concerne à implementação do comportamento alimentar das crianças através da aprendizagem social ou do conceito de modelagem.

## 1.1 Comportamentos de saúde

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde define-se como um estado de pleno bem-estar ao nível físico, mental e social, não se baseando apenas na ausência de doença ou invalidez (WHO, 2016). O bem-estar é determinado como um processo ativo através do qual o indivíduo adquire conscienciosidade e faz escolhas que o conduzem a uma maior qualidade de vida (Ribeiro, 2004).

Um comportamento de saúde baseia-se essencialmente em comportamentos que apresentam uma vertente preventiva no que se refere à doença e que têm como objetivo a promoção da saúde e do bem-estar (Glanz, Rimer & Viswanath, 2008). De entre os comportamentos de saúde podem destacar-se: não fumar, não consumir bebidas alcoólicas, ter uma alimentação saudável e equilibrada, praticar exercício físico e não ser sedentário, não utilizar drogas, não apresentar práticas sexuais de risco e não exibir comportamentos associados à violência (Glanz et al., 2008).

Segundo Glanz e colaboradores (2008), os comportamentos de saúde podem ser preventivos ou remediativos. Os comportamentos de saúde preventivos definem-se como sendo qualquer atividade realizada por um indivíduo, que aparentemente é considerado são e saudável, tendo como finalidade prevenir o surgimento de alguma doença ou detetá-la num estado precoce. Enquanto, os comportamentos de saúde remediativos distinguem-se como

sendo qualquer atividade realizada por um indivíduo que se encontra doente, de modo a melhorar o seu estado de saúde e a encontrar o tratamento adequado para a doença (Glanz et al, 2008).

Os comportamentos de saúde de crianças e adolescentes expressam-se através da alimentação, da imagem corporal, da prática de exercício físico, dos padrões de sono e da influência do meio (família, amigos, escola), sendo que estes fatores demonstram ser relevantes na avaliação da qualidade de vida e no funcionamento físico e psicossocial de crianças e jovens (Chen, Ratcliffe, Olds, Magarey, Jones & Leslie, 2014). As práticas alimentares são fulcrais e podem manifestar implicações, enquanto fator ambiental, na presença de obesidade, comprometendo assim o nível de saúde de um indivíduo (Birch et al., 2001). De acordo com Fisher e Birch (1999), estima-se que somente 1% das crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 19 anos satisfaça todos os requisitos no que se refere ao cumprimento de uma alimentação regrada pela pirâmide alimentar.

## 1.2 Comportamento alimentar infantil

A má alimentação é um dos fatores responsáveis pelo surgimento de doenças crónico-degenerativas, sendo uma das principais causas de mortalidade na idade adulta. Deste modo, as mudanças do comportamento alimentar devem ser implementadas, de modo a prevenir o aparecimento de doenças associadas à alimentação e promover os comportamentos de saúde (Ramos & Stein, 2000; Kourlaba et al., 2009).

A infância é um período crítico para o desenvolvimento de comportamentos relativos à alimentação e é considerada fulcral na prevenção do excesso de peso, da doença e na promoção da saúde (Parletta, Peters, Owen, Tsiros & Brennan, 2012). A resposta à saciedade pode ser considerada um dos processos reguladores ao nível comportamental que funciona enquanto mediador entre o risco de obesidade e o real aumento de peso corporal em crianças (Fiese & Bost, 2016). O apetite e a vontade de ingerir determinados alimentos baseiam-se principalmente numa necessidade biológica, sendo que os comportamentos relacionados com a alimentação são maioritariamente aprendidos. É de referir que o comportamento alimentar acarreta a seleção e o consumo de alimentos preferidos que normalmente é aprendido e evolui ao longo do tempo, sob influência da maturação, dos agentes relativos à socialização, de fatores afetivos e da interação entre os pais, a criança e a família (Viana, Santos & Guimarães, 2008). Por outro lado, os hábitos alimentares constituem um conjunto de regras elaboradas pelo meio em que as crianças se encontram inseridas, ao longo do tempo, sendo que, por vezes, estas regras relacionam-se com necessidades de saúde e/ou com critérios sociais (Lázaro, 2001). Deste modo, a implementação de hábitos de alimentação exige paciência, instruções claras e concisas e modelagem para que a aprendizagem seja adquirida de modo correto (Lázaro, 2001).

De acordo com Mello, Luft e Meyer (2004), o comportamento alimentar é influenciado por fatores externos e fatores internos. De entre os fatores externos, destacam-se: a unidade familiar, as atitudes parentais, os valores sociais e culturais, os meios de comunicação social,

os conhecimentos nutricionais, especialmente no que se refere aos pais, e os alimentos considerados de rápida confecção que apresentam uma elevada acessibilidade e facilidade. No que remete para os fatores internos podem evidenciar-se: as necessidades e características psicológicas, os fatores genéticos, a imagem corporal, os valores e experiências a nível pessoal, a autoestima, as preferências alimentares, as questões associadas à saúde e, ainda, o desenvolvimento psicológico (Mello et al., 2004; Coelho & Pires, 2014).

Os pais desempenham um papel fundamental no que concerne ao padrão e à experiência alimentar da criança. Estes desempenham o papel de educadores nutricionais através das relações familiares, através das suas atitudes e práticas alimentares, assim como têm influência nas estratégias utilizadas face ao padrão alimentar das crianças, (Birch et al., 2001; Peters, Sinn, Campbell & Lynch, 2012; Ramos & Stein, 2000). A interação entre diversas variáveis familiares, tais como: perceções, crenças, práticas dos membros da família, relações familiares e estratégias utilizadas pelos pais denotam-se como fatores influentes no padrão alimentar na infância (Cislak et al., 2011).

É de salientar que o contexto social em que são realizadas as refeições, assim como o ambiente envolto nestas, é também importante para o estabelecimento do padrão alimentar das crianças (Birch et al., 2001). A investigação tem evidenciado que os comportamentos alimentares infantis se encontram diretamente relacionados com o ambiente familiar vivenciado. Em ambientes familiares considerados pouco coesos, mal estruturados e com altos níveis de conflito, denota-se uma disfuncionalidade ao nível familiar, havendo uma maior propensão para o desenvolvimento de hábitos alimentares poucos saudáveis e de comportamentos associados à obesidade (Coelho & Pires, 2014). Deste modo, assuntos afetivos e relacionais revelam-se como um fator predisponente face à obesidade (Coelho & Pires, 2014). Os fatores socioeconómicos podem, ainda, emergir como preditores no que se refere ao comportamento alimentar e conseqüentemente à obesidade infantil (Cislak et al., 2011).

### 1.2.1 Preferências alimentares e rejeições inatas

O comportamento alimentar infantil é formado pelas preferências inatas da criança, pelo controlo parental relativamente à alimentação e pela capacidade de associação do sabor dos alimentos ao contexto afetivo e social em que os alimentos são ingeridos (Viana, Santos & Guimarães, 2008). Na fase inicial da vida da criança, as preferências alimentares são influenciadas de modo parcial pelos sinais internos gerados ao nível biológico (Benton, 2004). Quando nasce, a criança prefere o sabor doce, enquanto os sabores azedo e amargo são rejeitados pela criança (Birch, 1999; Benton, 2004). Contudo, a predisposição para determinadas preferências e rejeições pode ser modificada através de diversas experiências alimentares (Birch, 1999).

Os alimentos que são considerados novos e desconhecidos pelas crianças tendem a ser alvo de rejeição inata (Viana et al., 2008). No entanto, se ocorrerem experiências repetidas quanto à ingestão de um alimento novo, a criança começa a ter uma atitude de aceitação

quanto a esse alimento. Benton (2004) realça, assim, que o papel das figuras parentais é fundamental na determinação das preferências alimentares das crianças, sendo que o sabor de um determinado alimento é um bom indicador para que as crianças tenham vontade de experimentar novos alimentos, pois muitas vezes as características sensoriais são as responsáveis pelas rejeições e preferências alimentares das crianças.

De entre os alimentos que se encontram no leque de preferências alimentares inatas das crianças, distinguem-se os alimentos ricos em açúcar, gordura, sal e com elevada quantidade de hidratos de carbono, sendo que se denota uma ingestão reduzida no que concerne a frutas e legumes (Ramos & Stein, 2000; Fisher & Birch, 1999). Num estudo efetuado com crianças pequenas, revelou-se que estas preferiam alimentos mais doces em comparação com os alimentos menos doces, sendo os alimentos ricos em açúcar considerados preferências inatas no comportamento alimentar infantil (Birch, 1999; Benton, 2004). Verifica-se que as crianças manifestam também preferências por alimentos com elevado teor energético, em comparação com alimentos com baixo teor energético (Birch, 1999). No que concerne aos alimentos salgados, verificou-se que existe também uma preferência por alimentos salgados em comparação com alimentos não salgados, contudo essa preferência surge exclusivamente a partir dos 4 meses de idade (Birch, 1999; Benton, 2004).

Relativamente às rejeições inatas no comportamento alimentar infantil podem distinguir-se os sabores amargos, que são automaticamente pouco aceites pelas crianças. As crianças e bebés também manifestam reações negativas e pouca aceitação no que se refere a experiências com alimentos com sabor azedo (Birch, 1999; Benton, 2004).

De acordo com Birch (1999), a seleção dos alimentos preferidos e rejeitados é, pois, efetuada de acordo com alguns critérios, tais como: o sabor, o cheiro e a textura, tendo em consideração o recurso aos cinco sentidos e sendo influenciado pela aprendizagem e pelas experiências anteriores relacionadas com a alimentação.

Estima-se que as crianças em idade escolar apresentem semelhanças com as suas figuras parentais no que concerne às preferências alimentares, às preferências quanto ao sabor de determinados alimentos e, ainda, no que se refere ao processo de aculturação relativamente à alimentação. Refira-se também que entre irmãos pode denotar-se similaridade nas preferências alimentares, sendo que se considera relevante o ambiente familiar envolvente e a genética como potenciador fundamental na formação de preferências alimentares (Birch, 1999).

Outro fator a ter em conta no estabelecimento das preferências alimentares refere-se às consequências da ingestão dos alimentos. Segundo Viana, Santos e Guimarães (2008), a ingestão de determinados produtos alimentares pode ter um impacto positivo no bem-estar psicossocial das crianças, porém pode também apresentar um impacto negativo, quando esses alimentos são considerados perigosos ou pouco saudáveis. É de salientar que, se o consumo de um alimento proporcionar consequências positivas, tais como a sensação de prazer e saciedade, esse alimento será considerado uma preferência da criança. Contudo, se a ingestão de um alimento provocar consequências de cariz negativo, tal como mal-estar físico,

este será encarado como um alimento rejeitado e será alvo de evitamento por parte da criança (Birch, 1999; Benton, 2004).

As experiências anteriores desagradáveis que causam sensações negativas, tais como náuseas ou vômitos durante o seu consumo, levam à aversão dos alimentos ingeridos nessas experiências prévias. Enquanto, se as sensações forem positivas e as experiências prévias forem consideradas agradáveis, esses alimentos são denotados como preferenciais pelas crianças. Assim, os alimentos selecionados especialmente para ocasiões comemorativas são relevantes, uma vez que podem tornar-se alimentos preferidos pelas crianças porque as ocasiões em que os consomem são geralmente agradáveis (Silva & Teles, 2013).

Pode concluir-se, assim, que as preferências alimentares são essencialmente moldadas pela disponibilidade e acessibilidades dos alimentos em casa, pelas preferências alimentares dos pais e pela exposição aos gostos individuais das crianças (Fiese & Bost, 2016).

### 1.2.2 Disponibilidade e acesso aos alimentos

A disponibilidade e a acessibilidade aos alimentos em casa, as práticas alimentares e a preparação dos alimentos influenciam o consumo alimentar das crianças e são fundamentais no que se refere às escolhas alimentares (Rossi, Moreira & Rauen, 2008). Quando determinados alimentos se manifestam como acessíveis e disponíveis para a ingestão, as crianças apresentam maior probabilidade de consumir esses mesmos alimentos (Rossi et al., 2008). Um estudo efetuado por Fisher e Birch (1999) revelou que, num grupo de crianças em idade pré-escolar, o consumo de frutas e legumes era mais elevado quando esses mesmos alimentos se encontravam disponíveis em locais acessíveis e em quantidades prontas para a sua ingestão. É de referir que, geralmente, as crianças apresentam maior acessibilidade a alimentos ricos em gordura, hidratos de carbono e com altos teores energéticos, sendo que a disponibilidade e acessibilidade fácil a estes alimentos pertencentes ao leque de preferências das crianças pode conduzir a uma dieta alimentar pouco saudável e ao aparecimento de um quadro de obesidade (Birch, 1999).

No entanto, as escolhas alimentares não dependem exclusivamente da disponibilidade e das preferências alimentares, mas também dependem de fatores cognitivos, tais como: os conhecimentos nutricionais dos pais e o custo associado aos alimentos (Rossi et al., 2008).

### 1.2.3 Neofobia alimentar

O conceito de neofobia alimentar é definido como o “medo do novo”, que funciona como um fator protetor, visto que existe medo de experimentar novos alimentos, podendo estes ser tóxicos e/ou perigosos, conduzindo ao aparecimento de doenças ou até podendo ser fatal (Birch, 1999; Benton, 2004). Durante a infância, as crianças rejeitam alimentos novos e geram, por vezes, sintomas de ansiedade e *distress*, como reações emocionais e psicológicas, relativamente a alimentos que desconhecem. No entanto, se a resposta neofóbica for mínima

é considerada adaptativa e não prejudicial, podendo ser considerada desadaptativa quando reduz a qualidade e a variedade no que se refere à alimentação (Perry et al., 2015).

Entenda-se que alimentos novos e desconhecidos têm um processo de aceitação mais fácil quando são combinados com alimentos que a criança conhece e gosta, do que quando são dados à criança de forma isolada, dificultando assim a sua ingestão (Silva & Teles, 2013).

A neofobia alimentar não se refere a uma rejeição permanente de determinados alimentos, uma vez que a aceitação desses alimentos pode ser promovida através de experiências repetidas de um alimento específico ou de modelagem no consumo do mesmo (Perry et al., 2015). Embora as neofobias alimentares possam ser muitas vezes temporárias, são vistas como o fator principal para o desenvolvimento das preferências alimentares infantis, sendo que estas se tornam mais estáveis ao longo do ciclo de vida.

As experiências alimentares desagradáveis vivenciadas pela criança conduzem à formação das suas preferências alimentares futuras, assim como as consequências da ingestão de um determinado alimento podem ser um fator predisponente para que o mesmo alimento se torne num alimento preferido ou num alimento rejeitado (Silva & Teles, 2013).

Com o evoluir do tempo e com o aumento da idade da criança, a neofobia alimentar tende a ficar reduzida, sendo que a resposta neofóbica funciona consoante os mecanismos de aprendizagem, denotando-se mais acentuada na primeira infância (Benton, 2004). Se as figuras parentais intervirem no sentido de promover o consumo desses alimentos novos e a variedade alimentar, a neofobia alimentar acaba por ser ultrapassada (Stegen-Hanson & Ernsperger, 2004). Num estudo realizado por Birch (1999), a neofobia alimentar era reduzida se as oportunidades de consumo e a acessibilidade a alimentos novos e desconhecidos aumentassem e se ocorressem mais experiências repetidas relativas a estes alimentos, conduzindo a uma maior aceitação destes novos alimentos e a uma diminuição significativa das respostas neofóbicas alimentares. Os alimentos novos passam a ser ingeridos adequadamente quando as crianças começam a vivenciar experiências positivas face a esses alimentos e quando os consideram como alimentos seguros, não apresentando implicações negativas na sua saúde (Birch, 1999).

Num estudo realizado por Perry e colaboradores (2015), as crianças com grau mais elevado de neofobia alimentar consumiam uma menor quantidade de frutas e legumes, não apresentando qualquer preferência por este tipo de alimentos. No entanto, evidenciou-se que a neofobia em relação aos legumes e às frutas diminuiu significativamente com o aumento da idade da criança. De acordo com o estudo referido, verificou-se que a neofobia alimentar apresentava resultados contraditórios, pois algumas crianças manifestaram obesidade, enquanto outro grupo de crianças apresentou baixo peso para a sua idade e altura, sendo que este fator inconclusivo pode dever-se a diferenças significativas no que concerne às características demográficas das crianças participantes no estudo (Perry et al., 2015).

Os padrões familiares de neofobia, assim como as diferenças individuais relativamente à neofobia alimentar, têm-se revelado fatores determinantes na variedade alimentar (Birch, 1999). Birch (1999) efetuou também um estudo relevante em que verificou que as mães com

níveis mais elevados de neofobia alimentar apresentavam alimentos novos e desconhecidos com menor frequências às crianças, comparativamente com as mães com níveis reduzidos de neofobia alimentar. Deste modo, as oportunidades proporcionadas às crianças eram menores relativamente à vivência de experiências com alimentos novos, a fim de se reduzir a resposta neofóbica.

Estima-se que a neofobia alimentar apresente o seu auge entre os 2 e os 3 anos de idade, sendo que sofre um declínio aproximadamente aos 5 anos de idade, embora algumas crianças sejam extremamente rígidas no que concerne à ingestão de novos alimentos em qualquer estágio do desenvolvimento infantil e, por vezes, rejeitam determinados alimentos novos até à idade adulta (Stegen-Hanson & Ernsperger, 2004). Por volta dos 4 anos de idade, as crianças adquirem a capacidade de rejeitar ou preferir determinados alimentos, classificando-os de acordo com as suas características sensoriais, tais como: o sabor, a perigosidade do alimento e a vivência de experiências prévias denotadas como traumáticas ou positivas após a ingestão de um alimento específico. Enquanto, no período da idade escolar, as crianças rejeitam determinados alimentos por os considerarem repugnantes e impróprios para a alimentação (Viana, Guimarães, Teixeira & Barbosa, 2003, cit. in Viana, Santos & Guimarães, 2008).

As crianças que rejeitam alimentos novos e desconhecidos, ou seja, apresentam altos níveis de neofobia alimentar são habitualmente designadas de “*resistant eaters*”, apresentando como principais características o facto de serem limitados nos alimentos que consomem, evitam cerca de 10 a 15 alimentos, tendo grupos de alimentos restritos, manifestam ansiedade quando lhes são fornecidos alimentos novos e normalmente demonstram elevados níveis de sensibilidade quanto à consistência, sabor e textura dos alimentos (Stegen-Hanson & Ernsperger, 2004).

### 1.3 Influência das variáveis parentais

Os pais possuem um papel preponderante no desenvolvimento dos hábitos alimentares das crianças, visto que atuam como modelos e os filhos adquirem os conhecimentos relevantes através da aprendizagem social, assim as figuras parentais são os primeiros e os principais responsáveis pelo comportamento alimentar das crianças (Rochinha & Sousa, 2012).

Os comportamentos alimentares das crianças são fortemente influenciados pelas características e comportamentos das figuras parentais (Scaglioni, Salvioni & Galimberti, 2008). O aspeto mais influente no ambiente em que uma criança se encontra inserida remete para o meio familiar e os comportamentos alimentares dos pais, em particular o comportamento alimentar materno, sendo que este apresenta-se como relevante no decorrer da gravidez e durante o processo de amamentação (Cooke, Wardle, Gibson, Sapochnik, Sheiham & Lawson, 2003). A introdução dos alimentos de transição, após o processo de

aleitamento materno, revela-se um aspeto crucial no que concerne ao comportamento alimentar na infância (Rinaldi, Pereira, Macedo, Mota & Burini, 2008).

Também Taylor, Gallagher e McCullough (2004) destacam a influência dos pais, e principalmente a influência materna, que se constitui como um fator predisponente na seleção de alimentos e hábitos alimentares das crianças, sendo que as evidências revelam uma associação entre a motivação para a saúde das mães e a qualidade das suas dietas alimentares. Assim, salienta-se que a alimentação experimentada pelas mães influencia o comportamento alimentar dos filhos.

Existem diversos fatores que funcionam como influentes nas escolhas alimentares dos adultos que, conseqüentemente, irão facilitar o desenvolvimento do comportamento alimentar das crianças, destacando-se fatores cognitivos, tais como: o humor, a saúde, a conveniência, o apelo sensorial, o conteúdo, o custo dos alimentos, o controlo do peso, a familiaridade e a preocupação ética (Taylor et al., 2004). São apontados, ainda, fatores específicos que influenciam a escolha dos alimentos, especialmente por parte das mães, distinguindo-se: os hábitos de vida, o exercício físico e o tabagismo (Taylor et al., 2004). Outro aspeto a considerar, remete para o facto de os pais manterem trabalhos fora de casa, levando a que muitas vezes recorram a alimentos com um maior grau de conveniência, acesso fácil e rápida confeção, tais como: *fast-food* e os alimentos processados (Taylor et al., 2004).

É provável que os comportamentos dos pais em relação à alimentação mantenham uma relação causal com o peso da criança, sendo que um comportamento alimentar negativo e incorreto por parte dos pais pode ser um indicador de obesidade e consequentes problemas de saúde na criança, denotando-se como fulcral a estratégia referente ao controlo parental (Benton, 2004). Neste sentido aponta um estudo de Afonso e colaboradores (2016) que indicou que o peso corporal das crianças se expressa como um fator resultante das práticas alimentares utilizadas pelas figuras parentais.

A abordagem junto das famílias é considerada mais eficaz e tem demonstrado resultados mais positivos para reabilitar crianças com problemas do comportamento alimentar, assim como de obesidade, comparativamente com a abordagem junto das próprias crianças, sendo que se o trabalho for realizado junto das famílias e das crianças conjuntamente verificam-se comportamentos alimentares mais saudáveis e uma maior perda de peso.

### 1.3.1 Estilos parentais

As predisposições alimentares são modificadas pela experiência e, durante os primeiros anos de vida da criança, os pais desempenham um papel fulcral na alimentação, sendo que o estilo parental é denotado como um fator crítico no desenvolvimento das preferências alimentares (Benton, 2004).

Os estilos educativos definem-se como um conjunto de atitudes dos pais face à criança que marca o ambiente emocional em que se manifestam as diversas práticas parentais e que denotam uma influência relevante no que concerne ao desenvolvimento saudável da

criança (Rochinha & Sousa, 2012). Estes estilos compõem a percepção do modo como os pais influenciam o desenvolvimento e maturação da criança, integrando três componentes diferentes, em que se distinguem: a relação emocional existente entre os pais e a criança, as práticas e comportamentos parentais e os sistemas de crenças dos pais (Peters, Sinn, Capmbell & Lynch, 2011; Rochinha & Sousa, 2012).

Segundo Rochinha e Sousa (2012) destacam-se três estilos parentais que são considerados relevantes: o estilo autoritativo ou democrático, o estilo autoritário e o estilo permissivo. Para além destes três estilos parentais referidos, particularmente caracterizados por níveis altos ou baixos de exigência e responsividade surge, ainda, um quarto estilo parental designado de estilo negligente (Peters et al., 2011).

Segundo Rochinha e Sousa (2012), o fator exigência encontra-se associado com o controlo comportamental relativamente à criança e as estratégias educativas utilizadas. Por outro lado, a dimensão da responsividade relaciona-se com o afeto transmitido pelas figuras parentais à criança, pela capacidade de resposta às necessidades da mesma e pela promoção de segurança aos filhos.

O estilo parental autoritativo é caracterizado fundamentalmente por níveis elevados de exigência, bem como de responsividade, sendo que os pais apresentam os limites às crianças com clareza e promovem a autonomia dos filhos (Peters et al., 2011). Este estilo caracteriza-se pelo controlo equilibrado e racional, promovendo a autonomia das crianças e a troca de ideias entre pais e filhos (Rochinha & Sousa, 2012). O estilo autoritário é caracterizado por um grau elevado de controlo sobre os filhos em troca de obediência por parte destes, sendo que este estilo parental conduz ao reforço negativo e à utilização de medidas punitivas (Rochinha & Sousa, 2012). Por fim, o estilo permissivo é um estilo parental que inibe a manifestação de atitudes marcadas pelo controlo sobre os filhos, não ativando mudanças comportamentais nas crianças (Rochinha & Sousa, 2012). Ainda, segundo Peters e colaboradores (2011), o estilo educativo permissivo relaciona-se com um baixo grau de exigências e um nível alto de responsividade, enquanto o estilo parental negligente define-se pelo alto nível de exigências e pela baixa responsividade.

Dos três principais estilos parentais (permissivo, autoritário e autoritativo) distinguidos por Baumrin, destaca-se que o estilo permissivo é equivalente ao *laissez-faire*, o estilo autoritário equivale ao estilo de controlo externo da alimentação e, por fim, o estilo autoritativo que corresponde ao estilo de regulação interna da alimentação (Berlin et al., 2015).

Os diversos estilos parentais referidos funcionam como preditores da regulação dos comportamentos alimentares nas crianças (Fiese & Bost, 2016). Os resultados de uma investigação efetuada por Rochinha e Sousa (2012) revelam que o estilo educativo autoritativo é considerado o estilo parental que apresenta maior capacidade de promover nas crianças uma alimentação saudável e de manutenção do peso corporal ideal, uma vez que se trata de um estilo parental em que se manifesta um elevado grau de proteção e encontra-se comportamentos alimentares mais saudáveis e equilibrados. Os pais que adotam este estilo

educativo, que apresenta elevada exigência e elevada responsividade, denotam uma maior tendência para fornecer alimentos ricos em nutrientes às crianças (Fiese & Bost, 2016).

O estilo parental autoritário é representado por elevadas exigências e baixa responsividade, levando também a comportamentos alimentares positivos, sendo para alguns autores o melhor preditor de uma alimentação infantil saudável e equilibrada (Peters et al., 2011; Ventura & Birch, 2008, cit. in. Schwartz, Scholtens, Lalanne, Weenen & Nicklaus, 2011).

Por outro lado, os estilos educativos permissivo e negligente demonstram pouca orientação face às crianças no sentido de desenvolverem competências suficientes que permitam a regulação de preferências alimentares saudáveis e porções alimentares adequadas ao grupo etário, sendo visto como um risco para o desenvolvimento de obesidade (Fiese & Bost, 2016). Os estilos parentais permissivo e negligente parecem ser, assim, os estilos educativos que apresentam uma maior associação a comportamentos alimentares incorretos, negativos e pouco saudáveis (Peters et al., 2011).

É de referir que os estilos parentais adotados se manifestam como responsáveis pela inclusão de aspetos fulcrais no que concerne à regulação do comportamento alimentar infantil. No entanto, as práticas parentais são os mecanismos que influenciam a formação dos hábitos alimentares das crianças (Berlin et al., 2015).

### 1.3.2 Práticas e Estratégias parentais

As práticas parentais empregadas pelas figuras parentais parecem depender principalmente do peso corporal e consequentemente do índice de massa corporal (IMC) das crianças, uma vez que em crianças com índice de massa corporal elevado, os pais recorrem à estratégia associada à restrição alimentar. Enquanto, em crianças com menor índice de massa corporal, utilizam maioritariamente a estratégia relacionada com a pressão para comer (Afonso et al., 2016). A pressão para comer é considerada como uma prática parental que conduz efetivamente a resultados negativos, manifestando uma associação com o peso corporal das crianças (Afonso et al., 2016).

As estratégias relacionadas com a alimentação das crianças que são utilizadas pelos pais podem também ser influentes na formação das preferências alimentares infantis, sendo que quando as crianças recebem recompensas como incentivo para o consumo de determinados alimentos, esses não se tornam preferências alimentares das crianças, por exemplo, quando os pais referem que se a criança consumir os legumes, pode ver televisão. Esta estratégia parental apresenta eficácia a curto prazo, levando as crianças a ingerir mais legumes. Contudo, denota-se como prejudicial a longo prazo, uma vez que apresenta efeitos negativos na dieta alimentar das crianças e reduz as suas preferências alimentares no que concerne aos legumes (Birch, 1999). Enquanto, quando as crianças não recebem recompensas para consumir determinados alimentos, ou quando essas relacionam-se com comportamentos aprovados, é possível que esses mesmos alimentos se tornem preferências alimentares das crianças (Birch, 1999).

### Restrição alimentar

Os pais são induzidos a organizar os alimentos em duas categorias, sendo estes: alimentos bons e alimentos maus, restringindo que as crianças consumam os alimentos que os pais consideram maus, nomeadamente os alimentos ricos em açúcar, sal e gordura (Birch, 1999). De acordo com Fisher e Birch (1999), essa restrição alimentar é influenciada pelos estilos parentais, pelo peso corporal dos pais e pelo peso corporal das próprias crianças.

As práticas de restrição alimentar, ou seja, as práticas que consistem em restringir o acesso das crianças a determinados alimentos, ou a sua quantidade, estão correlacionadas com o aumento na ingestão de alimentos perante a ausência da sensação de fome (Peters, Sinn, Capmbell & Lynch, 2011). Deste modo, a restrição de alimentos saborosos por parte dos pais em relação às crianças pode conduzir a efeitos indesejados e de cariz negativo no comportamento alimentar infantil. Verificou-se que a restrição no acesso e disponibilidade de determinados alimentos aumenta o foco atencional da criança nesses mesmos alimentos e promove o encorajamento para a criança consumir alimentos considerados pouco saudáveis. As práticas parentais relacionadas com a estratégia de restrição alimentar tornam os alimentos restritos mais apetecíveis para as crianças, e estas acabam por ingeri-los com mais facilidade e em maiores quantidades quando estes são lhes oferecidos na ausência das figuras parentais (Birch, 1999; Afonso et al., 2016), sendo que no leque desses alimentos podem encontrar-se os alimentos ricos em açúcar e em gordura, uma vez que estes são os alimentos alvo de maior restrição por parte dos pais (Fisher & Birch, 1999).

Segundo Fisher e Birch (1999), o controlo dos pais face à alimentação das crianças encontra-se negativamente associado à capacidade de autorregulação da fome e do consumo de energia das crianças em idade pré-escolar e escolar, denotando-se que as crianças apresentam menor autorregulação quando veem um determinado alimento, mas não têm acesso a ele, comparativamente com situações em que não visualizam um alimento específico. Neste sentido, a restrição aumenta a preferência por esses alimentos e há uma diminuição da capacidade de autocontrolo no ato de comer (Fisher & Birch, 1999).

Deste modo, este método não apresenta eficácia como meio de promoção de uma alimentação saudável e equilibrada na infância (Fisher & Birch, 1999). O controlo restritivo por parte dos pais face à alimentação das crianças surge, assim, como um fator preponderante no desenvolvimento da obesidade infantil, uma vez que ocorre uma afeção na capacidade de regulação do apetite e a resposta à saciedade da criança é condicionada (Cordeiro, 2010). Assim, o controlo restritivo alimentar é visto como uma das principais causas do aparecimento de excesso de peso nas crianças (Cordeiro, 2010).

Deste modo, restringir o acesso das crianças a alimentos preferidos pode interferir com a capacidade de adquirirem a capacidade de autorregulação face à ingestão alimentar, proporcionar dificuldades na limitação do consumo energético, sendo que se verifica um incentivo no consumo de alimentos considerados saborosos e pouco saudáveis e uma redução na capacidade de compreensão da sensação de fome e de saciedade (Fisher & Birch, 1999; Benton, 2004). Concluiu-se que a restrição alimentar imposta pelas figuras parentais está

associada essencialmente ao nível de escolaridade dos pais, encontrando-se correlacionada de forma positiva com este, e negativamente com o peso e o índice de massa corporal dos pais (Benton, 2004).

A restrição alimentar por parte dos pais relativamente às crianças, assim como a pressão para comer, encontram-se significativamente relacionados com uma maior ingestão de alimentos ricos em gordura, sendo que para além deste fator, a criança deixa de compreender e identificar corretamente a sensação de fome (Benton, 2004).

### Pressão para comer

A pressão para comer consiste numa prática parental em que se obriga a criança a consumir um determinado alimento sem que esta queira, sendo que esta pressão pode centrar-se na ingestão de alimentos saudáveis ou na pressão para comer a refeição toda que se encontra no prato (Rochinha & Sousa, 2012). Esta estratégia conduz a consequências negativas em relação ao consumo de um determinado alimento, reduzindo assim a preferência pelo mesmo (Benton, 2004).

Os resultados de estudos não são consensuais, pois alguns referem que as mães de crianças que apresentam baixo peso corporal exercem mais pressão sobre as crianças para que comam, enquanto outros estudos afirmam que as crianças com maior peso corporal são aquelas que são alvo de maior pressão no sentido de consumirem alimentos em maior proporção. Acrescenta-se que as crianças que não são incentivadas a comer mais ou em maior proporção tendem a apresentar um peso e índice de massa corporal considerados normais (Rochinha & Sousa, 2012).

### Recompensa

A ideia de atribuir uma recompensa à criança como incentivo à ingestão alimentar constitui uma estratégia utilizada pelas figuras parentais, com o intuito de promover comportamentos alimentares corretos nas crianças, apresenta influência nas preferências alimentares infantis. Neste sentido, os alimentos que são fornecidos como recompensa são considerados alimentos preferidos, enquanto os alimentos consumidos com o objetivo de se alcançar uma recompensa são vistos como alimentos rejeitados (Rochinha & Sousa, 2012).

### 1.3.3 Aprendizagem social

Os pais funcionam enquanto modelos e têm uma influência relevante no que concerne ao comportamento alimentar infantil, denotando-se como relevantes nas preferências alimentares das crianças (Costa, Nunes, Duarte & Pereira, 2012; Yabanci, Kisaç, Karakus, 2014). Neste sentido, se as crianças observarem outras crianças, ou os próprios pais, a consumirem um determinado alimento manifesta-se uma maior probabilidade de a criança consumir esse mesmo alimento, sendo que é fundamental que os pais exponham as crianças a uma grande variedade de sabores distintos, de modo a aumentar a apetência pelo consumo

de alimentos diversificados e relevantes para uma dieta alimentar saudável e equilibrada (Benton, 2004).

As mães são os principais modelos das crianças no que concerne ao comportamento alimentar, sendo que é fundamental promover hábitos alimentares que conduzam a uma dieta alimentar equilibrada, bem como à saúde da mãe e da criança (Yabanci et al., 2014).

Para além do ambiente familiar, o ambiente escolar influencia também de modo direto e indireto os hábitos e preferências alimentares infantis (Cullen, Lara & Moor, 2002). A escola é notoriamente um contexto que funciona como agente responsável pela socialização em variadas áreas de aprendizagem, incluindo os comportamentos alimentares denominados de saudáveis. É evidente que a maior parte do tempo das crianças é passada no contexto educacional e é neste meio que se formam muitas das suas características personalísticas, assim como das escolhas e preferências alimentares (Teixeira, 2010).

Apesar de ocorrerem diversas intervenções no campo da educação que se encontram diretamente relacionadas com o comportamento alimentar, considera-se que não se têm verificado resultados positivos no que remete para melhorias significativas nos hábitos alimentares das crianças e conseqüentemente para a promoção de comportamentos saudáveis (Cullen et al, 2007, cit in Teixeira, 2010).

#### 1.3.4 Conhecimentos nutricionais dos pais e crenças parentais

A socialização de comportamentos alimentares considerados saudáveis acontece no meio familiar, através das crenças, atitudes e comportamentos parentais (Tinsley, 2003, cit in Teixeira, 2010). As crenças parentais que se encontram associadas à definição de saúde, de alimentação saudável, de autoeficácia parental, de controlo sobre o comportamento alimentar da criança e de fatores emocionais são determinantes implícitos na dinâmica relacional familiar (Teixeira, 2010). Os conhecimentos nutricionais dos pais, especialmente das mães, revelam-se importantes no comportamento alimentar das crianças (Yabanci et al., 2014).

É fulcral que os pais se envolvam a fim de ter uma ação de prevenção relativamente ao problema da obesidade infantil e ao surgimento de diversas doenças associadas ao comportamento alimentar. Neste sentido, é relevante que os pais apresentem conhecimentos suficientes para ter a capacidade de compreender o comportamento alimentar das crianças e as possíveis conseqüências que este pode despoletar na saúde infantil (Kourlaba et al., 2009). Salienta-se que, se os pais não apresentarem os conhecimentos e a capacidade de perceber que os filhos manifestam uma dieta alimentar pobre, não poderão agir com a finalidade de modificar os hábitos alimentares das crianças e melhorar as suas condições de saúde e peso corporal (Kourlaba et al., 2009).

Num estudo efetuado por Yabanci e colaboradores (2014), verificou-se que as mães que apresentavam um maior grau de conhecimentos nutricionais, tinham um peso corporal situado na norma e promoviam uma alimentação mais saudável dos filhos, incentivando-os a consumirem alimentos, tais como: vegetais, frutas, leguminosas, bebidas com menos açúcar e

menos *fast-food*, comparativamente com as mães que manifestam menor nível de conhecimentos nutricionais. As mães que apresentam mais conhecimentos nutricionais tinham também uma crença maior na díade alimentação-saúde em comparação com as mães que manifestam menos conhecimentos nutricionais (Yabanci et al., 2014).

Um grau elevado de conhecimentos nutricionais por parte das figuras parentais conduz a um maior consumo no que se refere aos alimentos que se encontram numa dieta saudável e equilibrada, sendo que estas crianças consomem menos gordura e mais fibras (Yabacin et al., 2014).

A instrução nutricional dos pais mostra-se benéfica relativamente ao comportamento nutricional das crianças, sendo que mudanças dos hábitos alimentares por parte dos pais levam a um comportamento alimentar infantil de cariz saudável (Yabanci et al., 2014). Por outro lado, as figuras parentais que abordam no meio familiar os conhecimentos sobre alimentação ou acerca do valor nutricional dos alimentos, contribuem para a promoção do interesse e para a formação destas crianças que, conseqüentemente, revelam um maior conhecimento em relação ao comportamento alimentar (Fitzpatrick, Edmunds & Dennison, 2007, cit in Teixeira, 2010).

### 1.3.5. Ambiente emocional durante as refeições

O clima emocional durante as refeições é considerado relevante e influente, uma vez que um ambiente emocional negativo leva a um menor consumo de alimentos, enquanto um ambiente emocional positivo conduz a um aumento no consumo de alimentos (Benton, 2004). Quando o clima emocional é positivo, os alimentos consumidos tendem a tornar-se em preferências alimentares, porquanto quando este clima é negativo a preferência alimentar por esses alimentos tende a diminuir significativamente (Benton, 2004).

As refeições realizadas pelas crianças em conjunto com as suas famílias têm a capacidade de proporcionar comportamentos de autorregulação nas crianças. Estes comportamentos encontram-se associados à saúde e ao bem-estar nutricional das crianças, que são maioritariamente influenciados pelas relações e comunicação interpessoal, pela resposta à negatividade e por um ambiente positivo à refeição e livre de fatores distratores (Fiese & Bost, 2016).

O ambiente social existente durante as refeições e, em particular, as relações entre os pais e os filhos funcionam como um mecanismo relevante que assegura a saúde ao nível físico e psicológico das crianças, promovendo assim uma diminuição das doenças crónicas que se encontram relacionadas com o comportamento alimentar e com o peso corporal (Berlin, Kamody & Banks, 2015). Um estudo realizado por Fiese e Bost (2016) demonstra que as famílias que se envolvem com a criança numa comunicação e relação interpessoal positiva, apresentam menor tendência para adquirirem hábitos alimentares considerados pouco saudáveis, assim como encontram-se menos propensos no que concerne ao risco de desenvolvimento de obesidade.

Com o intuito de se proporcionar um ambiente emocional favorável durante as refeições das crianças, é fundamental que o ambiente esteja isento de fatores distratores, evitar ceder vários lanches entre as refeições, promover as refeições como sendo um momento positivo para toda a família e estipular um tempo entre 15 a 30 minutos para a ocorrência das refeições familiares (Berlin et al., 2015). É de salientar que um ambiente durante as refeições caracterizado pela existência de fatores distratores, tais como recorrer ao uso de tecnologia enquanto as crianças comem, conduz a um aumento da obesidade e reduz a ingestão de alimentos saudáveis, bem como a ativação da capacidade de autorregulação para a sensação de saciedade (Fiese & Bost, 2016).

#### 1.4 Obesidade infantil

A obesidade é vista como um problema de saúde ao nível público que afeta todas as faixas etárias. No entanto, a sua prevalência na infância e adolescência tem crescido exponencialmente (Victorino, Soares, Marcon & Higarashi, 2014).

É de ressaltar que o construto de obesidade se encontra interligado com diversos fatores causais, tais como: os aspetos genéticos, ambientais, psicológicos, emocionais, o sedentarismo e os hábitos alimentares, sendo fortemente influenciados pelo estatuto socioeconómico e pelo nível cultural (Victorino et al., 2014). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2011), considera-se como principal causa do aparecimento da obesidade a existência de um desequilíbrio entre a energia consumida e a energia gasta, que se expressa através do aumento do consumo de alimentos ricos em gordura e açúcar e pobre em nutrientes e vitaminas, assim como consiste na diminuição da prática de exercício físico e na prevalência do sedentarismo.

O diagnóstico de obesidade é efetuado através da medição da altura e peso corporal da criança e pelo respetivo cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) da mesma, sendo esta a medida mais utilizada e mais adequada para determinar a existência de obesidade. Contudo, no decorrer da infância, o IMC varia de acordo com a idade, o género e a cultura, uma vez que a associação entre o IMC e o risco de obesidade não é semelhante em todas as culturas e etnias (Costa, 2011).

A obesidade encontra-se relacionada com diversas complicações de saúde e associada a um aumento da taxa de mortalidade na infância. Os hábitos alimentares assumem uma relação direta com o aparecimento de um quadro de obesidade infantil, uma vez que a pressão para comer, não fazer todas as refeições diárias, comer alimentos com muita quantidade calórica e a inexistência da prática de exercício físico são fatores que podem provocar alterações no índice de massa corporal e conduzir ao excesso de peso (Mello, Luft & Meyer, 2004).

O excesso de peso conduz na maioria das vezes ao sofrimento psicológico nas crianças, visto que estas podem ser vítimas de *bullying* pelo facto de apresentarem obesidade, sendo que estes aspetos se caracterizam pela baixa autoestima e problemas de

comportamento, tendo um impacto nas crianças que atinge o nível psicológico, físico e social (Victorino et al., 2014).

Neste sentido, é evidente a necessidade de intervir eficazmente com o objetivo de prevenir o aparecimento e aumento da obesidade. Parece existir uma opinião consensual no que remete para que as principais medidas para a prevenção da obesidade em contexto pediátrico sejam focadas na adequação dos hábitos alimentares e na correção do estilo de vida, bem como na promoção da prática de atividade física. É fundamental que seja promovida a prevenção primária da obesidade infantil, sendo que as figuras parentais são tidas como os responsáveis por fomentar hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis nas crianças (Azizi, 2011).

As intervenções acerca da obesidade na infância podem ter início no contexto escolar, centradas na realização de exercício físico e no fornecimento de uma dieta alimentar saudável equilibrada, sendo que demonstram uma eficácia maior quando existe intervenção no ambiente escolar, associada a uma componente familiar e também comunitária (Wang et al., 2013).

### 1.5 Acompanhamento/ Apoio psicológico

Os problemas de saúde mental na infância e na adolescência são muito frequentes, apresentando um grande impacto ao nível do desenvolvimento e autonomia da criança/adolescente, assim como consequências de cariz negativo a nível familiar, educativo e social (Santos, 2015). Salienta-se que a saúde mental das crianças e jovens tem uma correlação direta com as variáveis familiares, que podem incluir crises a nível individual (acidentes, problemas de saúde de um membro da família), relacional (separação/divórcio) ou social (desemprego) (Santos, 2015).

Na sua maioria, as crianças e jovens que chegam aos serviços de saúde mental a fim de beneficiarem de acompanhamento psicológico provêm de famílias com baixo estatuto socioeconómico; possuem figuras parentais com uma profissão de menor prestígio social; têm pais com escolaridade de nível precário; pertencem a famílias grandes ou famílias monoparentais (Santos, 2006). Para além destes fatores de risco referidos, estas crianças e jovens apresentam situações de vida com altos níveis de stresse; por vezes, revela-se a existência de história clínica familiar de problemas psicológicos; podem existir dificuldades nos relacionamentos familiares, nomeadamente com as figuras parentais e, ainda, manifestam-se estilos e atitudes parentais consideradas muito rígidas (Santos, 2006). Estes fatores de risco apresentados revelam-se mais presentes em crianças e jovens pertencentes a famílias desfavorecidas ao nível socioeconómico. Contudo, nem todas as crianças que usufruem de acompanhamento psicológico completam todas estas características que são vistas como fatores de risco (Santos, 2006).

A generalidade dos utentes que procuram os serviços de saúde mental pediátricos são crianças e adolescentes, a maioria pertence ao género masculino, em que o motivo da consulta incide particularmente sobre o baixo rendimento académico, comportamentos agressivos e desobediência em casa e na escola (Bernardes-da-Rosa, Garcia, Domingos & Silveiras, 2000).

Relativamente à prevenção da obesidade é fulcral que os principais educadores das crianças, que são maioritariamente os pais, se articulem com os profissionais de saúde, incluindo os psicólogos e estejam atentos às necessidades psicológicas da criança, sendo que deve ser elaborada uma intervenção que promova suporte psicoemocional às crianças e que facilite o processo de reeducação alimentar (Victorino et al., 2014). No entanto, uma intervenção efetuada com base numa equipa multidisciplinar revela-se mais eficaz, uma vez que é importante trabalhar os hábitos alimentares saudáveis, a prática regular de exercício físico e o suporte psicológico, a fim de se prevenir o aparecimento de variadas patologias do foro mental (Victorino et al., 2014).



# Capítulo 2- Metodologia

## 2.1 Objetivos do Estudo

Este trabalho de investigação insere-se num projeto de investigação geral denominado “Comportamentos de saúde e prevenção da doença”, tem como objetivo estudar o comportamento alimentar infantil, assim como as atitudes parentais face à alimentação das crianças em idade escolar, comparando crianças que apresentam acompanhamento psicológico, com crianças sem acompanhamento psicológico.

Consiste num estudo de natureza qualitativa e quantitativa, denotando-se como uma investigação exploratória e comparativa, tendo a recolha dos participantes sido feita em locais e momentos diferentes, originando dois grupos distintos. No que concerne ao *design* da investigação, utilizou-se um *design* transversal e correlacional, tendo os dados sido obtidos através das respostas aos questionários de autorresposta fornecidos aos participantes.

Na definição de objetivos desta investigação, podem-se destacar objetivos gerais e objetivos específicos. No que concerne aos objetivos gerais, estes consistem no estudo do comportamento alimentar infantil, mais concretamente das preferências alimentares e da neofobia alimentar em crianças em idade escolar, assim como nas atitudes parentais face à alimentação das crianças. Trata-se de um estudo maioritariamente comparativo, em que se pretende averiguar as diferenças entre o comportamento alimentar infantil e as atitudes dos pais de crianças em idade escolar que têm acompanhamento psicológico e de crianças em idade escolar que não apresentem acompanhamento psicológico. Assim, o referido estudo pretende perceber o que os pais pensam sobre o peso e o comportamento alimentar do(a) seu(sua) filho(a), e acerca da capacidade que percebem ter relativamente aos alimentos que os filhos ingerem e à capacidade de promover uma alimentação saudável.

No que remete para os objetivos específicos deste estudo, distinguem-se:

Objetivo 1: Caracterizar um grupo de crianças em idade escolar (6 aos 10 anos) quanto às preferências alimentares, às atitudes parentais face à alimentação da criança e à neofobia alimentar;

Objetivo 2: Averiguar as diferenças nas preferências alimentares entre crianças com e sem acompanhamento psicológico;

Objetivo 3: Averiguar se as atitudes parentais em relação à alimentação das crianças diferem entre as crianças que são seguidas numa consulta de apoio psicológico e as que não têm acompanhamento psicológico;

Objetivo 4: Averiguar se existem diferenças quanto à neofobia alimentar em crianças com e sem acompanhamento psicológico;

Objetivo 5: Averiguar se o nível de habilitações literárias dos pais tem influência nas suas atitudes parentais;

Objetivo 6: Verificar a existência ou não de associação entre a neofobia alimentar e as atitudes parentais face à alimentação.

## 2.2 Participantes

Tendo em consideração os objetivos principais do estudo, recorreu-se ao processo de amostragem por conveniência, designado também de amostra não-probabilística, sendo que os participantes no estudo foram selecionados por conveniência, cumprindo os critérios pretendidos: crianças entre 6 e 10 anos de idade e os seus encarregados de educação, e num dos grupos acrescentou-se, ainda, o facto de as crianças terem acompanhamento psicológico.

Os participantes do grupo não clínico foram recolhidos numa Escola de 1º ciclo do Distrito de Castelo Branco, o Centro Social Padres Redentoristas em Castelo Branco, e o grupo referente às crianças que apresentam acompanhamento psicológico (grupo clínico) foi recolhida no Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC) em Castelo Branco, sendo que todos os elementos da nossa amostra preenchem os critérios de inclusão no estudo.

Relativamente à caracterização dos participantes, o primeiro grupo, recolhido numa Escola de 1º ciclo do Ensino Básico, é composto por 64 crianças e os respetivos encarregados de educação, sendo estes maioritariamente indivíduos do género feminino, correspondendo a 61 dos participantes (95%). Este grupo é constituído por pais com idades compreendidas entre os 24 e os 60 anos de idade, sendo que a faixa etária entre os 24 e os 40 anos é constituída por 38 indivíduos (59%) e a faixa etária entre os 41 e os 60 anos é composto por 26 indivíduos (42%). No que concerne às habilitações literárias, a maioria dos participantes, ou seja, 39 (61%) pais possuem licenciatura. Relativamente ao estado civil, denota-se que existem maioritariamente participantes casados (81%). Relativamente às variáveis que remetem para a situação profissional, verifica-se que a grande maioria, isto é, 58 (91%) indivíduos referem estarem empregados a tempo inteiro (Tabela 1).

No grupo de participantes recolhido no Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC), constituído por 32 participantes, os pais das crianças que participaram no estudo correspondem a 29 participantes do género feminino (91%) e 3 participantes do género masculino (9%). De entre este número de participantes, 25 pais (78%) tinham idades compreendidas entre os 24 e os 40 anos e 7 (22%) pais tinham idades entre os 41 e os 60 anos. A maioria dos pais respondentes possuía o 12º ano (34%), no que se refere às habilitações literárias. Quanto ao estado civil, 19 pais (59%) eram casados. Enquanto no que diz respeito à situação profissional, verificou-se que apenas 18 pais (56%) estavam empregados a tempo inteiro (Tabela 1).

### Tabela 1

*Caraterização sociodemográfica dos pais participantes no estudo (N=96)*

<i>Grupo</i>	<i>Variável</i>	<i>Frequência Absoluta (Fi)</i>	<i>Percentagem (%)</i>	
Escola 1º Ciclo (N=64)	Sexo	Feminino	61	95,3%
		Masculino	3	4,7%
	Idade	24 - 40 anos	38	59,4%
		41 - 60 anos	26	41,6%
	Habilitações literárias	4º ano	1	1,6%
		9º ano	2	3,1%
		12º ano	15	23,4%
		Licenciatura	39	60,9%
		Mestrado	6	9,4%
	Estado Civil	Doutoramento	1	1,6%
		Solteiro	5	7,8%
		Casado	52	81,3%
		União de facto	4	6,3%
		Divorciado	1	1,6%
	Situação Profissional	Viúvo	1	1,6%
Doméstica		1	1,6%	
Empregado a tempo inteiro		58	90,6%	
Desempregado		5	7,8%	
CDC (N=32)	Sexo	Feminino	29	90,6%
		Masculino	3	9,4%
	Idade	24 - 40 anos	25	78,1%
		41 - 60 anos	7	21,9%
	Habilitações literárias	6º ano	5	15,6%
		9º ano	6	18,8%
		12º ano	11	34,4%
		Licenciatura	9	28,1%
	Estado civil	Mestrado	1	3,1%
		Solteiro	7	21,9%
		Casado	19	59,4%
		União de facto	4	12,5%
	Situação profissional	Divorciado	2	6,3%
Estudante		1	3,1%	
Doméstica		3	9,4%	
		Empregado a tempo	18	56,3%

inteiro		
Empregado a part-time	1	3,1%
Desempregado	8	25%
Reformado	1	3,1%

Em relação à constituição do agregado familiar, verifica-se que, no grupo recolhido na escola de 1º ciclo, a grande maioria dos participantes (91%) afirmou que o seu agregado familiar é composto pelo filho(s) e pelo cônjuge/companheiro. Quanto à variável que se refere ao número de filhos, o maior número de participantes referiu ter 2 filhos (50%), enquanto 27 encarregados de educação (42%) afirmam ter apenas 1 filho (Tabela 2).

Relativamente aos dados obtidos no grupo recolhido no Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC), 25 pais (78%), que correspondem à grande maioria, vivem com o cônjuge ou companheiro e com o(s) filho(s). Relativamente ao número de filhos, 13 indivíduos (41%) têm apenas 1 filho, e 12 indivíduos (38%) têm 2 filhos (Tabela 2).

**Tabela 2**

*Caraterização dos elementos constituintes do agregado familiar (N=96)*

	<i>Variável</i>	<i>Frequência Absoluta (Fi)</i>	<i>Percentagem (%)</i>	
Escola de 1º Ciclo (N=64)	Elementos do agregado familiar	Cônjuge e Filho (s)	58	91%
		Filho(s)	2	2,9%
		Filhos e Pais e/ou sogros	2	2,9%
		Filho(s) e outros	2	2,9%
	Número de filhos	1 Filho	27	42,2%
		2 Filhos	32	50%
		3 Filhos	3	4,7%
		4 Filhos	1	1,6%
		5 Filhos	1	1,6%
	CDC (N=32)	Elementos do agregado familiar	Cônjuge e Filho (s)	25
		Filho(s)	1	3,1%
		Filhos e Pais e/ou sogros	3	9,4%
		Filho(s) e outros	2	6,3%
Número de filhos		1 Filho	13	40,6%
		2 Filhos	12	37,5%
		3 Filhos	6	18,8%
		4 Filhos	1	3,1%

Em relação ao elemento do agregado familiar que é indicado como o principal cuidador da criança, verifica-se que para 54 crianças (53%) o principal cuidador é a mãe, enquanto para 41 crianças (43%) são apresentados o pai e a mãe como principais figuras cuidadoras. Contudo, uma criança (1%) possui como principal cuidador outro elemento do agregado familiar, sendo neste caso a avó.

No que concerne às variáveis relacionadas com a criança alvo do estudo, como mostra a tabela 3, denota-se que no grupo recolhido na escola 20% das crianças tinham 6 anos de idade, 28% tinham 7 anos, 14% possui 8 anos, 31% das crianças tinham 9 anos e apenas 6% tinham 10 anos de idade. Desta amostra, 38 participantes (59%) pertencem ao género feminino, enquanto 26 crianças (41%) pertencem ao género masculino. Em relação ao ano de escolaridade das crianças participantes, verificou-se que 17 (25%) frequentam o 1º ano, 16 (23%) frequentam o 2º ano, 10 (15%) encontram-se no 3º ano de escolaridade e 21 (30%), que corresponde à maioria, frequenta o 4º ano de escolaridade (Tabela 3).

Quanto às idades das crianças participantes que frequentavam as consultas no CDC, revela-se que 4 crianças tinham 6 anos (13%), 8 crianças tinham 7 anos (25%), 9 crianças possuíam 8 anos (28%), 8 crianças tinham 9 anos (25%) e apenas 3 crianças possuíam 10 anos de idade (9%). No que remete para o género das crianças, verifica-se que 15 crianças pertencem ao género feminino (47%) e 17 crianças pertencem ao género masculino (53,1%). No que se refere ao ano de escolaridade em que estas crianças se encontravam inseridas, verifica-se que 7 crianças encontravam-se no 1º ano (22%), 11 crianças frequentavam o 2º ano (34%), 10 crianças frequentavam o 3º ano (31%) e, ainda, 4 crianças estavam inseridas no 4º ano de escolaridade (13%) (Tabela 3).

**Tabela 3**

*Caraterização sociodemográfica das crianças participantes no estudo (N=96)*

		<i>Variável</i>	<i>Frequência Absoluta (Fi)</i>	<i>Percentagem (%)</i>
Idade da Criança		6 anos	13	20,3%
		7 anos	18	28,1%
		8 anos	9	14,1%
		9 anos	20	31,3%
		10 anos	4	6,3%
Sexo da Criança	Feminino		38	59,4%
	Masculino		26	40,6%
Escolaridade		1º ano	17	24,6%
		2º ano	16	23,2%
		3º ano	10	14,5%

		4º ano	21	30,4%
CDC (N=32)	Idade da criança	6 anos	4	12,5%
		7 anos	8	25%
		8 anos	9	28,1%
		9 anos	8	25%
		10 anos	3	9,4%
	Sexo da criança	Feminino	15	46,9%
		Masculino	17	53,1%
	Escolaridade	1º ano	7	21,9%
		2º ano	11	34,4%
		3º ano	10	31,3%
4º ano		4	12,5%	

Com a finalidade de compreendermos melhor alguns aspetos relevantes para o estudo em vigor foram acrescentados alguns itens ao questionário sociodemográfico, tais como: o principal cuidador da criança, o peso e altura para respetivo cálculo do índice de massa corporal, o facto da criança possuir ou não acompanhamento psicológico para efeitos de comparação e, ainda, se o médico que acompanha a criança alguma vez referiu que esta se encontrava com excesso de peso ou obesidade.

Analisando as respostas relativas a se a criança apresentava algum problema de saúde crónico, quer seja físico ou mental, 86 participantes (90%) responderam que não, enquanto 10 crianças (10%) apresentavam problemas de saúde crónicos, sendo que 6 das crianças que manifestam problemas de saúde crónicos pertencem ao grupo clínico, enquanto 4 crianças pertencem ao grupo não clínico (Tabela 4). No que diz respeito aos resultados em relação ao facto do médico que acompanha a criança alguma vez ter referido que esta apresenta excesso de peso ou obesidade, 7 participantes (7%) responderam que sim, sendo que 4 destas crianças pertencem ao grupo não clínico e 3 crianças pertencem ao grupo clínico.

Para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) recorreu-se aos dados do plano de saúde infantil e juvenil proposto pela Direção Geral de Saúde, tratando-se das normas que se encontram atualmente em vigor e a serem utilizadas no sistema nacional de saúde. Recorreu-se à recolha do peso e da altura da criança, fornecidos pelos pais, para proceder ao cálculo do índice de massa corporal (IMC). O IMC foi depois interpretado tendo em consideração a variável idade e sexo da criança para averiguar em que percentil se encontra a criança consoante o seu IMC, através dos gráficos que se encontram no documento da Direção Geral de Saúde.

De acordo com a fonte citada o peso da criança pode ser distinguido em cinco categorias: Baixo Peso (quando apresenta valores do IMC inferiores ao Percentil 3), Peso

Normal (os valores do IMC variam entre o Percentil 3 e o Percentil 85), Pré-obesidade (os valores do IMC oscilam entre os Percentis 85 e 97) e Obesidade (os valores do IMC situam-se acima do Percentil 97).

Como se pode observar na tabela 5, apenas 69 dos 96 participantes da nossa amostra responderam à questão relacionada com o peso e a altura da criança, a fim de se calcular o índice de massa corporal (IMC) da mesma. Os resultados evidenciam que a maior parte das crianças tinham peso corporal considerado normal (63,7%), 3 crianças demonstravam baixo peso (4,3%), 22 crianças apresentavam excesso de peso, sendo que de entre essas, 8 crianças (11,6%) apresentavam pré-obesidade e 14 crianças (20,3%) revelavam critérios de obesidade. Contudo, como nem todos os participantes responderam a este item do questionário sociodemográfico, pelo que não há dados suficientes para realizar uma comparação entre o índice de massa corporal das crianças do grupo clínico e das crianças do grupo não clínico. O excesso de peso engloba também a pré-obesidade e a obesidade (Tabela 4).

**Tabela 4**

*Outras características sociodemográficas das crianças*

Variável		Frequência Absoluta (Fi)	Percentagem (%)
Problema de saúde crónico (físico ou mental) (N= 96)	Sim	10	10,4%
	Não	86	89,6%
A criança tem excesso de peso ou obesidade? (N= 96)	Sim	7	7,3%
	Não	89	92,7%
	Baixo peso	3	4,3%
Índice de massa corporal (IMC) (N=69)	Peso normal	44	63,7%
	Pré-obesidade	8	11,6%
	Obesidade	14	20,3%

## 2.3 Instrumentos de recolha de dados

Mediante a pesquisa bibliográfica relativamente aos instrumentos de recolha de dados sobre o comportamento alimentar das crianças e as atitudes parentais face à alimentação das crianças, foi elaborado um questionário sociodemográfico e selecionados três questionários, sendo estes: o *Child Feeding Questionnaire*, a Escala de Neofobia Alimentar e o Questionário de Preferências Alimentares. Estas escalas foram escolhidas para a realização deste estudo por se revelarem pertinentes e adequadas aos objetivos da investigação.

### 2.3.1 Questionário sociodemográfico

Este questionário foi construído com o intuito de obter informações sobre as crianças e os seus encarregados de educação, geralmente os pais. Este encontra-se dividido essencialmente em duas partes: a primeira refere-se à informação geral acerca do encarregado de educação, nomeadamente a idade, o sexo, a nacionalidade, as habilitações literárias, o agregado familiar e a situação profissional do encarregado de educação.

A segunda parte diz respeito à informação relativa, em particular, à criança e requer dados tais como: idade, altura, peso corporal, sexo, escolaridade, existência de alguma doença crónica física ou mental, referência por parte do médico a excesso de peso ou não da criança e, ainda, ao facto da criança apresentar ou não acompanhamento psicológico.

### 2.3.2 *Child Feeding Questionnaire*

O instrumento referido foi desenvolvido por Birch et al. (2001) e aferido para a população portuguesa por Real, Oliveira, Severo, Moreira e Lopes (2014), baseando-se na avaliação de crenças, atitudes e práticas parentais relativamente ao comportamento alimentar das crianças e a relação destes fatores com a tendência para a obesidade infantil. A teoria de Constanzo e Woody (1985) foi tida como base para a construção do *Child Feeding Questionnaire (CFQ)*.

Neste sentido, o referido questionário tem como objetivo compreender a perceção dos pais, particularmente das mães que geralmente são as principais cuidadoras no que concerne à alimentação das crianças. Incide, ainda, sobre a perceção do peso e a alimentação das crianças e também sobre a capacidade de controlar o que os filhos comem e de promover uma alimentação saudável. Os autores da versão portuguesa do Child Feeding Questionnaire combinaram os itens deste instrumento com um instrumento de J. Ogden, isto é, combinaram 7 subescalas originárias de Birch com 2 subescalas pertencentes ao questionário da autoria de Ogden, mais concretamente o Controlo coberto e o Controlo aberto (Real et al., 2014).

O *Child Feeding Questionnaire (CFQ)* denota-se como um instrumento utilizado idealmente para a realização de estudos com pais de crianças que apresentam um desenvolvimento normal e que se encontram no período da meia infância e da infância. O estudo de validação deste instrumento, em Portugal, abrangeu em particular crianças de 4 anos de idade.

O instrumento citado é constituído por 38 itens que se encontram distribuídos por nove subescalas, sendo sete de Birch e duas de Ogden, destacando-se: 1) Responsabilidade Percebida (PR); 2) Perceção do peso dos pais (PPW); 3) Perceção do peso das crianças (PCW); 4) Preocupação com o peso da criança (CCW); 5) Restrição (R); 6) Pressão para comer (PE); 7) Monitorização (M); 8) Controlo coberto (CC); e 9) Controlo aberto (OC).

Assim, este questionário deve ser respondido pelos encarregados de educação, geralmente os pais de crianças, em idade escolar.

No que concerne à consistência interna das subescalas, os autores do estudo de validação deste instrumento, utilizaram o Alfa de Cronbach, que revelou uma variância de valores situados entre 0.684 e 0.889, sendo considerado como apresentando uma consistência interna muito boa (Real et al., 2014).

### 2.3.3 Escala de Neofobia alimentar

Pliner desenvolveu uma Escala de Neofobia alimentar para crianças, no ano de 1994, tendo sido aferida para a população portuguesa por Filipe e Barros em 2011. Esta escala pretende avaliar a presença de neofobia alimentar em crianças em idade escolar (6-10 anos) e a perceção que as figuras parentais apresentam relativamente a esse medo que as crianças manifestam em experimentar alimentos considerados novos e desconhecidos. Esta escala consiste na avaliação do medo que as crianças manifestam em experimentar alimentos novos e diferentes, permitindo a avaliação do grau de neofobia alimentar (Stegen-Hanson & Ernspurger, 2004).

A Escala de Neofobia alimentar é composta por 10 itens que consistem em frases sobre a forma como as crianças reagem perante alimentos novos e diferentes, sendo respondido numa escala de *likert* de 5 pontos: 1) Concordo completamente; 2) Concordo; 3) Nem concordo nem discordo; 4) Discordo; 5) Discordo completamente.

Este instrumento deverá ser respondido pelo encarregado de educação da criança, ou seja, pelo indivíduo responsável pela alimentação da criança em idade escolar. Os resultados desta escala podem variar entre 10 e 50 pontos, sendo que quanto mais baixos forem os resultados maior será o grau de neofobia alimentar da criança.

De acordo com o estudo de validação da Escala efetuado por Pliner, este instrumento possui uma consistência interna considerada boa, apresentando o valor do alfa de Cronbach de 0.88. Num estudo realizado por Filipe e Barros (2011) em que se recorreu à administração da Escala de Neofobia Alimentar numa amostra de pais de crianças portuguesas, este instrumento apresentou uma consistência interna 0.82, sendo esta considerada boa.

Não se revela a presença de correlações inter-itens, sendo que os itens avaliam questões diferenciadas. Trata-se de uma escala unidimensional, pois os itens da escala correspondem apenas a um único fator. Assim, a organização em mais do que um fator não se mostrou adequada, tendo em conta que o 2º fator inclui apenas um item e que o seu conteúdo não é claramente diferenciado do conteúdo do 1º fator.

### 2.3.4 Questionário de Preferências alimentares

O Questionário de Preferências alimentares foi adaptado por Andrade em 2008. Este questionário consiste na observação de variadas imagens de alimentos, em que a criança deverá identificar a sua preferência por cada um dos alimentos, através de um rosto triste que se refere ao “não gosto”, um rosto feliz que remete para o “gosto muito” e um rosto neutro que corresponde ao “gosto assim-assim”, utilizando assim uma metodologia de cariz lúdico (Andrade, 2008).

Este questionário é constituído por 33 imagens de diferentes produtos alimentares, constituído por frutas, legumes, lacticínios, bebidas, guloseimas, hidratos de carbono e proteínas, englobando assim os diversos grupos que compõem a roda dos alimentos e que são considerados fundamentais para uma dieta saudável e equilibrada (Sousa, 2009).

É de salientar que o instrumento referido avalia as preferências alimentares na ótica das próprias crianças em idade escolar que participam no estudo.

## 2.4. Procedimentos de recolha e de análise dos dados

Numa primeira fase, procedeu-se à apresentação do projeto de investigação aos responsáveis de uma Escola de 1º Ciclo pertencente ao distrito de Castelo Branco, assim como aos responsáveis pelo Centro de Desenvolvimento da Criança, situado no Hospital Amato Lusitano em Castelo Branco. Entregou-se o pedido às entidades pretendidas, assim como os respetivos instrumentos que iriam ser aplicados aos pais e às crianças no decorrer da investigação, para que pudessem ser devidamente analisados e posteriormente aceites por estes serviços.

A informação sobre o referido projeto foi transmitida aos encarregados de educação das crianças através de um protocolo de consentimento informado e do esclarecimento de dúvidas efetuado pela investigadora. O consentimento informado tinha como intuito esclarecer os pais sobre o referido estudo e recolher as autorizações para a sua participação e para a participação das crianças no referido projeto.

Após o consentimento dos encarregados de educação, foram fornecidos os respetivos instrumentos utilizados no estudo. Neste sentido, os encarregados de educação tiveram que dar resposta ao questionário sociodemográfico, ao *Child Feeding Questionnaire (CFQ)* e à Escala de Neofobia Alimentar. Enquanto, o Questionário de Preferências Alimentares foi respondido pelas crianças.

A recolha de dados na Escola de 1º ciclo traduziu-se no contacto com a professora responsável pelo 1º ciclo da respetiva escola e na disponibilização dos questionários à instituição que se encarregou de entregar os questionários aos pais para serem respondidos e aplicar o questionário referente às crianças em contexto de sala de aula, sendo que os questionários das crianças e dos respetivos encarregados de educação foram agregados para posterior análise e para que não ocorressem enviesamentos dos dados.

No que concerne à recolha da amostra no Centro de Desenvolvimento da Criança, salienta-se que a investigadora esteve presente no local para a entrega do consentimento informado e encarregou-se de esclarecer quaisquer dúvidas aos pais e às crianças, tendo contacto direto com os mesmos e auxiliando no preenchimento dos instrumentos de recolha de dados, sempre que necessário.

### 2.4.1. Análise Estatística

A análise estatística dos dados foi feita com recurso ao programa SPSS (IBM STATISTICS, Versão 24). Numa primeira fase, com o objetivo de averiguar sobre a possibilidade de utilizar testes paramétricos, verificou-se se os valores seguiam uma

distribuição normal, calculando o teste de Kolmogorov-Smirnov, de Shapiro-Wilk, a assimetria e o achatamento.

Nesta análise estatística preliminar para verificar a normalidade da distribuição do *Child Feeding Questionnaire*, através do teste do Kolmogorov [K(96)= .097; p= .076], o nível de significância foi superior a 0.05, permitindo afirmar que a nossa amostra segue uma distribuição normal. O mesmo não se verificou para a maioria das subescalas deste instrumento, que não revelaram uma distribuição normal (Tabela 5).

De realçar que a amostra (N) inicial era constituída por 96 pais e as respetivas crianças. Contudo, em algumas subescalas do CFQ verificou-se algumas omissões de respostas, em particular na subescala referente à Perceção do Peso Parental em que se retirou 14 indivíduos, e ainda na subescala da Perceção do Peso da Criança em que foram retirados 3 indivíduos.

**Tabela 5**

*Análise exploratória do Child Feeding Questionnaire (CFQ)*

Subescalas	Kolmogorov	Sig	Shapiro-wilk	Sig	Curtose	Assimetria
Responsabilidade Percebida	.198	.000	.857	.000	-.622	-.600
Perceção do peso Parental	.250	.000	.896	.000	1,334	.061
Perceção do peso da criança	.393	.000	.715	.000	3,115	-.902
Preocupação com o peso da criança	.106	.106	.947	.947	-.745	.391
Monitorização	.256	.000	.829	.000	.482	-.616
Restrição	.233	.000	.799	.000	4,350	-1,883
Pressão para comer	.098	.073	.959	.015	-.694	-.319
Controlo coberto	.083	.200	.971	.080	-.177	-.425
Controlo aberto	.137	.001	.941	.002	.800	-.641
<b>Total</b>	<b>.097</b>	<b>.076</b>	<b>.974</b>	<b>.122</b>	<b>-.968</b>	<b>-.022</b>

Na análise estatística preliminar com o intuito de averiguar a normalidade da distribuição da Escala de Neofobia Alimentar, através do teste do Kolmogorov [K(96)=.064; p=.200 ], o nível de significância obtido indica que o resultado total nesta escala segue uma distribuição normal (Tabela 6).

**Tabela 6***Análise exploratória da Escala de Neofobia Alimentar (N= 96)*

Itens	Kolmogorov	Sig	Shapiro-wilk	Sig	Curtose	Assimetria
Total	.064	.200	.993	.872	.083	.025

Embora a Escala de Neofobia apresente uma distribuição normal dos resultados ( $p > .05$ ). os resultados obtidos para as escalas do *Child Feeding Questionnaire* não confirmam uma distribuição normal dos dados ( $p < .05$ ). No entanto, tendo em conta a dimensão da amostra (N=96), atendendo ao teorema do limite central, decidiu-se recorrer à utilização de testes paramétricos, na medida em que estes são considerados robustos à violação do pressuposto da normalidade, desde que a assimetria apresente valores inferiores a 3 e o achatamento revele valores inferiores a 7, o que se verificou nesta amostra (Marôco, 2011).

Passou-se, então, para a análise da consistência interna dos instrumentos de avaliação utilizados através do cálculo do Alfa de Cronbach. Os valores de Alfa podem variar entre 0 e 1, sendo que valores inferiores a 0.6 são considerados inaceitáveis, os valores que se encontram entre 0.6 e 0.7 são razoáveis, os valores que oscilam entre 0.7 a 0.8 são considerados bons, os valores entre 0.8 e 0.9 são muito bons e os resultados considerados excelentes apresentam valores superiores a 0.9 (Marôco, 2007). Assim realizou-se a análise da consistência do *Child Feeding Questionnaire* e das 9 subescalas que o compõem, assim como da Escala de Neofobia Alimentar através do cálculo do alfa de Cronbach.

Posteriormente realizou-se a análise descritiva (frequências, médias e desvios-padrão) dos dados obtidos no questionário sociodemográfico, nas escalas do *Child Feeding Questionnaire (CFQ)* e na Escala de Neofobia Alimentar. Elaborou-se também a análise descritiva (frequências) e a análise qualitativa em relação ao Questionário de Preferências Alimentares.

Recorreu-se ao teste t de Student com o intuito de avaliar a existência de diferenças significativas entre a amostra clínica e a amostra não clínica nos diversos instrumentos aplicados. A relação entre as escalas, as dimensões das escalas e algumas variáveis sociodemográficas foi avaliada através do teste de correlação de Pearson (r). Considera-se que quando o valor do coeficiente de Pearson varia entre 0 e 0.25 a associação é fraca; se os valores apresentados estiverem entre 0.25 e 0.50 a correlação é moderada; denomina-se que a correlação de forte quando os valores se situam entre 0.50 e 0.75 e considera-se que a correlação é muito forte se apresentar valores superiores a 0.75.

É de salientar que, para toda a análise estatística efetuada, considerou-se o intervalo de confiança de 95%, assumindo como estatisticamente significativos os testes com probabilidades iguais ou inferiores a .05, aceitando assim que existem diferenças significativas entre os dois grupos em estudo (Martins, 2011).

## Capítulo 3- Apresentação dos resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos no estudo. Numa primeira parte serão apresentados os dados de natureza descritiva e seguidamente será apresentada a estatística inferencial, em que será efetuada uma comparação dos resultados de crianças que manifestam acompanhamento psicológico relativamente a crianças que não apresentam acompanhamento psicológico.

### 3.1 Análise preliminar

Relativamente à consistência interna dos instrumentos utilizados, podemos verificar que no *Child Feeding Questionnaire* os valores obtidos na amostra em estudo revelam que a subescala Responsabilidade percebida apresenta uma consistência interna considerada razoável, as subescalas referentes à Perceção do peso parental, à Restrição e à Pressão para comer apresentam uma boa consistência interna. Salienta-se, ainda, que o instrumento exibe uma consistência interna muito boa nas subescalas que remetem para a Preocupação com o peso da criança, a Monitorização, o Controlo coberto e o Controlo aberto. No entanto, a subescala que remete para a Perceção do peso da criança demonstra uma consistência interna considerada inaceitável. Relativamente ao grau de confiabilidade do total do instrumento *Child Feeding Questionnaire (CFQ)*, podemos afirmar que este revela uma consistência interna considerada boa (Tabela 7).

**Tabela 7**

*Análise da consistência interna do Child Feeding Questionnaire (CFQ) (N= 96)*

Subescalas	Consistência Interna
Responsabilidade Percebida	.673
Perceção do Peso parental*	.790
Perceção do Peso da criança**	.468
Preocupação com o peso da criança	.828
Monitorização	.873
Restrição	.752
Pressão para comer	.761
Controlo coberto	.843
Controlo aberto	.825
Total	.738

\* N=82; \*\* N=93

No que concerne à confiabilidade da Escala de Neofobia Alimentar evidencia-se que este instrumento apresenta uma consistência interna considerada muito boa, tendo o alfa de Cronbach apresentado um valor de .869.

### 3.2 Análise descritiva

Para dar resposta ao objetivo 1, procedemos à análise descritiva dos resultados em cada instrumento utilizado. Para tal foram calculadas as nove subescalas do *Child Feeding Questionnaire* (CFQ), obtidas através da média de cada subescala dividida pelo número de itens.

A análise do Questionário de Preferências Alimentares mostra que na lista dos alimentos que maioritariamente foram apontados como os que as crianças preferem, assinaladas pelas crianças como gostando muito, no grupo das crianças sem acompanhamento psicológico, destacam-se: a água (97%), as massas cozidas (88%), o frango ou peru cozinhado (86%), fruta variada (83%), o arroz cozido (78%), a carne de vaca, porco ou outro animal (77%), as batatas fritas (75%), o sumo de laranja (73%), gelado (73%), a pizza (72%), o pão (67%), as frutas muito doces (67%), o leite branco (61%), a sopa (61%), e os ovos (61%). Na ótica das próprias crianças, muitas referem não gostar de queijo fresco (64%) e de fruta em calda (50%) (Tabela 8).

No que concerne aos resultados obtidos no Questionário das Preferências Alimentares, respondido pelas crianças do grupo clínico recolhido no Centro de Desenvolvimento de Criança, verificou-se que estas crianças preferem alimentos tais como: batatas fritas (97%), água (94%), pizza (88%), fruta variada (78%), gelado (78%), pão (78%), atum em lata (78%), leite com chocolate (75%), iogurtes sólidos e líquidos (75%), bolachas, donuts e bolicaos (72%), leite branco (72%), massa cozida (69%), sumos de garrafa, pacote ou lata (69%), batata cozida ou puré de batata (67%), grão ou feijão (66%), sopa (66%), chocolate ou bombons (66%), gomas (63%). Relativamente aos alimentos que são maioritariamente rejeitados pelas crianças destaca-se o queijo fresco (59%) (Tabela 8).

**Tabela 8**

*Resultados descritivos das preferências alimentares das crianças dos dois grupos (N=96)*

Alimentos	Grupo não clínico (N=64)		Grupo clínico (N=32)	
	Frequência absoluta (%)		Frequência absoluta (%)	
Queijo Fresco	Não gosto	41 (64,1%)	Não gosto	19 (59,4%)
	Gosto assim-assim	5 (7,8%)	Gosto assim-assim	5 (15,6%)
	Gosto muito	17 (26,6%)	Gosto muito	8 (25%)

Cereais sem sabor doce	Não gosto	23 (35,9%)	Não gosto	9 (28,1%)
	Gosto assim-assim	27 (42,2%)	Gosto assim-assim	12 (37,5%)
	Gosto muito	14 (21,9%)	Gosto muito	11 (34,4%)
Outros queijos	Não gosto	19 (29,7%)	Não gosto	10 (31,3%)
	Gosto assim-assim	12 (18,8%)	Gosto assim-assim	6 (18,8%)
	Gosto muito	31 (48,4%)	Gosto muito	16 (50%)
Cereais doces e com sabor a chocolate	Não gosto	6 (9,4%)	Não gosto	1 (3,1%)
	Gosto assim-assim	19 (29,7%)	Gosto assim-assim	6 (18,8%)
	Gosto muito	38 (58,4%)	Gosto muito	25 (78,1%)
Arroz cozido	Não gosto	2 (3,1%)	Não gosto	5 (15,6%)
	Gosto assim-assim	11 (17,2%)	Gosto assim-assim	8 (25%)
	Gosto muito	50 (78,1%)	Gosto muito	19 (59,4%)
Massas cozidas	Não gosto	1 (1,6%)	Não gosto	2 (6,3%)
	Gosto assim-assim	7 (10,9%)	Gosto assim-assim	7 (21,9%)
	Gosto muito	56 (87,5%)	Gosto muito	22 (68,8%)
Pão	Não gosto	2 (3,1%)		
	Gosto assim-assim	19 (29,7%)	Gosto assim-assim	7 (21,9%)
	Gosto muito	43 (67,2%)	Gosto muito	25 (78,1%)
Leite branco	Não gosto	9 (14,1%)	Não gosto	5 (15,6%)
	Gosto assim-assim	16 (25%)	Gosto assim-assim	4 (12,5%)
	Gosto muito	39 (60,9%)	Gosto muito	23 (71,9%)
Croquetes, rissóis	Não gosto	9 (14,1%)	Não gosto	5 (15,6%)
	Gosto assim-assim	19 (29,7%)	Gosto assim-assim	7 (21,9%)
	Gosto muito	36 (56,3%)	Gosto muito	20 (62,5%)
Fruta variada	Não gosto	1 (1,6%)	Não gosto	2 (6,3%)
	Gosto assim-assim	10 (15,6%)	Gosto assim-assim	5 (15,6%)
	Gosto muito	53 (82,8%)	Gosto muito	25 (78,1%)
Peixe cozido ou grelhado	Não gosto	4 (6,3%)	Não gosto	6 (18,8%)
	Gosto assim-assim	22 (34,4%)	Gosto assim-assim	11 (34,4%)
	Gosto muito	38 (59,4%)	Gosto muito	15 (46,9%)
Frango ou peru cozinhado	Não gosto	2 (3,1%)		
	Gosto assim-assim	7 (10,9%)	Gosto assim-assim	6 (18,8%)
	Gosto muito	55 (85,9%)	Gosto muito	26 (81,3%)
Batatas fritas	Não gosto	2 (3,1%)		
	Gosto assim-assim	14 (21,9%)	Gosto assim-assim	1 (3,1%)
	Gosto muito	48 (75%)	Gosto muito	31 (96,9%)

Batata cozida ou puré de batata	Não gosto	5 (7,8%)	Não gosto	2 (6,3%)
	Gosto assim-assim	21 (32,8%)	Gosto assim-assim	9 (28,1%)
	Gosto muito	37 (57,8%)	Gosto muito	21 (65%)
Sopa			Não gosto	3 (9,4%)
	Gosto assim-assim	25(39,1%)	Gosto assim-assim	8 (25%)
	Gosto muito	39 (60,9%)	Gosto muito	21 (65,6%)
Sumo de laranja	Não gosto	7 (10,9%)	Não gosto	2 (6,3%)
	Gosto assim-assim	10 (15,6%)	Gosto assim-assim	4 (12,5%)
	Gosto muito	47 (73,4%)	Gosto muito	26 (81,3%)
Leite com chocolate	Não gosto	11 (17,2%)	Não gosto	3 (9,4%)
	Gosto assim-assim	16 (25%)	Gosto assim-assim	5 (15,6%)
	Gosto muito	37 (57,8%)	Gosto muito	24 (75%)
Atum em lata	Não gosto	14 (21,9%)	Não gosto	2 (6,3%)
	Gosto assim-assim	21 (32,8%)	Gosto assim-assim	4 (12,5%)
	Gosto muito	29 (45,3%)	Gosto muito	25 (78,1%)
Gelado	Não gosto	1 (1,6%)		
	Gosto assim-assim	16 (25%)	Gosto assim-assim	7 (21,9%)
	Gosto muito	47 (73,4%)	Gosto muito	25 (78,1%)
Grão ou feijões	Não gosto	11 (17,2%)	Não gosto	1(3,1%)
	Gosto assim-assim	20 (31,3%)	Gosto assim-assim	10(31,3%)
	Gosto muito	33 (51,6%)	Gosto muito	21 (65,6%)
Chocolate ou bombons	Não gosto	4 (6,3%)	Não gosto	1(3,1%)
	Gosto assim-assim	22 (34,4%)	Gosto assim-assim	2(6,3%)
	Gosto muito	38 (59,4%)	Gosto muito	29 (90,6%)
Sumos de garrafa, lata ou pacote	Não gosto	6 (9,4%)	Não gosto	3 (9,4%)
	Gosto assim-assim	24 (37,5%)	Gosto assim-assim	7 (21,9%)
	Gosto muito	34 (53,1%)	Gosto muito	22 (68,8%)
Iogurtes sólidos ou líquidos	Não gosto	6 (9,4%)	Não gosto	1 (3,1%)
	Gosto assim-assim	24 (37,5%)	Gosto assim-assim	7 (21,9%)
	Gosto muito	34 (53,1%)	Gosto muito	24 (75%)
Vegetais que se comem crus: alface, tomate	Não gosto	12 (18,8%)	Não gosto	2 (6,3%)
	Gosto assim-assim	20 (31,3%)	Gosto assim-assim	12 (37,5%)
	Gosto muito	32 (50%)	Gosto muito	18 (56,3%)
Frutas muito doces	Não gosto	4 (6,3%)	Não gosto	1 (3,1%)
	Gosto assim-assim	17 (26,6%)	Gosto assim-assim	6 (18,8%)
	Gosto muito	43 (67,2%)	Gosto muito	25 (78,1%)

Fruta em calda (lata)	Não gosto	32 (50%)	Não gosto	8 (25%)
	Gosto assim-assim	18(28,1%)	Gosto assim-assim	8 (25%)
	Gosto muito	14 (21,9%)	Gosto muito	15 (46,9%)
Carne de vaca, porco ou outro animal	Não gosto	2 (3,1%)	Não gosto	3 (9,4%)
	Gosto assim-assim	13 (20,3%)	Gosto assim-assim	10 (31,3%)
	Gosto muito	49 (76,6%)	Gosto muito	19 (59,4%)
Ovos cozidos, estrelados ou mexidos	Não gosto	11 (17,2%)	Não gosto	2 (6,3%)
	Gosto assim-assim	14 (21,9%)	Gosto assim-assim	7 (21,9%)
	Gosto muito	39 (60,9%)	Gosto muito	22 (68,8%)
Bolachas, donuts e bolicao			Não gosto	1 (3,1%)
	Gosto assim-assim	27(42,2%)	Gosto assim-assim	8 (25%)
	Gosto muito	37 (57,8%)	Gosto muito	23 (71,9%)
Gomas	Não gosto	6 (9,4%)	Não gosto	3 (9,4%)
	Gosto assim-assim	17 (26,6%)	Gosto assim-assim	9 (28,1%)
	Gosto muito	41 (64,1%)	Gosto muito	20 (62,5%)
Pizza	Não gosto	5 (7,8%)	Não gosto	1 (3,1%)
	Gosto assim-assim	13 (20,3%)	Gosto assim-assim	3 (9,4%)
	Gosto muito	46 (71,9%)	Gosto muito	28 (87,5%)
Vegetais cozinhados	Não gosto	16 (25%)	Não gosto	4 (12,5%)
	Gosto assim-assim	27 (42,2%)	Gosto assim-assim	10 (31,3%)
	Gosto muito	2 (32,8%)	Gosto muito	18 (56,3%)
Água	Não gosto	1 (1,6%)		
	Gosto assim-assim	1 (1,6%)	Gosto assim-assim	2 (6,3%)
	Gosto muito	62 (96,9%)	Gosto muito	30 (93,8%)

**Objetivo 2:** Averiguar as diferenças nas preferências alimentares entre crianças com e sem acompanhamento psicológico.

Relativamente à comparação dos alimentos preferidos pelas crianças dos dois grupos, verificou-se que as crianças do grupo com acompanhamento psicológico revelam uma maior preferência por alimentos como as batatas fritas (97%, versus 75% no grupo não clínico), pizza (88% versus 72%), atum em lata (78% versus 45%), cereais doces com sabor a chocolate (78% versus 58%), leite com chocolate (75% versus 58%), iogurtes (75% versus 53%), bolachas, donuts e bolicao (72% versus 58%), sumos de garrafa, lata ou pacote (69% versus 53%). Por outro lado, o grupo das crianças sem acompanhamento psicológico mostrou maior preferência, em comparação com as crianças do grupo clínico, por alimentos como massas cozidas (88% versus 69%), arroz cozido (78% versus 59%) e carne de vaca, porco ou outro animal (77% versus 59%).

Deste modo, o grupo de crianças que apresentam acompanhamento psicológico manifesta maior preferência por alimentos pouco saudáveis, sendo estes ricos em gordura, sal e açúcar, comparativamente com as crianças que não apresentam acompanhamento psicológico, que demonstram preferência por alimentos mais saudáveis.

Na análise dos dados referentes à Escala de Neofobia Alimentar, verificou-se que mais de um terço dos pais (38%) discorda com a afirmação de os filhos estarem constantemente a provar alimentos novos e diferentes. Quanto ao facto de os filhos serem desconfiados em relação a alimentos novos, mais de dois terços (71%) dos pais diz concordar. Na questão que se refere à ideia de a criança provar determinados alimentos se não souber o que contêm, 42% dos pais responde negativamente à questão (Tabela 9).

Relativamente ao item que corresponde ao facto de a criança gostar de alimentos provenientes de culturas diferentes, 32% dos pais respondeu concordar. Contudo, 38% refere que discorda, ou seja, a criança não gosta de alimentos de culturas diferentes da sua. A maior parte dos pais (44%) concorda com o facto dos alimentos provenientes de culturas diferentes da nossa parecerem demasiados estranhos para a criança ingerir.

Mais de metade dos participantes (55%) afirma que é improvável que em festas ou convívios a criança prove alimentos novos. No mesmo sentido, no item que corresponde ao facto da criança ter receio de comer alimentos que nunca provou antes, 54% dos pais respondem que concordam. Relativamente ao item 8, 43% dos pais consideram que a criança é muito esquisita com os alimentos que come, enquanto quase o mesmo número de participantes (41%) afirma que a criança não é esquisita com os alimentos. Uma percentagem correspondente a 44% salientou que concorda com a ideia de que a criança seja capaz de consumir praticamente qualquer alimento. Porém, 45% dos pais discordam desta afirmação. No que concerne ao último item da escala, 40% dos pais que reponderam ao questionário salientam concordar com a afirmação de que o filho gosta de ir a sítios onde sirvam comida de outras culturas diferentes da nossa.

**Tabela 9**

*Frequências dos itens pertencentes à Escala de Neofobia Alimentar (N=96)*

Itens	Frequência Absoluta	Percentagem	Média	Desvio-padrão	
1.0 (A) meu (minha) filho (a) está constantemente a provar alimentos novos e diferentes.	Concordo completamente	5	5,2%	2,06	1,04
	Concordo	27	28,1%		
	Nem concordo nem discordo	28	29,2%		
	Discordo	29	30,2%		
	Discordo completamente	7	7,3%		

2.O (A) meu (minha) filho (a) é desconfiado em relação a alimentos novos.	Concordo completamente	14	14,6%	1,42	1,02
	Concordo	54	53,6%		
	Nem concordo nem discordo	8	8,3%		
	Discordo	14	14,6%		
	Discordo completamente	6	6,3%		
3. Se o (a) meu (minha) filho (a) não souber o que tem uma determinada comida, ele nem prova.	Concordo completamente	7	7,3%	2,06	1,159
	Concordo	30	31,3%		
	Nem concordo nem discordo	19	19,8%		
	Discordo	30	31,3%		
	Discordo completamente	10	10,4%		
4.O (A) meu (minha) filho (a) gosta de alimentos provenientes de diferentes culturas.	Concordo completamente	9	9,4%	2,05	1,127
	Concordo	22	22,9%		
	Nem concordo nem discordo	29	30,2%		
	Discordo	27	28,1%		
	Discordo completamente	9	9,4%		
5. Para o(a) meu (minha) filho (a), os alimentos provenientes de culturas diferentes da nossa parecem demasiados estranhos para ele comer.	Concordo completamente	13	13,5%	1,77	1,147
	Concordo	29	30,2%		
	Nem concordo nem discordo	29	30,2%		
	Discordo	17	17,7%		
	Discordo completamente	8	8,3%		
6. Em festas ou outros convívios, é muito provável que o (a) meu (minha) filho (a) prove alimentos novos.	Concordo completamente	4	4,2%	2,35	1,026
	Concordo	19	19,8%		
	Nem concordo nem discordo	20	20,8%		
	Discordo	45	46,9%		
	Discordo completamente	8	8,3%		
7. O (A) meu (minha) filho (a) tem receio em comer alimentos que nunca provou antes.	Concordo completamente	10	10,4%	1,61	1,040
	Concordo	42	43,8%		
	Nem concordo nem discordo	24	25%		
	Discordo	15	15,6%		
	Discordo completamente	5	5,2%		
8. O (A) meu (minha) filho (a) é muito esquisito com os alimentos que come.	Concordo completamente	14	14,6%	1,96	1,289
	Concordo	27	28,1%		
	Nem concordo nem discordo	16	16,7%		
	Discordo	27	28,1%		
	Discordo completamente	12	12,5%		

9. O (A) meu (minha) filho (a) é capaz de comer praticamente qualquer alimento.	Concordo completamente	7	7,3%	2,05	1,208
	Concordo	35	36,5%		
	Nem concordo nem discordo	11	11,5%		
	Discordo	32	33,3%		
	Discordo completamente	11	11,5%		
10. O (A) meu (minha) filho (a) gosta de ir a sítios onde sirvam comida de outras culturas diferentes da nossa.	Concordo completamente	13	13,5%	1,75	1,076
	Concordo	25	26%		
	Nem concordo nem discordo	37	38,5%		
	Discordo	15	15,6%		
	Discordo completamente	6	6,3%		
Total				1,90	.76

Relativamente à média e ao desvio-padrão obtido para cada um dos dez itens da Escala de Neofobia Alimentar, verifica-se que o item 6, referente à probabilidade de a crianças provar alimentos novos em festas ou convívios, apresenta a média mais elevada ( $M=2.35$ ;  $DP=1.026$ ). De seguida aparecem os itens 1, e 3, todos com uma média de 2,06, que se referem à criança provar constantemente alimentos novos, ao facto de a criança ser desconfiada em relação a alimentos novos, e ao facto de a criança não provar os alimentos se não souber o que contêm. O item 2 com uma média de 1,42 remete para o facto da criança ser desconfiada no que diz respeito a alimentos novos, correspondendo à média mais baixa. A média obtida no item 7, que se refere ao receio da criança em consumir alimentos que nunca provou antes é relativamente baixa também ( $M=1.61$ ;  $DP=1.040$ ). Os resultados obtidos na nossa amostra evidenciam que a maior parte das crianças parecem apresentar características associadas à presença de neofobia alimentar (Tabela 9).

Os resultados obtidos no CFQ, discriminados na tabela 10, mostram que as subescalas onde se obtiveram as médias mais altas foram a Responsabilidade percebida, a Restrição e a Monitorização, todas com médias acima de 3. As subescalas com valores médios mais baixos foram, por outro lado, a Preocupação com o peso da criança e o Controlo aberto. Neste sentido, estes resultados traduzem que os pais percecionam-se como responsáveis pela alimentação dos filhos, utilizam muitas vezes a restrição como estratégia no que se refere à alimentação da criança e monitorizam em grande proporção a alimentação dos filhos. Todavia, não apresentam muita preocupação em relação ao peso corporal dos filhos e não revelam muita firmeza no que diz respeito ao local e momento em que a criança deve comer.

## 3.2. Análise Inferencial

**Objetivo 3:** Verificar se existem diferenças entre as atitudes parentais entre pais de crianças que têm acompanhamento psicológico e pais de crianças que não têm acompanhamento psicológico face ao comportamento alimentar infantil, de acordo com as subescalas do *Child Feeding Questionnaire (CFQ)*.

Realizou-se, então, o estudo comparativo dos resultados obtidos em cada subescala do *Child Feeding Questionnaire (CFQ)* entre o grupo de crianças sem acompanhamento psicológico e o grupo clínico. Embora as médias obtidas nos dois grupos demonstrem ser muito semelhantes, os resultados médios obtidos nas subescalas da Responsabilidade percebida, da Perceção do peso parental, da Restrição, da Pressão para comer, da Preocupação com o peso a criança, da Monitorização e do Controlo aberto apresentam valores ligeiramente mais elevados no grupo clínico em relação ao grupo não clínico. Enquanto, as restantes subescalas (Perceção peso da criança, e Controlo coberto) apresentam valores mais altos no grupo não clínico comparativamente com o grupo clínico (Tabela 10).

**Tabela 10**

*Diferenças entre grupos nas subescalas do Child Feeding Questionnaire (CFQ) (N=96)*

Subescalas	Resultados do grupo não clínico (N= 64)		Resultados do grupo clínico (N=32)		Sig.
	M	DP	M	DP	<i>p</i>
1. Responsabilidade Percebida	3.44	.53	3.55	.52	.320
2. Perceção do peso parental*	1.93	.42	2.11	.48	.099
3. Perceção do peso da criança**	1.87	.39	1.85	.28	.850
4. Preocupação com o peso da criança	1.47	1.03	1.56	1.29	.707
5. Restrição	3.22	.80	3.39	.49	.381
6. Monotorização	3.03	.51	3.10	.68	.310
7. Pressão para comer	2.11	1.16	2.84	.87	.595
8. Controlo coberto	2.04	.77	1.96	1.03	.696
9. Controlo aberto	1.47	1.03	1.56	1.29	.002

\* N=82; \*\* N=93

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as atitudes parentais de pais que têm filhos que apresentam acompanhamento psicológico e de pais que têm filhos que não apresentam acompanhamento psicológico face ao comportamento alimentar infantil na maioria das subescalas (Responsabilidade percebida, Perceção do peso

parental, Percepção do Peso da criança, Preocupação com o peso da criança, Monitorização, Restrição e Controlo coberto). Contudo, encontraram-se diferenças significativas entre as atitudes parentais de pais com filhos que têm acompanhamento psicológico e de pais com filhos que não têm acompanhamento psicológico relativamente ao Controlo aberto ( $p = .002$ ). Os pais das crianças que têm acompanhamento psicológico relatam exercer mais a estratégia relacionada com a pressão para comer em comparação com os pais das crianças que pertencem ao grupo não clínico (Tabela 10).

Relativamente à análise da associação entre as nove dimensões do *Child Feeding Questionnaire* (CFQ), apresentada na Tabela 11, pode-se verificar que foram encontradas várias correlações estatisticamente significativas entre as subescalas que compõem o CFQ.

No que diz respeito à preocupação com o peso da criança, a maior parte dos pais revelavam-se despreocupados em relação a este aspeto. A baixa preocupação com o peso da criança pode ser um indicador de alguma dificuldade de percepção quanto ao excesso de peso nas crianças (Cruz, 2009). No estudo de Real et al. (2014) verificou-se que à medida que o peso corporal da criança aumenta, aumenta também a percepção das figuras parentais sobre o peso da criança, revelando maior preocupação em relação ao mesmo.

A Responsabilidade percebida evidenciou associações positivas moderadas com a Restrição e o Controlo aberto. A Percepção do peso da criança apresentou uma correlação positiva fraca com a Preocupação com o peso da criança. A Preocupação com o peso da criança revelou uma associação positiva moderada com a Monitorização e uma correlação fraca com a Restrição. A Restrição revelou também uma correlação positiva moderada com a Pressão para comer. A Pressão para comer encontra-se, ainda, positivamente correlacionada com o Controlo aberto.

Deste modo, pode-se concluir que quanto maior é a responsabilidade percebida pelos pais também maior é a restrição utilizada pelos pais e maior é o controlo aberto; quanto maior for a percepção que os pais têm quanto ao peso da criança, maior será a preocupação que estes demonstram em relação ao peso da criança; por outro lado, quanto maior for a preocupação que os pais demonstram em relação ao peso das crianças, maior é a pressão que os pais exercem para a criança comer e maior a utilização da prática de restrição de alimentos; e quanto maior é a pressão para comer, maior a restrição alimentar e maior é o controlo aberto, isto é, maior é a firmeza que os pais demonstram em relação aos alimentos que a criança deve ingerir e ao local e momento em que a criança deve comer.

**Tabela 11***Correlações entre as subescalas do CFQ (Coeficiente de correlação de Pearson) (N=96)*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Responsabilidade Percebida	---								
2.Perceção peso parental <sup>1</sup>	-.030	---							
3.Perceção peso das crianças <sup>2</sup>	-.008	.046	---						
4.Preocupação peso da criança	-.104	.092	.208*	---					
5.Monitorização	.146	.101	-.020	-.297**	---				
6. Restrição	.281**	.118	.003	.239*	-.114	---			
7.Pressão para comer	.121	-.149	-.100	-.027	-.078	.267*	---		
8.Controlo coberto	-.055	.148	.071	.073	-.121	.162	-.043	---	
9.Controlo aberto	.261*	-.016	.129	.124	.044	.053	.319**	.082	---

Nota probabilística: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; <sup>1</sup> N=82; <sup>2</sup> N=93

**Objetivo específico 4:** Verificar se existem diferenças entre a neofobia alimentar em crianças com acompanhamento psicológico e crianças sem acompanhamento psicológico.

Perante a observação da tabela 11 pode verificar-se que os valores das médias da amostra não clínica (crianças sem acompanhamento psicológico) são mais elevados nos itens 3, 4, 5 e 7 da Escala de Neofobia Alimentar em comparação com a amostra clínica (crianças com acompanhamento psicológico). Em contrapartida, na amostra clínica (crianças com acompanhamento psicológico) denotam-se valores mais altos nos restantes itens da Escala (Tabela 12).

A comparação das médias entre os dois grupos mostrou que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a neofobia alimentar em crianças que apresentam acompanhamento psicológico e em crianças sem acompanhamento psicológico face à maior parte dos itens que compõem a escala. Contudo, encontraram-se diferenças significativas entre os dois grupos no que diz respeito aos itens que remetem para o facto da criança ser capaz de comer praticamente qualquer alimento ( $p = .020$ ) e de gostarem de ir a sítios com comida de culturas diferentes ( $p = .026$ ), com os pais das crianças do grupo clínico a concordarem mais com estas afirmações (Tabela 12).

**Tabela 12***Comparação dos resultados nos itens da Escala de Neofobia Alimentar nos dois grupos (N=96)*

Itens	Resultados do grupo não clínico (N= 64)		Resultados do grupo clínico (N=32)		Sig <i>p</i>
	M	DP	M	DP	
1. Está constantemente a provar alimentos novos e diferentes.	1.95	.99	2.28	1.11	.148
2. É desconfiado em relação a alimentos novos.	1.38	1.09	1.50	1.14	.603
3. Se não souber o que tem uma comida, ele nem prova.	2.14	1.11	1.91	1.25	.353
4. Gosta de alimentos provenientes de culturas diferentes.	2.16	1.10	1.84	1.17	.202
5. Os alimentos de culturas diferentes são demasiado estranhos.	1.80	1.09	1.72	1.28	.755
6. Em festas ou convívios, prova alimentos novos.	2.22	1.05	2.63	.94	.067
7. Tem receio de comer alimentos que nunca provou antes.	1.63	1.02	1.59	1.10	.089
8. É muito esquisito com os alimentos que come.	1.95	1.28	1.97	1.33	.956
9. É capaz de comer praticamente qualquer alimento.	1.86	1.14	2.44	1.27	.020
10. Gosta de ir a sítios com comida de culturas diferentes.	1.69	1.07	1.88	1.10	.026
Total	1.87	.80	1.97	.67	.553

**Objetivo 5:** Compreender se a responsabilidade percebida, a perceção do peso parental, a perceção do peso da criança, a preocupação com o peso da criança, a restrição, a monitorização, a pressão para comer, o controlo aberto e o controlo coberto da criança são influenciados pelas habilitações literárias dos pais.

Ao analisarmos as correlações obtidas, apresentadas na Tabela 13, pode-se constatar que não existem quaisquer correlações estatisticamente significativas entre as habilitações literárias e as diferentes subescalas do CFQ. No entanto, se considerarmos um intervalo de confiança de 90%, podemos considerar que existem correlação negativas fracas entre as habilitações literárias e a preocupação com o peso da criança ( $r = -.189$ ,  $p = .066$ ) e entre as habilitações literárias e o controlo aberto ( $r = -.182$ ,  $p = .077$ ).

**Tabela 13**

Correlações entre as habilitações literárias dos pais e as subescalas do CFQ (através do Coeficiente de correlação de Pearson) (N=96)

	Habilitações literárias	
	r	p
1. Responsabilidade Percebida	.133	.196
2. Percepção do peso parental*	-.145	.194
3. Percepção do peso da criança**	-.042	.692
4. Preocupação com o peso da criança	-.189	.066
5. Monitorização	.134	.193
6. Restrição	-.040	.700
7. Pressão para comer	-.122	.238
8. Controlo coberto	.024	.823
9. Controlo aberto	-.182	.077

Nota: r - Correlação de Pearson; p - nível de significância; \* N=82; \*\* N=93

**Objetivo 6:** Verificar a existência ou não de associação entre a neofobia alimentar e as atitudes parentais face à alimentação.

**Tabela 14**

Correlações entre a Escala de Neofobia Alimentar e as subescalas do CFQ (através do Coeficiente de correlação de Pearson) (N=96)

Subescalas do CFQ	Escala de Neofobia Alimentar	
	r	p
1. Responsabilidade Percebida	.099	.336
2. Percepção do peso parental <sup>1</sup>	.202	.069
3. Percepção do peso da criança <sup>2</sup>	.041	.700
4. Preocupação com o peso da criança	.204*	.047
5. Monitorização	.042	.685
6. Restrição	.236*	.023
7. Pressão para comer	-.184	.074
8. Controlo coberto	-.107	.310
9. Controlo aberto	-.015	.887

Nota: r- Correlação de Pearson; p- nível de significância; \* p< .05; <sup>1</sup> N=82; <sup>2</sup> N=93

De acordo com os resultados, observados na Tabela 14, constata-se que existem correlações significativas entre o total da Escala de Neofobia Alimentar com a Restrição ( $r = .236$ ) e com a Preocupação com o peso da criança ( $r = .204$ ) (Tabela 14). Deste modo, pode-se afirmar que quanto maior for o nível de neofobia alimentar, maior é a utilização da estratégia de restrição alimentar e maior preocupação com o peso da criança.

## Capítulo IV- Discussão

Apresentamos em seguida a discussão dos resultados, onde os resultados desta investigação serão alvo de confrontação e comparação com variados estudos empíricos realizados anteriormente acerca da temática em estudo, com vista à sua fundamentação. Por fim, serão apresentadas as conclusões retiradas deste estudo, bem como as suas limitações e implicações clínicas.

O presente estudo teve como principais objetivos: compreender a perceção dos pais acerca do peso corporal e da alimentação dos filhos; comparar as atitudes face à alimentação dos filhos de um grupo de pais de crianças que apresentam acompanhamento psicológico, com as atitudes de um grupo de pais de crianças que não apresentam acompanhamento psicológico; estabelecer uma comparação no que concerne às preferências alimentares de crianças com e sem acompanhamento psicológico; perceber o grau de neofobia alimentar das crianças que participaram nesta investigação e ainda, averiguar a existência de associação entre a neofobia alimentar e as atitudes parentais.

Pretende-se, também, mediante os resultados obtidos nesta investigação, retirar implicações que possam conduzir a melhorias futuras no que se refere à formulação de intervenções direcionadas a populações semelhantes, ou seja, com e sem acompanhamento psicológico, com o intuito de promover uma alimentação equilibrada e comportamentos saudáveis. É de salientar que é fulcral compreender a importância de um comportamento alimentar saudável para promover comportamentos de saúde e prevenir o surgimento de doenças (Viana et al., 2003).

No que concerne aos dados sociodemográficos denotou-se que a maioria dos participantes do estudo foram as mães das crianças, quer no grupo clínico (29 mães), quer no grupo não clínico (61 mães). Em contrapartida, apenas participaram seis pais, três do grupo clínico e três do grupo não clínico. Este facto traduz que ainda se revela atualmente uma desigualdade de papéis entre géneros no que diz respeito aos cuidados a prestar à criança e na responsabilidade face ao comportamento alimentar dos filhos, sendo que as mães manifestam-se como principais cuidadoras das crianças. A mãe, mais do que o pai, exerce influência no comportamento alimentar da criança, sendo considerada também o principal cuidador das crianças e deste modo o elemento responsável pela sua alimentação (Cordeiro, 2010).

De acordo com os resultados obtidos no nosso estudo relativamente ao índice de massa corporal, evidenciou-se que a maioria das crianças insere-se na categoria associada ao peso normal. Contudo, encontrou-se um elevado nível de excesso de peso e obesidade, visto que 12% das crianças da nossa amostra apresentaram pré-obesidade e 20% das crianças revelam obesidade, perfazendo um total de 32% de crianças que se encontram inseridas na categoria de excesso de peso, o que se revela muito significativo numa amostra de 69

crianças. Este resultado denota que a obesidade infantil continua a afetar muitas crianças, conduzindo a diversas consequências negativas, tais como problemas de saúde.

A obesidade infantil é considerada um problema de saúde pública que tem aumentado cada vez mais em Portugal, sendo considerada uma doença crónica que apresenta múltiplas causas, em que se distinguem as alterações do padrão alimentar e os comportamentos sedentários. Estes fatores conduzem ao surgimento de diversos problemas de saúde, tais como: diabetes e doenças cardiovasculares, aumentando a taxa de mortalidade e diminuindo a qualidade de vida das crianças. Neste sentido, a epidemiologia da obesidade infantil envolve um conjunto de fatores, sendo estes genéticos e ambientais (Beja, Ferrinho & Craveiro, 2014).

O excesso de peso e a obesidade têm aumentado exponencialmente nos países desenvolvidos, em todas as idades, mas particularmente na infância e adolescência (Viana, Franco & Morais, 2011). Apesar das inúmeras campanhas de prevenção e das medidas criadas a fim de se combater a problemática da obesidade infantil, a prevalência de crianças que manifestam um quadro de obesidade continua a aumentar em larga escala (*International Obesity Task Force*, 2005; Organização Mundial de Saúde, 2011).

#### 4.1 Preferências alimentares das crianças

O comportamento alimentar infantil é formado pelas preferências inatas da criança, pelo controlo parental relativamente à alimentação e pela capacidade de associação do sabor dos alimentos ao contexto afetivo e social em que os alimentos são ingeridos (Viana, Santos & Guimarães, 2008).

Na nossa investigação as preferências alimentares foram avaliadas com recurso ao Questionário de Preferências Alimentares e descrevem a ótica das crianças. Das preferências apontadas pelas crianças, assinaladas pelas crianças como gostando muito desse alimento, no grupo das crianças sem acompanhamento psicológico destacam-se: a água, as massas cozidas, o frango ou peru cozinhado, fruta variada, o arroz cozido, a carne (de vaca, porco ou outro animal), as batatas fritas, o sumo de laranja, gelado, a pizza, o pão, as frutas muito doces, o leite branco, a sopa, e os ovos.

No que concerne aos resultados obtidos no grupo clínico, isto é, nas crianças que apresentavam acompanhamento psicológico, verificou-se que estas crianças preferiam alimentos como: batata cozida ou puré de batata, água, batatas fritas, leite com chocolate, leite branco, gelado, grão ou feijão, atum em lata, iogurtes sólidos e líquidos, gomas, massa cozida, pão, sopa, bolachas, donuts e bolicaos, chocolate ou bombons, sumos de garrafa, pacote ou lata, pizza e fruta variada.

Verificou-se que não existem muitos alimentos que as crianças tenham referido não gostar, sendo que o principal alimento rejeitado (por mais de 60% das crianças) foi o queijo fresco.

Tal como no estudo de Fernandes e Moreira (2007) verificámos uma elevada apetência pelo consumo de produtos lácteos, de pão, cereais e fruta.

De entre os alimentos distinguidos como preferências alimentares das crianças verifica-se que uns são saudáveis (água, sopa, fruta variada, entre outros) e outros são considerados não saudáveis (gelado, pizza, batatas fritas, chocolate, entre outros), ou seja, alimentos que devem ser consumidos raramente. Contudo, a comparação dos alimentos preferidos pelas crianças dos dois grupos mostra que as crianças do grupo clínico têm mais preferências por alimentos pouco saudáveis (como as batatas fritas, a pizza, os cereais doces ou com chocolate, o leite com chocolate, bolachas, donuts e bolachos, sumos de garrafa, lata ou pacote), ou seja, alimentos ricos em gordura, sal e açúcar, em comparação com as crianças que não apresentam acompanhamento psicológico. A preferência por alimentos doces, salgados e ricos em gordura continua a ter maior apetência por parte das crianças em comparação com os restantes alimentos (Viana, Santos & Guimarães, 2008; Ramos & Stein, 2000; Fisher & Birch, 1999).

No entanto, no grupo de crianças sem acompanhamento psicológico, muitas preferências encontram-se inseridas no leque dos alimentos saudáveis. Esta diferença entre os grupos poderá estar associada ao maior nível de escolaridade ou de conhecimentos nutricionais dos pais das crianças do grupo recolhido na escola, embora esta última variável não tenha sido estudada. É também de salientar que o nível educacional dos pais influencia a preocupação com a saúde e com a adoção de estilo de vida considerado saudável (Fernandes & Moreira, 2007).

As habilitações literárias da nossa amostra são diferentes nos dois grupos, sendo que a maior parte dos pais do grupo não clínico (crianças sem acompanhamento psicológico) apresentam habilitações literárias mais elevadas, uma vez que 39 pais apresentam licenciatura (61%). Enquanto, a maioria dos pais pertencentes ao grupo clínico (crianças com acompanhamento psicológico) apresenta o 12º ano de escolaridade.

Esta diferença entre os grupos parece ir ao encontro das conclusões do estudo de Taylor e colaboradores (2004) que verificaram que o nível educacional era significativo na seleção das dietas alimentares. A escolaridade reflete-se como um fator influente nas escolhas alimentares, uma vez que os pais com maiores níveis de escolaridade denotam maiores conhecimentos nutricionais proporcionados pela facilidade e maior acesso à informação, conduzindo assim a escolhas alimentares mais saudáveis e com maior variabilidade e, conseqüentemente, a uma dieta alimentar de maior qualidade (Estima, Philippi & Alvarenga, 2009).

Fernandes e Moreira (2007) afirmam que, a nível familiar, é essencial educar os pais no sentido de terem uma alimentação saudável e promoverem esses hábitos nos filhos, visto que são os principais responsáveis pela educação e comportamento alimentar dos filhos.

No que diz respeito às bebidas consideradas preferidas na perspetiva das crianças salienta-se que quase todas as crianças gostam muito de água. No entanto os sumos de lata, garrafa ou pacote aparecem entre os alimentos preferidos pelas crianças do grupo clínico. A

literatura refere que as crianças preferem os sumos em vez de bebidas mais saudáveis. A informação do nosso estudo confirma, em parte, o que é evidenciado pela literatura (Fernandes & Moreira, 2007).

#### 4.3 Relação entre as habilitações literárias e as subescalas do CFQ

Analisámos a associação entre o nível de habilitações literárias com as várias subescalas do *Child Feeding Questionnaire* (CFQ), tendo-se concluído que não existem correlações estatisticamente significativas com nenhuma das subescalas do CFQ. Neste sentido, a responsabilidade percebida, a perceção quanto ao seu peso e quanto ao peso da criança, a utilização das estratégias de restrição, de pressão para comer, de monitorização, e de controlo coberto não mostraram estar associadas ao nível de escolaridade dos pais.

Este resultado não está de acordo com alguns estudos anteriores que evidenciaram que níveis mais elevados de escolaridade estão associados com altos níveis de monitorização por parte dos pais face à alimentação das crianças (Real et al., 2014). Igualmente o estatuto socioeconómico tem sido considerado um fator predisponente no que concerne ao comportamento alimentar (Cooke et al., 2003).

Porém, a preocupação com o peso do seu filho e o controlo aberto apresentaram uma correlação fraca com as habilitações literárias dos pais. No mesmo sentido, o estudo de Ogden, Reynolds e Smith (2006) verificaram que habilitações literárias mais elevadas apresentavam uma associação com o controlo aberto, proporcionando o seu aumento.

Neste sentido, parece que as habilitações literárias dos pais não influenciam grandemente as atitudes parentais que estes manifestam face ao comportamento alimentar das crianças. De acordo com a literatura, as mães com maiores níveis de escolaridade promovem uma alimentação mais saudável aos filhos em comparação com as mães com menor nível de escolaridade (Viana, Santos & Guimarães, 2008), o que vai ao encontro da existência de preferências alimentares mais saudáveis no grupo de crianças em que os pais tinham um nível de escolaridade mais alto, as crianças do grupo não clínico.

#### 4.4 Relação entre as dimensões do Child Feeding Questionnaire (CFQ)

Correlacionaram-se ainda as nove subescalas que constituem o instrumento *Child Feeding Questionnaire* (CFQ), com o objetivo de compreender a associação que pode existir entre as várias dimensões. A associação entre estas nove dimensões avaliadas é pertinente e fundamental, visto que fornece dados e informações relevantes no que diz respeito à influência e implicações futuras para a intervenção com as figuras parentais ao nível da educação e promoção de um comportamento alimentar saudável nas crianças (Viana et al., 2012)

Neste sentido, de acordo com Viana et al. (2012), quanto maior é a percepção da responsabilidade que os pais manifestam em relação à alimentação das crianças, maior é a restrição no que diz respeito a alimentos pouco saudáveis, quanto maior é a restrição, maior é a firmeza exercida pelos pais no que toca ao local em criança deve comer, ao momento em criança deve comer e aos alimentos que a criança deve consumir. Esta afirmação é confirmada pelos resultados do nosso estudo.

Ainda de acordo com a literatura, resultados elevados na subescala da monitorização e da pressão para comer podem ser significativos de um estilo parental autoritário por parte das mães (Cordeiro, 2010). Na nossa investigação verificou-se que os pais pertencentes ao grupo clínico se enquadram mais facilmente no estilo parental autoritário, uma vez que apresentam elevado nível de monitorização e de pressão para comer em comparação com os pais inseridos no grupo não clínico.

#### 4.5 Neofobia Alimentar

Na nossa amostra composta por 96 crianças, na ótica dos pais, a maioria das crianças apresenta características associadas à presença de neofobia alimentar.

A presença de neofobia alimentar tem mostrado estar associada com um baixo consumo de frutas e legumes (Cooke et al., 2003; Perry et al., 2015). No entanto, evidenciou-se que a neofobia em relação aos legumes e às frutas diminuiu significativamente com o aumento da idade da criança. Na nossa investigação, as crianças não demonstraram níveis elevados de neofobia alimentar no que diz respeito às frutas e legumes, sendo que muitas crianças até apontam as frutas como preferências alimentares.

#### Limitações

A primeira limitação é a reduzida dimensão da amostra e a sua recolha numa só escola e num serviço de saúde mental pediátrico, o que torna difícil a generalização dos resultados para outras populações.

É de acrescentar algumas limitações que emergiram no decorrer da realização desta investigação. Realça-se o facto de não termos acesso ao mês de nascimento de cada criança, o que tornaria o cálculo do índice de massa corporal (IMC) mais detalhado e fiável. Seria importante também avaliar o IMC dos pais, principalmente das mães, a fim de se averiguar se o peso, e conseqüente IMC das mães, poderia ter relevância e estar associado ao IMC da criança. Embora um estudo de Coelho e Pires (2014) comprove que o peso dos pais não funciona como um preditor direto do peso dos filhos, parece-nos ser pertinente inserir este aspeto num estudo futuro.

Consideramos também que seria vantajoso avaliar os conhecimentos nutricionais dos pais, com o objetivo de verificar se estes têm influência no comportamento alimentar das

crianças e nas atitudes parentais, assim como poder relacioná-los com as habilitações literárias dos pais. Outra dificuldade refere-se à subescala que remete para a Percepção do peso parental que constitui o Child Feeding Questionnaire (CFQ) e que parece não ter sido bem compreendida pelos cuidadores que responderam ao questionário, e por isso nem todos os elementos da amostra responderam a esta questão.

## Conclusões

Após a apresentação e discussão dos resultados, seguem-se os principais resultados obtidos com a realização do presente estudo. Pretendia-se averiguar a percepção dos pais acerca do comportamento alimentar dos filhos e sobre a capacidade que estes consideram ter quanto ao controlo sobre a alimentação das crianças. Também pretendíamos verificar a existência de neofobia alimentar nas crianças e as suas preferências alimentares nos dois grupos amostrais.

Neste sentido, as principais conclusões que se podem retirar deste estudo são:

- A maioria dos principais cuidadores das crianças e responsáveis pela sua alimentação são as mães;
- Encontrou-se um número elevado de crianças que apresentam excesso de peso, situado entre a pré-obesidade e a obesidade;
- Relativamente ao Child Feeding Questionnaire (CFQ), verificou-se que a maior parte dos pais não se mostra preocupado com o peso dos filhos; a maioria dos pais refere que têm a certeza dos alimentos que os filhos consomem e que são capazes de evitar que os filhos consumam alimentos considerados pouco saudáveis; grande parte dos pais afirma que conseguem controlar o comportamento alimentar dos filhos e evitar que ingiram alimentos pouco saudáveis;
- As habilitações literárias não apresentam uma associação significativa com os resultados das subescalas que constituem o CFQ;
- Quanto à Escala de Neofobia Alimentar evidenciou-se que a maior parte das crianças manifesta a presença de características associadas à neofobia alimentar;
- No que se refere ao Questionário de Preferências alimentares verificamos que, embora entre os alimentos preferidos pelas crianças se incluam alimentos saudáveis, muitos alimentos ricos em gordura, sal e açúcar aparecem também nessa lista de preferências, principalmente no grupo de crianças com acompanhamento psicológico;
- Perante as correlações encontradas entre as diversas subescalas que constituem o *Child Feeding Questionnaire (CFQ)* pode-se concluir que:
  - Quanto maior for a responsabilidade percebida pelos pais em relação ao comportamento alimentar do seu filho, maior é a pressão exercida para comer;

- Quanto maior for a responsabilidade percebida pelos pais em relação à alimentação do filho, maior é a monitorização, isto é, a noção que os pais têm da quantidade de alimentos não saudáveis que a criança consome;
- Quanto maior for a preocupação dos pais no que diz respeito ao peso da criança, maior é a percepção que estes apresentam do seu próprio peso corporal;
- Quanto maior é a pressão exercida para comer, maior é a responsabilidade percebida pelos pais relativamente à alimentação da criança;
- Quanto maior é a restrição, maior é a percepção que os pais manifestam do seu próprio peso;
- Quanto maior é a noção que os pais parecem ter acerca dos alimentos não saudáveis que os filhos ingerem, maior é a responsabilidade percebida por parte dos pais face ao comportamento alimentar do filho;
- Quanto maior é a firmeza dos pais quanto ao que a criança deve comer, onde deve comer e quando deve comer, maior é a restrição e maior é também a preocupação que os pais revelam no que concerne ao peso corporal das crianças.

A neofobia alimentar pode ter um impacto negativo na alimentação da criança, visto que se encontra diretamente relacionada com determinados grupos de alimentos, tais como: as frutas e os legumes, que, por vezes, não são alimentos prediletos pelas crianças e sendo evitados pelas mesmas. Neste sentido, revelou-se a presença de neofobia nas crianças do estudo e é crucial aumentar a exposição das crianças a alimentos saudáveis no contexto escolar e em casa.

Nas preferências alimentares encontraram-se algumas diferenças, uma vez que as crianças com acompanhamento psicológico apresentam algumas preferências pouco saudáveis em relação às crianças sem acompanhamento psicológico. Contudo, as atitudes dos pais face à alimentação da criança não parecem estar diretamente relacionadas com o critério dos filhos apresentarem ou não acompanhamento psicológico, sendo que estas podem estar relacionadas com os conhecimentos nutricionais e os estilos educativos parentais, não tendo esses fatores sido alvo de avaliação.

Perante os resultados apresentados estima-se que toda a elaboração desta investigação foi pertinente, e que teve também a utilidade de proporcionar um reforço dos conhecimentos acerca do tema. Acrescenta-se, ainda, o facto de não existirem estudos que comparem as variáveis das atitudes parentais e da neofobia com o critério de a criança ter ou não acompanhamento psicológico.

Os resultados obtidos através desta investigação poderão ser integrados em futuras linhas de investigação, com o intuito de se obter informações mais concretas em relação a alguns aspetos que sejam passíveis de serem generalizadas. Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para promover um comportamento alimentar saudável e, desta forma, prevenir a obesidade infantil, assim como consequentes problemas de saúde.

A obesidade infantil é vista como uma problemática que conduz a variados problemas ao nível da saúde física, afetando a criança também a nível emocional, psicológico e social, uma vez que muitas são vítimas de *bullying* (Scutti, Seo, Amadeu & Sampaio, 2014; Victorino et al., 2014). Deste modo, consiste num fenómeno que gera cada vez mais preocupação nos pais no que diz respeito ao peso corporal e ao comportamento alimentar das crianças.

É fundamental que as figuras parentais inculquem nos filhos a apetência por alimentos saudáveis e que tenham comportamentos alimentares equilibrados, uma vez que são os principais cuidadores das crianças e os elementos que exercem maior influência, funcionando como modelos para as crianças (Aparício Costa, Nunes, Duarte & Pereira, 2012).

Salienta-se que é de extrema importância que no futuro sejam efetuados programas de prevenção e ações de sensibilização e que estes programas incluam as crianças, os membros da comunidade escolar e os principais cuidadores, nomeadamente os pais, com o intuito de dar a conhecer os benefícios de uma alimentação e de um estilo de vida saudáveis e os malefícios de uma alimentação pouco saudável.

Assim, salienta-se que a prevenção é vista como o método mais eficaz e efetivo para proporcionar o controlo do peso corporal da criança, promover um comportamento alimentar saudável e, deste modo, prevenir a obesidade infantil e todas as consequências que se encontram associadas a este fenómeno que tem vindo a crescer exponencialmente ao longo do tempo.

## **Implicações clínicas**

Com a realização deste estudo procurou-se conhecer e compreender o contributo de diversos determinantes para o comportamento alimentar das crianças em idade escolar, através do estudo das atitudes parentais, da neofobia alimentar e das preferências alimentares.

Uma das potencialidades deste estudo consiste no facto de terem sido calculados os valores do índice de massa corporal (IMC) das crianças, a fim de se comprovar se estas apresentavam realmente peso normal, tal como a maior parte dos pais referiu.

Foi positivo ter-se envolvido as crianças na investigação, uma vez que foram as próprias que preencheram o questionário de preferências alimentares, com o intuito de se obter duas perspetivas (a dos pais e a das crianças) e de se estabelecer uma confrontação das atitudes dos pais com as preferências alimentares das crianças.

Estes dados poderão ser úteis e relevantes como alvo de implementação em programas de prevenção da obesidade infantil e de promoção da saúde, revelando assim a importância de adquirir um comportamento alimentar saudável e demonstrando a importância das atitudes parentais neste campo.

## Referências bibliográficas

- Afonso, L., Lopes, C., Severo, M., Santos, S., Real, H., Durão, C., Moreira, P. & Oliveira, A. (2016). Bidirectional association between parental child-feeding practices and body mass index at 4 and 7 years of age. *American Society for Nutrition*, 1, 1-7. DOI: 10.3945/ajcn.115.120824
- Aparício Costa, M.G.F., Nunes, M.M.J.C., Duarte, J.C. & Pereira, A.M.S. (2012). Conhecimentos dos pais sobre alimentação: construção e validação de um questionário de alimentação infantil. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (6), 55-68.
- Azizi, F. (2011). Prevention of Childhood Obesity. *International Journal of Endocrinology Metabolism*, 9 (1), 246- 247. DOI: 10.5812/Kowsar.1726913X.1871
- Beja, A., Ferrinho, P. & Craveiro, I. (2014). Evolução da prevenção e combate à obesidade de crianças e jovens em Portugal ao nível do planeamento estratégico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32 (1), 10-17. DOI: 10.1016/j.rpsp.2014.02.003
- Benton, D. (2004). Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *International Journal of Obesity*, 28, 858-869.
- Berlin, K.S., Kamody, R.C. & Banks, G.G. (2015). Empirically derived parental feeding styles for young children and their relations to weight, mealtime behaviors, and childhood behavior problems. *Children's Health Care*, 44, 136-154.
- Bernardes-da-Rosa, L.T., Garcia, R.M., Domingos, N.A.M. & Silveiras, E.F.M. (2000). Caracterização do atendimento psicológico prestado por um serviço de psicologia a crianças com dificuldades escolares. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 5-14.
- Birch, L. L. (1999). Development of food preferences. *Annual Reviews Nutrition*, 19, 41-62.
- Birch, L. L., Fischer, J. O., Grimm-Thomas, K., Markey, C. N., Sawyer, R., & Johnson, S. L. (2001). Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*, 36, 201-210.
- Biscaia, C. (2014). *O amor do terapeuta*. Comunicação apresentada em Encontros com o amor- percursos, expressões e desenvolvimento. Universidade de Évora, Évora.
- Chen, G., Ratcliffe, J., Olds, T., Magarey, A., Jones, M., & Leslie, E. (2014). BMI, Health behaviors and quality of life in children and adolescents: A school based- study. *Pediatrics*, 133(4), 868- 874.
- Cislak, A., Safron, M., Pratt, M., Gaspar, T., & Luszczynska, A. (2011). Family-related predictors of body weight and weight-related behaviours among children and

- adolescents: a systematic umbrella review. *Child: care, health and development*, 38(3), 321-331.
- Coelho, H. M., & Pires, A. P. (2014). Relações Familiares e Comportamento Alimentar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(1), 45- 52.
- Cooke, L. J., Wardle, J., Gibson, E. L., Sapochnik, M., Sheiham, A., & Lawson, M. (2003). Demographic, familial and trait predictors of fruit and vegetable consumption by pre-school children. *Public Health Nutrition*, 7(2), 295-302.
- Cordeiro, A. (2010). *A influência do controlo parental no comportamento alimentar das crianças* (Trabalho de Investigação não publicado). Universidade do Porto, Porto.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Administração Central do Sistema de Saúde (2011). Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Lisboa: *Coordenação Nacional para a Saúde Mental*, 11, 1-90.
- Costa, D.P.C. (2011). *Obesidade infantil, atividade física e hábitos alimentares e de vida saudáveis: diferenças entre grupos* (Dissertação de mestrado). Universidade do Minho, Braga.
- Costa, M.G.F.A., Nunes, M.M.J.C., Duarte, J.C. & Pereira, A.M.S. (2012). Conhecimentos dos pais sobre alimentação: construção e validação de um questionário de alimentação infantil. *Revista de Enfermagem*, 3(6), 55-68.
- Cullen, K.W., Baranowsky, T., Rittenberry, L., Cosart, C., Hebert, D. & Moor, C. (2001). Child-reported family and peer influences on fruit, juice and vegetable consumption: reliability and validity of measures. *Health Education Research: Theory & Practice*, 16 (2), 187-200.
- Direção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*, 1-121.
- Estima, C.C.P., Philippi, S.T. & Alvarenga, M.S. (2009). Fatores determinantes do consumo alimentar: porque os indivíduos comem o que comem? *Revista brasileira de nutrição clínica*, 24 (4), 263-268.
- Fernandes, J.A., & Moreira, P. (2007). Comportamento alimentar: estudo em adolescentes de uma escola promotora de saúde de Viseu. *Alimentação Humana*, 13 (1), 20-25.
- Fiese, B.H., & Bost, K. K. (2016). Family Ecologies and Child Risk for Obesity: Focus on Regulatory Processes. *Family Relations*, 65, 94-107. DOI:10.1111/fare.12170
- Filipe, A.P., & Barros, L. (2011). *Neofobia alimentar e hábitos alimentares em crianças em idade pré-escolares e conhecimentos nutricionais parentais* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Fisher, J. O., & Birch, L. L. (1999). Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection, and intake. *American Journal Clinical Nutrition*, 69, 1264-1272.

- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Halpern, Z. (2003). *Fórum nacional sobre promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade na idade escolar*. Comunicação apresentada num Simpósio. Acedido em <http://www.abeso.org.br/revista/revista15/forum.htm>.
- Kourlaba, G., Kondaki, K., Grammatikaki, E., Roma-Giannikou & Manios, Y. (2009). Diet quality of preschool children and maternal perceptions/ misperceptions: the genesis study. *Public Health*, 123, 738-742.
- Lázaro, A. G. (2001). *Problemas de alimentação na criança*. McGraw-Hill: Lisboa.
- Machado, C. (2006). *A Consulta psicológica enquanto processo relacional*. (Documento não publicado). Departamento de Psicologia da Universidade de Évora, Évora.
- Mallan, K. M., Liu, W. H., Mehta, R. J., Daniels, L. A., Magarey, A., & Battistutta, D. (2013). Maternal report of young children's eating styles. Validation of the children's eating behaviour questionnaire in three ethnically diverse Australian samples. *Appetite*, 64, 48-55.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS (3ª edição)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Maroco, J. & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às Ciências Sociais e Humanas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: saber decidir, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Mello, E. D., Luft, V. C., & Meyer, F. (2004). Obesidade infantil: como podemos ser eficazes?. *Jornal de Pediatria*, 80(3), 173-182.
- Parletta, N., Peters, J., Owen, A., Tsiros, M. D., & Brennan, L. (2012). Parenting styles, communication and child/ adolescent diets and weight status: let's talk about it. *Early Child Development and Care*, 182(8), 1089-1103.
- Perry, R. A., Mallan, K. M., Koo, J., Mauch, C. E., Daniels, L. A., & Magarey, A. M. (2015). Food neophobia and its association with diet quality and weight in children aged 24 months: a cross sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(13), 1-8.
- Peters, J., Sinn, N., Campbell, K., & Lynch, J. (2012). Parental influences on the diets of 2-5 years old children: systematic review of interventions. *Early Child Development and Care*, 182(7), 837-857.
- Pliner, P. & Hobden, K. (1992). Development of a Scale to Measure the Trait of Food Neophobia in Humans. *Appetite*, 19, 105- 120.

- Prado, M.L. (1993). Comportamento preventivo em saúde: para além de teorização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 46 (2), 156-166.
- Ramos, M., & Stein, L.M. (2000). Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria*, 76(3), 229- 237.
- Real, H., Oliveira, A., Severo, M., Moreira, P., & Lopes, C. (2014). Combination and adaptation of two tools to assess parental feeding practices in pre-school children. *Eating Behaviors*, 15, 383-387.
- Ribeiro, J. L. P. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e proteção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 2(22), 387-397.
- Rinaldi, A. E. M., Pereira, A. F., Macedo, C. S., Mota, J. F., & Burini, R. C. (2008). Contribuições das práticas alimentares e inatividade física para o excesso de peso infantil. *Revista Paulista de Pediatria*, 26(3), 271-277.
- Rochinha, J., & Sousa, B. (2012). Os estilos e práticas parentais, a alimentação e o estado ponderal dos seus filhos. *Revista SPCNA*, 18(1), 2-7.
- Rossi, A., Moreira, E. A. M., & Rauen, M. S. (2008). Determinantes do comportamento alimentar: Uma revisão com enfoque na família. *Revista de Nutrição*, 21(6), 739-748.
- Santos, M.C. (2015). *Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes: Identificar, Avaliar e Intervir (2ª edição)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Santos, P.L. (2006). Problemas de saúde mental de crianças e jovens atendidos num serviço público de psicologia infantil. *Psicologia em Estudo*, 11 (2), 315-321.
- Scaglioni, S., Salvioni, M. & Galimberti, C. (2008). Influence of parental attitudes in the development of children eating behavior. *British Journal of Nutrition*, 99(1), 22-25.
- Scutti, C.S., Seo, G.Y., Amadeu, R.S. & Sampaio, R.F. (2014). O enfrentamento do adolescente obeso: a insatisfação com a imagem corporal e o bullying. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 16 (3), 130-133.
- Silva, A. I. & Teles, A. (2013). Neofobias alimentares- importância na prática clínica. *Nascer e Crescer*, 22(3), 167-170.
- Schwartz, C., Scholtens, P.J., Lalanne, A., Weenen, H., & Nicklaus, S. (2011). Development of healthy eating habits early in life. Review of recent evidence and selected guidelines. *Appetite*, 57, 796-807.
- Sousa, M.J. (2009). *Promoção da alimentação saudável em crianças em idade escolar: estudo de uma intervenção (Dissertação de mestrado)*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa.

- Stegen-Hanson, T. & Ernsperger, L. (2004). *Just Take A Bite: Easy, Effective Answers to Food Aversions and Eating Challenges*. USA: Future Horizons.
- Taylor, L. J., Gallagher, M., & McCullough, F. W. (2004). The role of parental influence and additional factors in the determination of food choices for pre-school children. *International Journal of Consumer Studies*, 28(4), 337-346.
- Teixeira, G.M.M. (2010). *Influência dos hábitos alimentares dos pais nas escolhas alimentares dos filhos* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Tremblay, L., Rinaldi, C. M., Lovsin, T., & Zecevic, C. (2012). Parents' perceptions of children's weight: the accuracy of ratings and associations to strategies for feeding. *Early Child Development and Care*, 182(8), 1027- 1040.
- Viana, V. (2002). Psicologia, Saúde e Nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4(20), 611-624.
- Viana, V., Franco, T. & Morais, C. (201). O Estado Ponderal e o Comportamento Alimentar de Crianças e Jovens: influência do peso e das atitudes de controlo da mãe. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12 (2), 267- 279.
- Viana, V., Santos, P. L., & Guimarães, M. J. (2008). Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(2), 209-231.
- Viana, V., Franco, T., Morais, C., Almeida, P., Silva, D. & Guerra, A. (2012). Controlo Alimentar Materno e Estado Ponderal: resultados do questionário alimentar para crianças. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (2), 298-310.
- Victorino, S.V.Z., Soares, L.G., Marcon, S.S. & Higarashi, I.H. (2014). Viver com obesidade infantil: a experiência de crianças inscritas em programa de acompanhamento multidisciplinar, *Revista Rene*, 15 (6), 980-989. doi: 10.15253/ 2175- 6783.2014000600011
- Wang, Y., Wu, Y., Wilson, R.F., Bleich, S., Cheskin, L., Weston, C., Showell, N., Fawole, O., Lau, B. & Segal, J. (2013). Childhood obesity Prevention Programs. *Comparative Effectiveness Review and Meta-Analysis*, 15, 1-835.
- World Health Organization - WHO (2016). Acedido em [www.who.int](http://www.who.int).
- Yabanci, N., Kisaç, I. & Karakus, S.S. (2014). The effects of mother's nutritional knowledge on attitudes and behaviors of children about nutrition. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 116, 4477- 4481.