

COMPORTAMENTO ALIMENTAR INFANTIL E ATITUDES PARENTAIS FACE À ALIMENTAÇÃO DAS CRIANÇAS

Cláudia M. Silva¹ (✉ cmsilva@ubi.pt) & Tânia Teixeira¹

¹ Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior, Portugal

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). Os fatores culturais, socioeconómicos e psicossociais apresentam um impacto determinante nos hábitos alimentares infantis desde a primeira infância. O contexto social adquire um papel predominante no comportamento alimentar infantil. Pais ou cuidadores desempenham um papel crucial quanto ao padrão e à experiência alimentar da criança. Cumprem o papel de educadores nutricionais através das relações, das atitudes e práticas alimentares, e têm influência nas estratégias utilizadas face ao padrão alimentar das crianças (Birch et al., 2001; Peters, Sinn, Campbell, & Lynch, 2012).

O apetite e a vontade de ingerir determinados alimentos baseiam-se numa necessidade biológica, mas os comportamentos relacionados com a alimentação são maioritariamente aprendidos (Scaglioni, Arrizza, Vecchi, & Tedeschi, 2011). O comportamento alimentar acarreta a seleção e o consumo de alimentos preferidos que normalmente são aprendidos e evoluem 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). As crianças preferem alimentos ricos em açúcar, gordura, sal e com elevada quantidade de hidratos de carbono, registando-se uma ingestão reduzida de frutas e legumes (Fisher & Birch, 1999) e uma rejeição de alimentos com sabores amargos e azedos (Birch, 1999; Benton, 2004).

A neofobia alimentar, definida como o “medo do novo”, é um fator protetor na medida em que o medo de experimentar novos alimentos pode evitar o consumo de alimentos tóxicos e/ou perigosos, potenciais causadores

de doenças ou até da morte (Benton, 2004; Birch, 1999). Se a resposta neofóbica for mínima é considerada adaptativa, mas pode tornar-se desadaptativa quando reduz a qualidade e a variedade no que se refere à alimentação (Perry et al., 2015). 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 manifestar aceitação desse alimento. As preferências alimentares parecem ser, pois, moldadas pela disponibilidade e acessibilidade dos alimentos em casa, pelas preferências alimentares dos pais e pela exposição aos gostos individuais das crianças (Fiese & Bost, 2016), realçando-se o papel das figuras parentais na determinação das preferências alimentares das crianças (Benton, 2004).

Os hábitos alimentares assumem uma relação direta com o aparecimento da obesidade infantil (Mello, Luft, & Meyer, 2004). Pressão para comer, não fazer todas as refeições diárias, comer alimentos muito calóricos e inexistência da prática de exercício físico, são fatores que podem provocar alterações no índice de massa corporal e conduzir ao excesso de peso (Mello et al., 2004). O excesso de peso e a obesidade infantil conduzem a variados problemas ao nível da saúde física, afetando a criança também a nível emocional, psicológico e social (Victorino et al., 2014). Deste modo, torna-se essencial intervir com o objetivo de prevenir o aparecimento e o aumento da obesidade infantil. As figuras parentais devem assumir, na promoção hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis nas crianças, um papel crucial (Azizi, 2011).

Esta investigação visou compreender a perceção dos pais acerca do comportamento alimentar de crianças em idade escolar. Especificamente, este estudo teve como objetivo avaliar a perceção dos pais acerca da neofobia alimentar das crianças e as suas atitudes face à alimentação das mesmas, assim como as preferências alimentares manifestas pelas crianças em idade escolar.

MÉTODO

Participantes

Trata-se de um estudo transversal com uma amostra de conveniência constituída por 96 pais de crianças com idades compreendidas entre os 6

e os 10 anos, e os seus filhos, sendo que 32 crianças pertenciam ao grupo clínico (crianças com acompanhamento psicológico) e 64 enquadravam-se no grupo não clínico (grupo recolhido numa escola particular do 1.º ciclo do ensino básico). O grupo referente às crianças que apresentam acompanhamento psicológico foi recolhido num Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC) de um hospital público.

O grupo clínico foi constituído por 32 pais (29 do sexo feminino). Neste grupo, 25 pais (78%) tinham idades compreendidas entre os 24 e os 40 anos. A maioria dos participantes tinha o ensino secundário (34%) ou universitário completo (28%). As crianças (17 do sexo masculino) deste grupo tinham uma média de idades de 7,93 anos ($DP=1,23$).

O grupo não clínico foi composto por 64 encarregados de educação (61 do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 24 e os 60 anos, 38 (59%) dos quais com idade entre os 24-40 anos. A maioria dos pais possuíam licenciatura (39 participantes, 61%). As 64 crianças (38 do sexo feminino) deste grupo tinham uma média de idades de 7,75 anos ($DP=1,25$).

Material

Os participantes do estudo responderam a um questionário sociodemográfico e clínico, a um questionário de crenças, atitudes e práticas parentais relativas ao comportamento alimentar, a um questionário sobre neofobia, e a um questionário de preferências alimentares.

Questionário sociodemográfico e clínico. Este questionário tem uma primeira parte relativa à informação geral acerca do cuidador familiar (e.g., sexo, idade, nível de escolaridade) e uma segunda parte sobre a informação relativa à criança (e.g., sexo, idade, escolaridade, peso, altura). O IMC foi calculado a partir da medição da altura e do peso corporal de cada criança aquando da recolha dos dados (no CDC), ou estes dados foram perguntados aos pais. O IMC foi, posteriormente, traduzido numa escala ordinal segundo os pontos de corte utilizados pela Direção Geral da Saúde para a faixa etária e sexo de cada criança.

Child Feeding Questionnaire (CFQ). Este questionário, desenvolvido por Birch et al. (2001) e aferido para a população portuguesa por Real, Oliveira, Severo, Moreira e Lopes (2014), visa avaliar as crenças, atitudes

e práticas parentais relativamente ao comportamento alimentar da criança. É constituído por 38 itens distribuídos por nove subescalas, cujas pontuações corresponde à média das pontuações individuais dos itens que as compõem: (a) Responsabilidade Percebida; (b) Perceção do Peso dos Pais; (c) Perceção do Peso das Crianças; (d) Preocupação com o Peso da Criança; (e) Restrição; (f) Pressão para Comer; (g) Monitorização; (h) Controlo Coberto; e (i) Controlo Aberto. No que concerne à consistência interna das subescalas, o estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa (Real et al., 2014) revelou uma boa consistência interna ($0,68 < \alpha < 0,89$).

Escala de Neofobia Alimentar para Crianças (ENAC). Esta escala unidimensional foi desenvolvida por Pliner (1994) e adaptada para a população portuguesa por Filipe e Barros (2011). A escala avalia a perceção das figuras parentais relativamente ao medo das crianças em idade escolar em experimentar alimentos novos. É composta por 10 itens de tipo *likert* de 5 pontos (de 1, “concordo completamente”, a 5, “discordo completamente”). Quanto mais baixas são as pontuações (correspondendo à média das pontuações individuais dos itens), maior o grau de neofobia alimentar da criança. O estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa (*ibidem*) revelou uma boa consistência interna ($\alpha = 0,82$).

Questionário de Preferências Alimentares. As preferências alimentares das crianças foram avaliadas através de um método lúdico (*Rank Order Preference Assessment*) desenvolvido por Birch e adaptado por Andrade (2008). Esta metodologia consiste em pedir à criança que observe 33 imagens de alimentos (e.g. frutos, legumes, laticínios, bebidas, guloseimas, etc.) e indique em que medida gosta de cada um dos alimentos, numa escala ordinal de faces com 3 pontos: um rosto triste (“não gosto”), um rosto neutro (“gosto assim-assim), e um rosto feliz (“gosto muito”).

Procedimentos

O estudo foi submetido a aprovação pela direcção da escola e pela Comissão de Ética do Hospital Amato Lusitano. No CDC a investigadora contactou presencialmente os encarregados de educação, pedindo a sua colaboração. Os encarregados de educação que acederam participar responderam ao questionário sociodemográfico, ao CFQ e à ENAC, enquanto

o Questionário de Preferências Alimentares foi respondido pelas crianças. Na Escola de 1º ciclo, a investigadora contactou a professora responsável, a qual solicitou a colaboração aos encarregados de educação das crianças dos quatro anos de ensino enviando o consentimento informado e os questionários a responder pelos pais. Em caso de aceitação da participação no estudo, a mesma docente aplicou o questionário às crianças em contexto de sala de aula.

A análise estatística dos dados foi feita com recurso ao programa IBM Statistics (v. 23). Foram calculadas as estatísticas descritivas, para caracterização da amostra e das distribuições das variáveis do estudo. Recorreu-se ao teste *t* de *student* para amostras independentes para avaliar a significância estatística das diferenças entre os grupos em estudo, quanto à CFQ e ENAC. Os pressupostos deste método estatístico (distribuição normal e homeocedasticidade) foram avaliados pelo testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, pela avaliação da forma e achatamento da distribuição [com $|Sk| < 4$ e $|Ku| < 10$ a indicar violação pouco severa do pressuposto da normalidade (Kline, 2005)], e pelo teste de Levene.

RESULTADOS

Os resultados sobre o índice de massa corporal (IMC) da criança, obtidos para apenas 69 participantes, evidenciaram que a maioria das crianças tinham peso corporal considerado normal (63,7%), três crianças demonstravam baixo peso, 22 crianças apresentavam excesso de peso (16 do grupo não clínico e 4 do grupo clínico), sendo que de entre essas oito crianças (11,6%) apresentavam pré-obesidade e 14 crianças (20,3%) revelavam critérios de obesidade.

Crenças, Atitudes e Práticas Parentais

As médias nas subescalas do CFQ (cf. Quadro 1) revelam que os pais se 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.

Quadro 1

Diferenças Entre Grupos nas Subescalas do Child Feeding Questionnaire (CFQ)

Subescalas	Grupo não clínico (N=64)			Grupo clínico (N=32)		t	p
	N	M	DP	M	DP		
Responsabilidade Percebida	96	3,44	0,53	3,55	0,52	-1,00	n.s.
Perceção do peso parental	82	1,93	0,42	2,11	0,49	-1,67	n.s.
Perceção do peso da criança	93	1,87	0,39	1,85	0,28	0,19	n.s.
Preocupação com o peso da criança	96	1,47	1,03	1,56	1,29	-0,38	n.s.
Restrição	96	3,23	0,80	3,39	0,50	-1,02	n.s.
Pressão para comer	96	2,12	1,16	2,84	0,87	-3,14	0,002
Monitorização	96	3,30	0,51	3,18	0,82	0,88	n.s.
Controlo aberto	96	3,04	0,61	3,11	0,68	-0,53	n.s.
Controlo coberto	96	2,04	0,77	1,96	1,03	0,39	n.s.

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as atitudes parentais entre os pais do grupo clínico e do grupo não clínico em oito das nove subescalas do CFQ (*cf.* Quadro 1). Contudo, encontraram-se diferenças significativas entre as atitudes parentais dos pais dos dois grupos relativamente à “Pressão para comer” [$t(95)=-3,14$; $p=0,002$; $g=0,682$; I.C.95%]0,245;1,12[], com os pais do grupo clínico a pressionarem mais os seus filhos para comer que os seus congéneres do grupo não clínico.

Neofobia Alimentar Infantil

Os resultados obtidos evidenciam que a maior parte das crianças apresentam algumas características associadas à presença de neofobia alimentar ($M=1,90$; $DP=0.76$). Os pais acreditam que as crianças revelam alguma desconfiança relativamente a alimentos novos (item 2 – “O (A) meu (minha) filho (a) é desconfiado em relação a alimentos novos”: $Md=1$), e mostram receio em consumir alimentos que nunca provaram (item 7 – “O (A) meu (minha) filho (a) tem receio em comer alimentos que nunca provou antes”: $Md=1$).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto aos itens individuais da ENAC, com exceção do item 9 [“O (A) meu (minha) filho (a) é capaz de comer praticamente qualquer alimento”], relativo ao facto de a criança ser capaz de comer praticamente qualquer alimento [$t(95)=-2,26$; $p=0,026$; $g=0,49$; I.C. 95%]0,06;0,92[], com os pais das crianças do grupo clínico a concordarem mais com esta afirmação.

Preferências Alimentares

As crianças do grupo clínico preferem: batatas fritas (97%), água (94%), piza (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%) e leite branco (72%). A maioria destas crianças rejeitam o queijo fresco (59%). As crianças do grupo não clínico preferem: 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%) e a piza (72%). A maioria destas crianças não gostam de queijo fresco (64%) e de fruta em calda (50%).

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos no IMC evidenciaram que a maioria das crianças insere-se na categoria associada ao peso normal. Contudo, e em linha com estudos anteriores sobre a prevalência da obesidade em crianças portuguesas (Padez, Mourão, Moreira, & Rosado, 2005), encontrou-se uma elevada prevalência (nesta amostra) de excesso de peso (32%).

Os pais percecionaram-se como responsáveis pela alimentação dos filhos, utilizando muitas vezes as estratégias de restrição alimentar e de monitorização da alimentação dos filhos. Surpreendentemente, e à exceção da estratégia pressão para comer, não se verificaram diferenças entre os grupos quanto às atitudes em relação ao comportamento alimentar infantil de pais de crianças com e sem acompanhamento psicológico. Estes

resultados não são congruentes com a literatura, já que, dado o elevado nível de escolaridade dos pais do grupo não clínico, podia antecipar-se um nível superior de monitorização dos pais (Real et al., 2014). A maioria das crianças apresentou algumas características de neofobia alimentar, apesar de as crianças do grupo clínico parecerem ser capazes de comer qualquer alimento. Este resultado pode estar associado a uma maior utilização da estratégia da pressão para comer pelos seus pais. Apesar de alguma neofobia destas crianças, muitas destas crianças reportam gostar de fruta – o que parece estar de acordo com os hábitos nutricionais das crianças portuguesas (Silva, 2012). O facto de que as crianças do grupo clínico terem preferências alimentares menos saudáveis que as do grupo não clínico pode ficar a dever-se à menor escolaridade dos pais do primeiro grupo, o que pode indiciar menor conhecimento nutricional (Viana et al., 2008).

A principal limitação deste estudo foi a reduzida dimensão da amostra e a sua recolha numa só escola e num único serviço de saúde mental pediátrico, o que impossibilita a generalização dos resultados. Também não foi possível assegurar a equivalência entre os dois grupos relativamente às características sociodemográficas, dificultando a interpretação dos resultados. Contudo, este estudo sugere que o nível de escolaridade e a literacia alimentar dos pais pode ser determinante para as preferências alimentares dos filhos, que pode, eventualmente, ser determinante para a atitude dos pais face à alimentação da criança. Os resultados sugerem a necessidade de desenvolver programas de promoção de um comportamento alimentar infantil saudável.

REFERÊNCIAS

- Andrade, M. G. (2008). *Determinantes Sociais e Psicológicos do Comportamento Alimentar Infantil* (documento não publicado). Curso de Formação Avançado do Doutoramento em Psicologia na Especialidade de Psicologia da Saúde da Universidade de Lisboa.
- Azizi, F. (2011). Prevention of Childhood Obesity. *International Journal of Endocrinology Metabolism*, 9(1), 246-247. doi: 10.5812/Kowsar.1726913X.1871

- 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. doi: 10.1038/sj.ijo.0802532
- Birch, L. L. (1999). Development of food preferences. *Annual Reviews Nutrition*, 19, 41-62. doi: 10.1146/annurev.nutr.19.1.41
- 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. doi: 10.1006/appe.2001.0398
- 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. doi: 10.1079/PHN2003527
- 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. doi: 10357749
- Mello, E. D., Luft, V. C., & Meyer, F. (2004). Obesidade infantil: Como podemos ser eficazes? *Jornal de Pediatria*, 80(3), 173-182. doi: 10.2223/JPED.1180
- Padez, C., Mourão, I., Moreira, P., & Rosado, V. (2005). Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. *Acta Paediatrica*, 94(11), 1550-1557. doi:10.1080/08035250510042924
- 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. doi: 10.1080/03004430.2012.678597
- 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. doi: 10.1186/s12966-015-0184-6

- 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. doi: 10.1080/03004430.2011.586698
- 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. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.04.009
- Scaglioni, S., Arrizza, C., Vecchi, F., & Tedeschi, S. (2011). Determinants of children's eating behavior. *American Journal of Clinical Nutrition*, 94(suppl), 2006S-2011S. Retirado de <http://ajcn.nutrition.org/>
- Silva, J. F. (2012). *Determinantes sociais e comportamentais do consumo de fruta e hortícolas em crianças portuguesas de 4-5 anos* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Porto.
- 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. Retirado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862008000200003
- 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