

CENTRO UNIVERSITÁRIO SAGRADO CORAÇÃO

ANA BEATRIZ LIMA DA SILVA

COMPORTAMENTO ALIMENTAR INFANTIL EM PRÉ-ESCOLARES DO
MUNICÍPIO DE BAURU/SP E REGIÃO

BAURU

2022

ANA BEATRIZ LIMA DA SILVA

COMPORTAMENTO ALIMENTAR INFANTIL EM PRÉ-ESCOLARES DO
MUNICÍPIO DE BAURU/SP E REGIÃO

Monografia de iniciação científica do curso de Nutrição apresentado a Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação do Centro Universitário Sagrado Coração – UNISAGRADO.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Angélica Martins Lourenço Rezende.

BAURU

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com
ISBD

S586c

Silva, Ana Beatriz Lima da

Comportamento alimentar infantil em pré-escolares do município de Bauru e Região / Ana Beatriz Lima da Silva. -- 2022.
50f. : il.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Angélica Martins Lourenço Rezende

Monografia (Iniciação Científica em Nutrição) - Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO - Bauru - SP

1. Comportamento Alimentar. 2. Comportamento Infantil. 3. Desenvolvimento Infantil. 4. Hábitos Alimentares. I. Rezende, Maria Angélica Martins Lourenço. II. Título.

Dedico este trabalho aos meus pais, com carinho.

RESUMO

Regido por fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, o comportamento alimentar consiste em ações desencadeadas pelo indivíduo a partir da interação entre fatores internos e externos, sendo capaz de conduzir a maneira de se relacionar e experienciar o alimento, bem como de estabelecer o hábito alimentar que será expresso nos anos seguintes. Na fase pré-escolar, que contempla desde os 1 até os 6 anos e 11 meses de idade, os determinantes biopsicossocioculturais mais relevantes do comportamento alimentar infantil são o tipo de aleitamento e introdução alimentar recebido no início da vida, os ambientes familiar e escolar, a mídia e o tempo de exposição à tela. Deste modo, o objetivo deste trabalho foi avaliar a influência de diversos fatores no comportamento alimentar infantil na fase pré-escolar. Após aprovação do Comitê de Ética os pais/responsáveis foram esclarecidos previamente sobre os objetivos da pesquisa e deram o seu consentimento livre e esclarecido para a inclusão dos dados da criança. A coleta de dados ocorreu por meio de dois questionários on-line aplicados via Google Forms, sendo um elaborado a partir da revisão de literatura e outro desenvolvido e validado por Wardle *et al.* (2001), com habitantes do município de Bauru e região até se atingir o tamanho amostral de 30 crianças de ambos os sexos com idade ≥ 2 anos e < 7 anos. Para a estimativa do estado nutricional dos pais/responsáveis foi utilizado o Índice de Massa Corporal. Já para a estimativa do estado nutricional das crianças foi utilizado o Índice de Massa Corporal para idade e estatura para idade, que foram classificados de acordo com a faixa etária e pontos de corte conforme proposto pelo Ministério da Saúde (*apud* BRASIL, 2006, 2011). Os dados foram digitados no programa Excel versão 2016 e a análise estatística foi realizada para conhecer o comportamento das variáveis estudadas. Na comparação dos resultados entre os gêneros foi realizado teste T-student e Mann-Whitney. Para a análise de correlação foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson ou Spearman. Para análise dos dados e construção dos gráficos foi utilizado o pacote estatístico GraphPad Prism versão 5.01. Após a coleta de dados observou-se que a maioria dos participantes eram do sexo masculino, com idade entre 4 e 5 anos, apresentando responsáveis com ensino superior completo e índice IMC/idade de eutrofia. Foi evidenciada a relação do estado nutricional dos responsáveis sobre o das crianças, regido pela escolaridade, condições financeiras e modo de realização das refeições; bem como a relação entre: a idade gestacional, o

aleitamento materno exclusivo e a interação do responsável com a criança durante as refeições; a seletividade alimentar, a introdução alimentar e o tempo de tela; o IMC, a velocidade de ingestão, o prazer em comer e a reatividade emocional; a frequência escolar e o comer emocional.

Palavras-chave: Comportamento Alimentar. Comportamento Infantil. Desenvolvimento Infantil. Hábitos Alimentares.

ABSTRACT

Governed by biological, psychological, social and cultural factors, eating behavior consists of actions triggered by the individual from the interaction between internal and external factors, being able to lead the way of relating and experiencing food, as well as establishing the habit. food that will be expressed in the following years. In the preschool phase, which ranges from 1 to 6 years and 11 months of age, the most relevant biopsychosocial and cultural determinants of children's eating behavior are the type of breastfeeding and food introduction received early in life, family and school environments, media and screen time. Thus, the objective of this study was to evaluate the influence of several factors on children's eating behavior in the preschool phase. After approval by the Ethics Committee, the parents/guardians were previously informed about the research objectives and gave their free and informed consent for the inclusion of the child's data. Data collection took place through two online questionnaires applied via Google Meet, one based on a literature review and the other developed and validated by Wardle et al. (2001), with inhabitants of the city of Bauru and region until reaching the sample size of 30 children of both sexes aged ≥ 2 years and < 7 years. To estimate the nutritional status of parents/guardians, the Body Mass Index was used. To estimate the nutritional status of children, the Body Mass Index for age and height for age was used, which were classified according to age group and cut-off points as proposed by the Ministry of Health (apud BRASIL, 2006, 2011) . Data were entered into the Excel version 2016 program and statistical analysis was performed to determine the behavior of the variables studied. In comparing the results between genders, T-student and Mann-Whitney tests were performed. For the correlation analysis, the Pearson or Spearman correlation coefficient was used. For data analysis and graph construction, the statistical package GraphPad Prism version 5.01 was used. After data collection, it was observed that the majority of participants were male, aged between 4 and 5 years, with guardians with complete higher education and a BMI/age of eutrophic index. The relationship between the nutritional status of those responsible for that of the children was evidenced, governed by education, financial conditions and the way in which meals were eaten; as well as the relationship between: gestational age, exclusive breastfeeding and the interaction of the guardian with the child during meals; food selectivity, food

introduction and screen time; BMI, speed of ingestion, pleasure in eating and emotional reactivity; school attendance and emotional eating.

Keywords: Eating Behavior. Childish behaviour. Child development. Eating habits.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA	6
1.1 TIPO DE ALEITAMENTO E INTRODUÇÃO ALIMENTAR	7
1.2 AMBIENTE FAMILIAR.....	7
1.3 ESCOLA.....	8
1.4 MÍDIA E TEMPO DE TELA	9
2. OBJETIVOS	12
2.1 GERAL	12
2.2 ESPECÍFICOS	12
3. MATERIAIS E MÉTODOS	13
3.1 INSTRUMENTOS PARA COLETAS DE DADOS.....	13
3.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA	16
4. RESULTADOS	17
4.1 DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS RESPONSÁVEIS.	17
4.2 DADOS ANTROPOMÉTRICOS DAS CRIANÇAS	17
4.3 CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS.....	18
4.4 DADOS ANTROPOMÉTRICOS DOS RESPONSÁVEIS	19
4.5 CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DOS RESPONSÁVEIS.....	19
4.6 DADOS SOBRE O HISTÓRICO ALIMENTAR DA CRIANÇA	20
4.7 DADOS SOBRE A ALIMENTAÇÃO ATUAL DA CRIANÇA.....	21
4.8 CHILD EATING BEHAVIOUR QUESTIONNAIRE (CEBQ)	21
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO	23
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28
ANEXO A – PARECER DO CEP	33
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	35
ANEXO C - QUESTIONÁRIO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE CRIANÇAS (CEBQ)	37

1. INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

No início do século XXI, a palavra “comportamento” era definida como procedimento, conduta, ato ou maneira de se comportar (FERREIRA *et al.*, 2000). No entanto, com o avançar dos anos, o termo tornou-se mais abrangente, passando a se referir também a conjuntos de atitudes que refletem o meio social, bem como a ações ou reações do organismo ou parte dele (COMPORTAMENTO, 2015). Tal evolução não ocorreu somente nos dicionários, mas também na ciência da Nutrição, que, com o intuito de resgatar o foco no alimento e no consumidor, tem ampliado seu campo de estudo para além dos aspectos nutricionais (ALVARENGA, 2019).

Regido por fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, o comportamento alimentar consiste em ações desencadeadas pelo indivíduo a partir da interação entre fatores internos e externos, sendo capaz de conduzir a maneira de se relacionar e experienciar o alimento, bem como de estabelecer o hábito alimentar, que se trata da execução repetitiva de atos aprendidos, ou seja, dos costumes (ALVARENGA *et al.*, 2015; RICARDO; PEREIRA, 2012).

Cabe salientar que modificações nos hábitos e padrões alimentares decorrentes de transformações nos fatores sociais, demográficos, epidemiológicos, econômicos e culturais, inseriram o Brasil, assim como outros países em desenvolvimento, em um momento de transição nutricional que, ao mesmo tempo em que é caracterizado pela redução da pobreza e exclusão social e, conseqüentemente, da fome e da desnutrição, também é marcado pelo aumento do excesso de peso, da incidência de doenças crônicas não transmissíveis e de transtornos alimentares (ALVARENGA *et al.*, 2015; RICARDO; PEREIRA, 2012).

Tendo isso em vista, percebe-se a importância de atentar-se ainda mais para o cuidado com a saúde infantil, mais especificamente na fase pré-escolar, cuja faixa etária contempla desde os 1 até os 6 anos e 11 meses de idade. Esse período caracteriza-se por diminuição na velocidade de crescimento e, portanto, diminuição do apetite. Associa-se a esses aspectos a atenção desviada para outras atividades, como andar e mexer em objetos espalhados pela casa (VITOLLO, 2014).

Sabe-se também que nesta fase há intenso desenvolvimento físico, cognitivo, emocional, social, bem como anseio por independência, que tornam o indivíduo mais suscetível a estabelecer hábitos inadequados de acordo com os determinantes aos quais é submetido (ALVARENGA *et al.*, 2015). Nesse período, dentre os

determinantes biopsicossocioculturais mais relevantes do comportamento alimentar que foram encontrados estão o tipo de aleitamento e introdução alimentar recebido no início da vida, os ambientes familiar e escolar, a mídia e o tempo de exposição à tela.

1.1 TIPO DE ALEITAMENTO E INTRODUÇÃO ALIMENTAR

Considerando que o leite materno é qualificado o suficiente para suprir sozinho as necessidades energéticas e nutricionais do lactente, bem como evitar óbito, diarreia, infecção respiratória, alergias, hipertensão, obesidade, colesterol alto, diabetes e obesidade, a Organização Mundial da Saúde, endossada pelo Ministério da Saúde, recomenda que o aleitamento materno exclusivo – quando a criança recebe somente leite materno ou leite humano de outra fonte – seja mantido preferencialmente durante o primeiro semestre de vida e complementado com alimentos sólidos ou semissólidos até os dois anos de vida ou mais (BRASIL, 2015).

Além disso, a amamentação é capaz de suprir as necessidades emocionais da criança, visto que se trata de um processo que envolve profunda interação entre mãe e filho, como também de influenciar consideravelmente a formação do paladar e das preferências alimentares que serão manifestadas pela criança posteriormente, pois, sabendo que o leite materno apresenta variação de acordo com a alimentação da lactante, o lactente é exposto a uma maior variedade de sabores, desenvolvendo maior aceitabilidade pelos alimentos ingeridos pela mãe e tornando-se mais disposto a experimentar novos alimentos (BRASIL, 2015, 2019; PERRINE *et al.*, 2014).

A partir dos seis meses de vida, a introdução alimentar possibilita a complementação das necessidades nutricionais da criança, a experiência com novos sabores, cheiros e texturas, bem como a sua aproximação com os hábitos alimentares da família, que exerce papel decisivo na forma da criança estabelecer sua relação com a comida (BRASIL, 2019).

1.2 AMBIENTE FAMILIAR

O ambiente familiar é o primeiro espaço de aprendizagem no qual a criança é inserida e no qual a mesma permanecerá durante todo o seu desenvolvimento, sendo um dos principais determinantes do comportamento alimentar, que acaba sendo um reflexo da forma de interação dos membros com a comida e entre si; dos hábitos de

vida; do nível de instrução, da cultura e da condição financeira, que determinam a aquisição, disponibilidade e qualidade de gêneros alimentícios.

Logo nos primeiros anos de vida, a interação entre a criança e o responsável durante as refeições pode ser classificada em duas vertentes opostas: responsiva, caracterizada pela atenção, sensibilidade e envolvimento; e não responsiva, caracterizada pela negligência, autoridade e passividade. Enquanto que a primeira promove a autonomia alimentar através da valorização dos sinais internos de fome e saciedade da criança; a segunda desestimula o ato de se alimentar, desvaloriza os sinais internos de fome e saciedade e pode contribuir para o desenvolvimento da neofobia alimentar (SILVA; COSTA; GIUGLIANI, 2016). Além disso, estratégias parentais frequentemente praticadas, como submeter a criança à pressão, coerção, persuasão, chantagem ou recompensa com alimentos palatáveis visando induzir a ingestão de alimentos considerados benéficos por eles, promove o efeito inverso, desenvolvendo aversão, menor consumo e prejuízos na autorregulação energética (ALVARENGA *et al.*, 2015).

Ademais, o contexto em que as refeições são realizadas deve ser considerado, pois a preferência alimentar é obtida quando os alimentos são consumidos em momentos agradáveis. Assim, o local deve ser adequado, confortável e sem distrações; a comida deve ser saudável e com características organolépticas adequadas; e os indivíduos devem estar inteiramente envolvidos no ato, tanto sozinhos quanto acompanhados, de preferência praticando a comensalidade - ação de compartilhar as refeições -, de forma a criar uma atmosfera positiva e melhorar a qualidade da alimentação, tendo como figura exemplar para o comportamento alimentar infantil os pais ou responsáveis (ALVARENGA *et al.*, 2015; ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008; SILVA; COSTA; GIUGLIANI, 2016).

1.3 ESCOLA

Apesar de as crianças com faixa etária de 1 a 6 anos e 11 meses serem consideradas em idade pré-escolar, sabe-se que, atualmente, os pais colocam seus filhos na escola muito precocemente, assim, o ambiente escolar é o segundo espaço de aprendizagem no qual a criança é inserida e no qual a mesma será exposta diariamente a conhecimentos e práticas alimentares distintas das quais teve contato até o momento. Geralmente, nas instituições públicas de ensino, duas formas de obter

a alimentação são apresentadas: o refeitório escolar, responsável por fornecer a merenda de forma integral, gratuita e de qualidade, visando a garantia da segurança alimentar e nutricional; e a cantina, responsável por fornecer serviços de alimentação mediante pagamento, onde a maior parte dos produtos fornecidos são industrializados e com alto teor de sódio, gordura e açúcar quando associado à ausência de nutricionista e inspeções (BRASIL, 2012; WILLHELM; RUIZ; OLIVEIRA, 2010).

Apesar dessa contradição existente, a Política Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), regulamentada pela resolução nº 26 de 17 de junho de 2013, estabelece que, além do fornecimento da alimentação adequada, seja incluído no processo de ensino e aprendizagem a educação alimentar e nutricional, com o intuito de aumentar as competências dos estudantes e formar consumidores informados e aptos a escolher os seus próprios alimentos sem se deixar influenciar pelos fatores ambientais que as envolvem diariamente (BRASIL, 2013; MORAES, 2014; SANTOS; SILVA; PINTO, 2018).

1.4 MÍDIA E TEMPO DE TELA

Cada vez mais cedo as crianças têm tido acesso a uma ampla gama de equipamentos tecnológicos associados ao aumento da ingestão de produtos industrializados e a redução da ingestão de alimentos in natura e minimamente processados, entre os quais estão celulares, notebooks, computadores e, principalmente, televisores, visto que é o meio no qual a publicidade alimentícia voltada para o público infantil é mais incidente e eficaz. Quando a utilização desses aparelhos acontece também durante a alimentação, a propensão da criança ser influenciada pelos anúncios torna-se ainda maior, pois nessa fase há limitações que impedem a compreensão da intenção persuasiva das propagandas e a avaliação crítica. Além disso, a sinalização da saciedade é negligenciada devido ao desvio da sua atenção (FIATES; AMBONI; TEIXEIRA, 2008; SARTORI, 2013; SILVA; COSTA; GIUGLIANI, 2016).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2021), o uso excessivo de tecnologias interfere na saúde infantil tanto por estar relacionado ao desenvolvimento de sobrepeso, obesidade e transtornos alimentares, quanto por induzir a falta da prática de exercícios, acarretando no sedentarismo; a irritabilidade, a ansiedade, a depressão e outros problemas de saúde mental; transtornos do déficit de atenção e

hiperatividade; transtornos do sono; entre uma série de consequências. Por isso, é recomendado que crianças com idade inferior a 2 anos de idade não sejam expostas às telas, enquanto que a partir dos 2 até os 6 anos a exposição seja limitada ao máximo de 1 hora diária e sob a supervisão dos pais ou responsáveis.

1.5 CARACTERIZAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR INFANTIL

Encontra-se na literatura várias teorias que abrangem o comportamento alimentar, podendo utilizá-las como base para tentar entender e avaliar esses comportamentos.

Neste contexto, destaca-se a Teoria Psicossomática, Teoria da Externalidade e Teoria da Restrição. A Teoria Psicossomática explica o modo como as emoções afetam a alimentação, ainda não se sabe claramente como é processado esse mecanismo, porém sabe-se que situações distintas podem determinar a preferência por um alimento, e alimentos podem ser associados ao contexto emocional em que são habitualmente consumidos. A Teoria da Externalidade diz respeito à quando fatores ambientais (externos) influenciam no consumo alimentar, como cheiro e aparência do alimento. Ocorre quando a percepção de fome ou saciedade fica desregulada, assim ao ver ou sentir o aroma de um alimento palatável o indivíduo automaticamente sentirá vontade de comer, mesmo não estando com fome. A Teoria da Restrição explica que dietas restritivas podem levar ao aumento do peso. Restringir o consumo alimentar conscientemente, a fim de promover a perda de peso, pode provocar posteriormente o ganho de peso, visto que diante de um período de controle do apetite forçado, surge um estado de desequilíbrio onde o indivíduo tende a comer mais para manter a homeostase do peso (REBELO; LEAL, 2007; VIANA *et al.*, 2009).

Com base nestas teorias apresentados, o *Child Eating Behaviour Questionnaire* (CEBQ) foi desenvolvido. Este questionário avalia o comportamento e hábitos alimentares da criança em si, devendo ser respondido a partir de atitudes e comportamentos que a própria criança apresenta. Ele é composto por 35 itens, divididos em oito fatores relacionados à obesidade infantil, segundo os autores: resposta à saciedade, ingestão lenta, seletividade, resposta à comida, prazer em comer, desejo de beber, sobre ingestão emocional, sub ingestão emocional. Visando, assim, estudar os hábitos alimentares de crianças com diferentes Índices de Massa

Corporal (IMC) e discriminar os seus comportamentos alimentares no contexto da obesidade através das respostas dos seus cuidadores (OLIVEIRA, 2016).

Cada fator está envolvido e fundamentado com algumas das teorias comportamentais que podem ser relacionadas com o excesso de peso, sendo elas: 1) Teoria da externalidade. 2) Teoria psicossomática; 3) Teoria da restrição alimentar. As questões no CEBQ dizem respeito a comportamentos que podem levar ao sobrepeso e obesidade, sendo as teorias acima citadas norteadoras para a compreensão desses comportamentos (OLIVEIRA, 2016).

Deste modo, trata-se de um instrumento valioso para avaliar o comportamento alimentar infantil e, assim, contribuir para elaboração de estratégias que visem a prevenção e tratamento da obesidade infantil.

2. OBJETIVOS

Este trabalho tem por objetivos:

2.1 GERAL

Avaliar a influência de diversos fatores no comportamento alimentar infantil na fase pré-escolar.

2.2 ESPECÍFICOS

Caracterizar o comportamento alimentar infantil;

Identificar os fatores determinantes do comportamento alimentar infantil.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Os materiais e métodos a seguir descrevem os procedimentos que foram realizados durante o desenvolvimento da pesquisa.

Foi realizado um estudo do tipo transversal. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Centro Universitário Sagrado Coração (ANEXO A).

A pesquisa foi realizada por meio de questionário on-line via Google Forms, em que os pais/responsáveis responderam às perguntas, não havendo nenhuma intervenção com o menor. Desta forma, os pais/responsáveis foram esclarecidos previamente sobre os objetivos da pesquisa e deram o seu consentimento livre e esclarecido para a inclusão dos dados da criança na pesquisa (ANEXO B). O tamanho amostral foi de 30 crianças.

A coleta de dados foi feita no município de Bauru e região até se atingir o tamanho amostral desejado e de modo aleatório. Foram incluídos nesta pesquisa crianças de ambos os sexos com idade ≥ 2 anos e < 7 anos, sendo excluídos indivíduos que não se enquadraram nesta faixa etária e aqueles que os pais/responsáveis se recusarem a participar da pesquisa.

3.1 INSTRUMENTOS PARA COLETAS DE DADOS

Para conhecer o perfil antropométrico e os fatores que podem influenciar o comportamento alimentar das crianças foi aplicado um questionário online no aplicativo Google Forms (ANEXO C), constituído por 14 questões elaboradas a partir da revisão de literatura, com opções de resposta organizadas em alternativas e em escala binomial (sim/não), que foi preenchido pelo responsável da criança após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Além disso, foi aplicado, também via Google Forms, o questionário *Child Eating Behaviour Questionnaire* (CEBQ) desenvolvido e validado por Wardle *et al.* (2001). Trata-se de um questionário de aplicação parental (para os pais), feito para avaliar o comportamento alimentar de crianças de 2 à 7 anos, focando em determinantes comportamentais para a obesidade. O instrumento é composto por 35 itens cujo objetivo é avaliar oito dimensões associadas na literatura e de acordo com a experiência dos autores à obesidade na criança.

As questões são subdivididas em 8 dimensões:

1. Prazer em comer: corresponde às questões 5, 1, 22 e 20 do questionário
2. Resposta à comida: corresponde às questões 14, 19, 34 e 28 do questionário
3. Resposta à saciedade: corresponde às questões 21, 17, 26, 3 e 30 do questionário
4. Ingestão lenta: corresponde às questões 35, 8, 18 e 4 do questionário
5. Seletividade: corresponde às questões 32, 10, 7, 33, 16 e 24 do questionário
6. Sobre-ingestão emocional: corresponde às questões 13,15, 2 e 27 do questionário
7. Sub-ingestão emocional: corresponde às questões 25,9, 11 e 23 do questionário
8. Desejo de beber: corresponde às questões 29, 31 e 6 do questionário

As respostas são assinaladas numa escala de Lickert de 5 pontos (1 = nunca, 2 = raramente, 3 = às vezes, 4 = frequentemente, 5 = sempre) que se referem à frequência com que ocorre o comportamento.

Para a estimativa do estado nutricional dos pais/responsáveis foi utilizado o Índice de Massa Corporal (IMC), obtido a partir da fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)} / (\text{Altura (m)})^2$. Este foi classificado de acordo a Organização Mundial da Saúde (2006, *apud* BRASIL, 2011), conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação do estado nutricional segundo IMC (kg/m²) para adultos

CLASSIFICAÇÃO	IMC (KG/M²)
Desnutrição	< 18,5
Eutrofia	18,5 – 24,9
Sobrepeso	≥ 25 a 29,9
Obesidade I	30,0 a 34,9
Obesidade II	35,0 a 39,9
Obesidade III	≥ 40,00

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2006) *apud* Brasil (2011).

Já para a estimativa do estado nutricional das crianças foram utilizados os seguintes índices antropométricos: Índice de Massa Corporal (IMC) para idade e estatura para idade.

O Índice de Massa Corporal (IMC) para idade foi obtido a partir da fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)} / (\text{Altura (m)})^2$. Este foi classificado de acordo com a faixa etária (até 5 anos

e maiores de 5 anos), conforme proposto pela Organização Mundial da Saúde (2006, *apud* BRASIL, 2011), conforme apresentado nos Quadros 2 e 3.

Quadro 2 - Pontes de corte de IMC-para-idade para crianças menores de 5 anos

VALORES CRÍTICOS	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	Magreza acentuada
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	Magreza
≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 85	Eutrofia
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	Risco de sobrepeso
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	Sobrepeso
> Percentil 99	Obesidade

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2006) *apud* Brasil (2011).

Quadro 3 - Pontes de corte de IMC-para-idade para crianças dos 5 a 10 anos

VALORES CRÍTICOS	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	Magreza acentuada
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	Magreza
≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 85	Eutrofia
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	Risco de sobrepeso
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	Sobrepeso
> Percentil 99	Obesidade

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2006) *apud* Brasil (2011).

A estatura pela idade foi dada pela razão estatura/idade em meses e foi classificada seguindo os pontos de corte propostos pela Organização Mundial de Saúde (1995, *apud* BRASIL, 2011), conforme Quadro 4.

Quadro 4 - Pontes de corte de estatura-para-idade para crianças de 0 a 10 anos

VALORES CRÍTICOS	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	Muito baixa estatura para idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	Baixa estatura para idade

≥ Percentil 3	Estatura adequada para idade
---------------	------------------------------

Fonte: Organização Mundial da Saúde (1995) *apud* Brasil (2011).

3.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram digitados no programa Excel versão 2016. Foi realizada análise estatística (frequências absolutas e relativas, média (desvio padrão) e intervalos de confiança – IC 95%), objetivando conhecer o comportamento das variáveis estudadas.

Na comparação dos resultados entre os gêneros foi realizado o teste T-student para as variáveis paramétricas e de Mann-Whitney para as variáveis não-paramétricas.

Para a análise de correlação foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson ou Spearman, caso as variáveis apresentem distribuição normal ou não-normal, respectivamente.

Para a análise dos dados e construção dos gráficos foi utilizado o pacote estatístico GraphPad Prism versão 5.01 (GraphPad Software Inc). O nível de significância adotado será de 5% ($p < 0.05$).

4. RESULTADOS

A seguir, seguem os resultados da pesquisa.

4.1 DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS RESPONSÁVEIS.

Para este estudo, foram coletados dados de 30 crianças, em que 43% eram do sexo feminino e 57% do sexo masculino, com uma média de idade equivalente a $4,5 \pm 1,58$ anos. Conforme demonstrado na tabela 1, a maioria dos responsáveis pelas crianças avaliadas apresenta ensino superior completo (70%), com atuação no mercado de trabalho nas áreas da saúde (20%) e educação (20%), bem como de forma autônoma (30%), entre outras (30%).

Tabela 1 - Distribuição das características sociodemográficas dos responsáveis

Variável	Resultado
Escolaridade	
Fundamental Incompleto	0 (0%)
Fundamental Completo	0 (0%)
Médio Incompleto	1 (3%)
Médio Completo	7 (23%)
Superior Incompleto	1 (3%)
Superior Completo	21 (70%)
Profissão	
Profissional da saúde	6 (20%)
Educador	6 (20%)
Autônomo	9 (30%)
Outras	9 (30%)

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: Valores expressos em número absoluto e porcentagem.

4.2 DADOS ANTROPOMÉTRICOS DAS CRIANÇAS

Em relação aos dados antropométricos das crianças, observa-se que a mediana de peso obtida foi de 18,75 kg, a média de estatura foi de $1,054\text{m} \pm 0,117$ e a mediana de IMC foi de $16,65 \text{ kg/m}^2$ (Tabela 2).

Tabela 2 - Dados antropométricos das crianças

Variável	Resultado
Peso	18,75 (15,00 – 21,00)
Estatura	1,054 ± 0,117
IMC	16,65 (15,70 - 18,68)

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: Valores expressos em mediana (intervalos interquartis) e média ± desvio padrão. Utilizado teste T- Student para variáveis normais e teste de Mann-Whitney para dados não normais. IMC: Índice de Massa Corporal

4.3 CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS

Quanto à classificação do estado nutricional das crianças demonstrado na tabela 3, considerando o índice de IMC/idade percebe-se que a maior parte das destas se encontra em eutrofia (66,7%). Em contrapartida, é notável que a ocorrência de obesidade (13,3%) se encontra superior aos demais estados nutricionais. Já em relação à estatura/idade, é possível observar a predominância de estatura adequada para a idade (83,3%).

Tabela 3. Classificação do estado nutricional das crianças

Variável	N (%)
IMC/idade	
Magreza acentuada	0 (0,00%)
Magreza	0 (0,00%)
Eutrofia	20 (66,7%)
Risco de Sobrepeso	2 (6,7%)
Sobrepeso	2 (6,7%)
Obesidade	4 (13,3%)
Obesidade grave	2 (6,7%)
Estatura/idade	
Muito baixa estatura	1 (3,3%)
Baixa estatura	4 (13,3%)
Estatura adequada	25 (83,3%)

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: Valores expressos em número absoluto e porcentagem.

4.4 DADOS ANTROPOMÉTRICOS DOS RESPONSÁVEIS

Em relação aos dados antropométricos dos responsáveis, observa-se que a média de peso obtida foi de $70,93 \pm 12,24$, a média de estatura foi de $1,668 \pm 0,076$ e a média de IMC foi de $25,40 \text{ kg/m}^2$ (Tabela 4)

Tabela 4 - Dados antropométricos dos responsáveis

Variável	Resultado
Peso	$70,93 \pm 12,24$
Estatura	$1,668 \pm 0,076$
IMC	$25,40 \pm 3,455$

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: Valores expressos em mediana (intervalos interquartis) e média \pm desvio padrão. IMC: Índice de Massa Corporal

4.5 CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DOS RESPONSÁVEIS

Quanto à classificação do estado nutricional dos responsáveis, demonstrado na tabela 5, considerando o índice de IMC, percebe-se que a maior parte destes se encontra em eutrofia (50%). Em contrapartida, é notável que a ocorrência de sobrepeso (36,7%) se encontra superior aos demais estados nutricionais.

Tabela 5. Classificação do estado nutricional dos responsáveis

Variável	N (%)
IMC	
Desnutrição	0 (0,0%)
Eutrofia	15 (50,0%)
Sobrepeso	11 (36,7%)
Obesidade I	4 (13,3%)
Obesidade II	0 (0,0%)
Obesidade III	0 (0,0%)

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: Valores expressos em número absoluto e porcentagem.

4.6 DADOS SOBRE O HISTÓRICO ALIMENTAR DA CRIANÇA

Ao observar a tabela 6, que apresenta os dados sobre o histórico alimentar da criança, percebe-se a predominância de nascimentos à termo (86,7%); aleitamento materno exclusivo (46,7%); introdução alimentar realizada com papinhas compostas por vários alimentos feitas especificamente para criança, amassados e com cores diversificadas (50,0%), não havendo a mistura dos mesmos; bem como a interação do responsável com a criança durante as refeições com atenção, sensibilidade e envolvimento (60,0%).

Tabela 6 - Dados sobre o histórico alimentar da criança

Variável	Nº de pessoas (%)
Data de Nascimento	
Pré-termo	4 (13,3%)
À termo	26 (86,7%)
Pós-termo	0 (0,0%)
Aleitamento Materno	
Exclusivo	14 (46,7%)
Predominante	6 (20,0%)
Complementado	4 (13,3%)
Misto	4 (13,3%)
Fórmula Infantil	2 (6,7%)
Introdução Alimentar	
Papinhas de alimento único, liquidificadas ou peneiradas	0 (0,0%)
Papinhas de vários alimentos, liquidificadas ou peneiradas	7 (23,3%)
Papinhas com vários alimentos feitas especificamente para criança, amassados e com cores diversificadas	15 (50,0%)
Papinhas com vários alimentos feitas a partir da comida familiar, amassados e com cores diversificadas	6 (20,0%)
BLW	2 (6,7%)
Interação com responsável	
Atenção, sensibilidade e envolvimento	18 (60,0%)
Pouca interação/alimentação passiva	11 (36,7%)
Pouca interação/ acesso à telas	1 (3,3%)

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: Valores expressos em número absoluto e porcentagem.

4.7 DADOS SOBRE A ALIMENTAÇÃO ATUAL DA CRIANÇA

Ao estabelecer o foco sobre o momento presente, a tabela 7, que expõe os dados sobre a alimentação atual da criança, demonstra que a maior parte dos responsáveis não realiza a oferta ou a exclusão de alimentos como forma de punição ou recompensa (63,3%), no entanto, ainda assim, a taxa de ocorrência dessas ações é significativa (36,7%). Além disso, evidencia que a maioria das refeições são realizadas em família em um local confortável e sem distrações (96,7%), bem como que todos os participantes possuem condições financeiras e conhecimento suficiente para adquirir alimentos em boa quantidade e qualidade (100,0%).

Tabela 7 - Dados sobre a alimentação atual da criança

Variável	Nº de pessoas (%)	
Oferta ou exclusão de alimentos como forma de punição ou recompensa	Sim	11 (36,7%)
	Não	19 (63,3%)
Condições financeiras e conhecimento suficiente para adquirir alimentos em boa quantidade e qualidade	Sim	30 (100,0%)
	Não	0 (0,0%)
Refeições são realizadas em família	Sim	29 (96,7%)
	Não	1 (3,3%)
Local confortável e sem distrações	Sim	29 (96,7%)
	Não	1 (3,3%)

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: Valores expressos em número absoluto e porcentagem.

4.8 CHILD EATING BEHAVIOUR QUESTIONNAIRE (CEBQ)

Por fim, os resultados do Child Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ), obtidos através do cálculo da média das respostas das questões de cada dimensão, são demonstrados na tabela 8.

Tabela 8 - Child Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ)

Dimensão	Resposta
Prazer em comer	2,517 ± 1,167
Resposta à comida	1,250 ± 1,245
Resposta à saciedade	1,960 ± 0,968
Ingestão lenta	1,700 ± 1,050
Seletividade	1,878 ± 1,112
Sobre-Ingestão emocional	1,050 ± 0,906
Sub- ingestão emocional	2,042 ± 1,286
Desejo de beber	1,467 ± 1,342

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota: Valores expressos em média ± desvio padrão.

Tabela 9 - Associação entre IMC e comportamento alimentar infantil

Variável	IMC	
	Coef.	Valor de p
Resposta à comida	-0,417	0,02
Ingestão lenta	-0,416	0,02
Sobre-ingestão emocional	-0,372	0,03

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto às demais variáveis foram encontrados referentes ao tempo gestacional, de modo que quanto maior o tempo gestacional maior o prazer valor em comer (coef.=0,369 e p=0,045), maior percepção de saciedade (coef.=0,464 e p=0,01) e ingestão lenta (coef.=0,491 e p=0,006).

Assim como em relação a seletividade alimentar, de modo que quanto mais a introdução alimentar foi feita por meio de papinhas feitas especificamente para a criança constituídas de um único alimento por vez, feitas no liquidificador ou peneiradas, apresentando cor única, maior a seletividade alimentar da criança (coef.=0,480 e p=0,007). Da mesma forma, em relação ao tempo de tela, indicando relação positiva entre tempo de tela e seletividade alimentar (coef.=0,404 e p=0,027).

Além disso foi observada correlação negativa entre comer emocional e frequência escolar (coef.=-0,546 e p=0,01), e supervisão de telas (coef.=-0,443 e p=0,014).

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO

O presente estudo objetivou avaliar a influência de diversos fatores no comportamento alimentar infantil na fase pré-escolar, caracterizando-o e identificando seus fatores determinantes.

Após a coleta de dados observou-se que a maioria dos participantes eram do sexo masculino, com idade entre 4 e 5 anos, apresentando responsáveis com ensino superior completo. Apesar do índice de IMC/idade indicar a predominância de eutrofia, obteve-se percentuais consideráveis de sobrepeso e obesidade, assim como o índice IMC dos responsáveis, evidenciando a relação do estado nutricional destes sobre o das crianças, regido pela influência de uma gama de fatores, entre os quais estão escolaridade, condições financeiras e modo de realização das refeições.

Para Dalcastagné *et al.* (2008), o risco de filhos de pais obesos serem obesos na idade adulta é de duas a três vezes maior do que crianças de famílias que nenhum dos pais estejam com excesso de peso, e isso ocorre tanto devido à fatores genéticos quanto à hábitos familiares precários em termos de atividade física e dieta. Burchi (2012), destaca que a escolaridade proporciona aos pais maior conhecimento e informações à respeito de nutrição e saúde dos filhos, além de capacitá-los na obtenção de um emprego melhor, tendo assim maior renda para garantir bem-estar aos filhos. Além disso, segundo Kai e Soares (2009), mulheres com mais escolaridade tendem a procurar mais serviços de saúde, terem menos filhos e mais acesso à informação, o que impacta positivamente na saúde deles.

Também foi perceptível a predominância de três aspectos que são interligados entre si: nascimentos à termo; aleitamento materno exclusivo; bem como a interação do responsável com a criança durante as refeições com atenção, sensibilidade e envolvimento. A idade gestacional é um fator relevante pois durante o período intrauterino, o feto é exposto aos estímulos sensoriais provenientes da dieta materna através do líquido amniótico, que podem resultar em preferência a um determinado sabor ou odor dos alimentos (VALLE; EUCLYDES, 2007). Ou seja, uma criança nascida à termo, se comparada a outra nascida pré-termo, permanece em contato com tais estímulos por mais tempo, desenvolvendo maior prazer em comer e maior percepção de saciedade. Posteriormente, com o aleitamento materno, a sensibilização das papilas gustativas do lactente continuará sendo estimulada, sendo que, além de benefícios físicos e de desenvoltura, a amamentação é responsável por

suprir as necessidades psicológicas e afetivas, fortalecendo o vínculo afetivo entre mãe e filho.

Graças aos elementos constituintes do leite materno, estudos demonstram que há uma menor ocorrência de óbitos infantis entre as crianças amamentadas. De acordo com a Organização Mundial da Saúde apoiada pelo Ministério da Saúde, quanto menor a criança, maior é a eficácia da proteção do leite materno contra a mortalidade, que, por isso, é mais elevada em crianças menores de 2 meses não amamentadas, diminuindo à medida que a criança cresce. Nesse contexto, estima-se que o aleitamento materno poderia evitar 13% das mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo, por causas preveníveis. (JONES, 2003 apud BRASIL, 2015).

O leite materno também é capaz de agir contra infecções respiratórias, combatendo e diminuindo a gravidade dos episódios da enfermidade, bem como diminuir o risco de alergia à proteína do leite de vaca, dermatite atópica e outros tipos de alergias, incluindo asma e sibilos recorrentes. (VAN ODIJK *et al.*, 2003 apud BRASIL, 2015). Ainda, uma revisão da Organização Mundial da Saúde sobre indícios do efeito do aleitamento materno em longo prazo indicou que indivíduos amamentados tiveram uma chance 22% menor de vir a apresentar sobrepeso e obesidade, além de adquirir proteção contra diabetes (DEWEY, 2003 apud BRASIL, 2015).

Além disso, segundo Horta *et al.* (2007), o aleitamento materno contribui para um melhor desenvolvimento cognitivo e psicomotor. A maioria dos estudos conclui que as crianças amamentadas apresentam vantagem nesse aspecto quando comparadas com as não amamentadas, principalmente aquelas com baixo peso de nascimento. Tal fato ocorre pois através da sucção na mama nos primeiros meses de vida, o recém-nascido tem a capacidade de desenvolver adequadamente os órgãos fonoarticulatórios e as funções exercidas por eles quanto à mobilidade, força e postura, bem como o estímulo das funções de respiração, mastigação, deglutição e articulação dos sons da fala (NEIVA *et al.*, 2003).

Neste estudo, apesar da maioria das crianças realizarem as refeições em família, fator considerado protetor para o excesso de peso segundo D'avila (2015), verificou-se que as preparações durante a introdução alimentar foram maioritariamente realizadas de forma diferenciada entre os responsáveis e as crianças, visto que as papinhas eram feitas especificamente para essas. Na alimentação responsiva, um aspecto que deve ser considerado é o compartilhamento

das refeições e de acordo com Silva, Costa e Giugliani (2016), a interação alimentar pressupõe que as refeições de pais e filhos sejam comuns. No entanto, apesar de alguns pais terem a preocupação de oferecerem alimentos mais saudáveis para os seus filhos, não consomem o mesmo tipo de alimento, influenciando na aceitação pela criança e condizendo com o resultado encontrado de que quanto mais a introdução alimentar foi feita por meio de papinhas feitas especificamente para a criança constituídas de um único alimento por vez, feitas no liquidificador ou peneiradas, apresentando cor única, maior a seletividade alimentar da criança.

A interação é importante não somente no momento da refeição, mas até mesmo antes, pois de acordo com Abebe, Desse e Baye (2017), as famílias que preparam suas próprias refeições têm sido associadas positivamente a práticas alimentares saudáveis, demonstrando menor ingestão de açúcar e maior consumo de frutas, legumes e vegetais pelas crianças, bem como ao uso menos frequente de micro-ondas e menor ingestão de alimentos prontos. Quando as crianças são incentivadas a se envolverem na preparação dos alimentos, há uma associação positiva alimentar, sendo que, quanto mais a criança estiver envolvida na preparação das refeições, maior será sua preferência por vegetais (VOLLMER; BAIETTO, 2017).

Da mesma forma, em relação ao tempo de tela, indicando relação positiva entre tempo de tela e seletividade alimentar, evidenciando que, apesar da tecnologia proporcionar acesso a uma gama de informações que agregam na construção do aprendizado quando utilizados com esta finalidade, também apresenta suas desvantagens. Além da seletividade alimentar, a exposição à tela pode acarretar o desenvolvimento de comorbidades que, uma vez estabelecidas, irão repercutir por toda a vida, como dissociação de cognição afetiva; obesidade; sobrepeso; síndrome metabólica; insônia; introspecção; redução de melatonina devido à luz emitida pelos dispositivos eletrônicos, prejudicando o sono das crianças e trazendo implicações para o crescimento e desenvolvimento (DUNCKLEY, 2019).

Além disso, houve um percentual considerável de responsáveis que alegam ofertar ou excluir alimentos como uma forma de punição ou recompensa, promovendo um efeito inverso ao desejado, desenvolvendo aversão, menor consumo de alimentos naturais e prejuízos na autorregulação energética (ALVARENGA *et al.*, 2015). Ainda, ao pressionar a criança, os pais desconsideram a capacidade de decisão sobre a ingestão alimentar, induzindo a associação do alimento a uma experiência negativa,

podendo desencadear não somente as dificuldades alimentares citadas, mas também transtornos alimentares futuros (ALM; OLSEN; HONKANEN, 2015).

Em relação às dimensões do *Child Eating Behaviour Questionnaire* (CEBQ), foi observado que quanto menor a resposta à comida, que representa a reação às pistas externas com ela relacionada, sendo mais pronunciada conforme as crianças se tornam menos neofóbicas e mais autônomas face à alimentação; a ingestão lenta, que reflete falta de prazer e de interesse pelos alimentos; e a sobre-ingestão emocional, que retrata a reatividade emocional à comida; maior o IMC. (CARPER *et al.*, 2000; VIANA; SINDE; SAXTON, 2008). Assim, tais resultados indicam que crianças com o IMC aumentado possuem o hábito de se alimentar mais rapidamente, sentindo prazer durante o ato, e maior reatividade emocional, utilizando a alimentação não para satisfazer a fome, mas sim os gatilhos emocionais.

Ainda, evidenciou-se uma correlação negativa entre frequência escolar e comer emocional, ou seja, quanto maior a frequência escolar, menor o comer emocional e vice-versa, podendo estar relacionado a dois fatores: a educação alimentar, disciplinada pela lei nº 11.947/2009 como um componente do processo de ensino e aprendizagem que perpassa pelo currículo escolar; e a merenda, que além de alimentar e nutrir as crianças, também proporciona interação social entre colegas e colaboradores, além de contar com o estímulo por parte dos professores para o desenvolvimento de bons hábitos alimentares, o sentar-se à mesa e comer adequadamente, que são importantes momentos para o desenvolvimento afetivo e emocional das crianças (BRASIL, 2009; CERVATO-MANCUSO, 2013).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo é um pequeno estudo do tipo transversal cujo questionário foi aplicado via online para evitar o contato físico devido às condições estabelecidas pela pandemia do coronavírus (COVID-19), visando a segurança tanto dos pesquisadores quanto dos participantes. Considerando as circunstâncias, houve grande dificuldade em se obter responsáveis disponíveis para o preenchimento do questionário, cuja extensão pode ter influenciado nesta apuração. Assim, com o tamanho amostral de 30 crianças entre 2 e 7 anos, os resultados não podem ser considerados representativos. Por isso, pesquisas futuras sobre o comportamento alimentar infantil de pré-escolares e seus fatores de influência devem usar amostras demográficas maiores e variadas, também combinando outros métodos para confirmar os resultados aqui expostos.

REFERÊNCIAS

- ABEBE, Z.; DESSE, G.; BAYE, K. Child feeding style is associated with food intake and linear growth in rural Ethiopia. **Appetite**, v. 116, p. 132-138, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666316304986>. Acesso em: 15 jun. 2022.
- ALM, S.; OLSEN, S. O.; HONKANEN, P. The role of family communication and parents' feeding practices in children's food preferences. **Appetite**, v. 89, p. 112-121, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666315000495>. Acesso em: 15 jun. 2022.
- ALVARENGA, M. *et al.* Necessidade um olhar biopsicosociocultural na ciência da Nutrição. **Revista Ingesta**, [S. l.], v. 1, n. 2, p. 85, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistaingesta/article/view/164566>. Acesso em: 2 fev. 2021.
- ALVARENGA, M. *et al.* **Nutrição Comportamental**. 1. ed. Barueri, SP: Manole, 2015.
- BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Diretoria de Ações de Assistência Educacional. Coordenação Geral do Programa de Alimentação Escolar. Coordenação Técnica de Alimentação e Nutrição. **Nota Técnica nº 02/2012**: regulamentação de cantinas escolares em escolas públicas do Brasil. Disponível em: <http://www.fnde.gov.br/component/k2/item/5194-notas-t%C3%A9cnicas-pareceres-relat%C3%B3rios>. Acesso em: 20 fev. 2021.
- BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Conselho Deliberativo. **Resolução nº 26 de 17 de junho de 2013**: Programa Nacional de Alimentação Escolar. Disponível em: <https://www.fnde.gov.br/index.php/aceso-a-informacao/institucional/legislacao/item/4620-resolu%C3%A7%C3%A3o-cd-fnde-n%C2%BA-26,-de-17-de-junho-de-2013>. Acesso em: 20 fev. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p. (Cadernos de Atenção Básica. n. 23). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_ca23.pdf. Acesso em: 8 fev. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf. Acesso em: 20 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 265 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf. Acesso em: 8 fev. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009**. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica. Brasília: Diário Oficial da União, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11947.htm. Acesso em: 17 jun. 2022.

BURCHI, F. Whose education affects a child's nutritional status? From parents' to household's education. **Demographic Research**, v. 27, p. 681-704, 2012. Disponível em: <https://www.demographic-research.org/volumes/vol27/23/27-23.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2022.

CARPER, J. L.; ORLET FISHER, J.; BIRCH, L. L. Young girls'emerging dietary restraint and disinhibition are related to parental control in child feeding. **Appetite**, v. 35, p. 121-129, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10986105/>. Acesso em: 16 jun. 2022.

CERVATO-MANCUSO, A. M. et al. O papel da alimentação escolar na formação dos hábitos alimentares. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 324-330, set. 2013. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822013000300324&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 jun. 2022.

COMPORTAMENTO. *In*: Michaelis, Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. São Paulo: **Editora Melhoramentos**, 2015. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/comportamento/>. Acesso em: 2 fev. 2021.

D'AVILA, G. L. et al. Associação entre estado nutricional da mãe e a frequência, local e companhia durante as refeições com o sobrepeso/obesidade de adolescentes da cidade de Florianópolis, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online]. 2015, v. 15, n. 3, p. 289-299. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/PS59GWZMgnWwZkLCGTxrDwQ/?lang=pt#>. Acesso em: 16 jun. 2022.

DALCASTAGNÉ, G.; RANUCCI, J. M. A.; NASCIMENTO, M. A.; LIBERALI, R. Influência dos pais no estilo de vida dos filhos e sua relação com a obesidade infantil. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 2, n. 7, 15 jan. 2012. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/67>. Acesso em: 15 jun. 2022.

DUNCKLEY, V. L. **Síndrome da Tela Eletrônica**: prevenção e tratamento. *In*: Young Kimberly, Abreu Cristiano Nabuco (org). Dependência de internet em crianças e adolescentes: fatores de risco, avaliação e tratamento [recurso eletrônico] – Porto Alegre: Artmed, 2019. Disponível em:

<https://viewer.bibliotecaa.binpar.com/viewer/9788582715321/capitulo-12-sindrome-da-tela-eletronica-prevencao-e-tratamento>. Acesso em: 10 jun. 2022.

FERREIRA, A. B. H. *et al.* **Miniaurélio Século XXI**: O minidicionário da língua portuguesa. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FIATES, G. M. R.; AMBONI, R. D. M. C.; TEIXEIRA, E. Television use and food choices of children: qualitative approach. **Appetite**, v. 50, n. 1, p. 12 - 18, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17583374/>. Acesso em: 15 fev. 2021.

HORTA, B. L. *et al.* **Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses**. Geneva: World Health Organization, 2007. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43623/9789241595230_eng.pdf;jsessionid=4D2E79F0C989A899439F28EC1980B759?sequence=1. Acesso em: 17 jun. 2022.

KAI, H. M.; SOARES, R. R. Três ensaios em demografia econômica. 107 p. Tese de Doutorado — Departamento de Economia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/colecao.php?strSecao=resultado&nrSeq=15322@1>. Acesso em: 15 jun. 2022.

MORAES, R. W. **Determinantes e construção do comportamento alimentar**: uma revisão narrativa da literatura. 2014. Monografia (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/108992>. Acesso em: 20 fev. 2021.

NEIVA, F. C. B. *et al.* Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v. 79, n. 1, p. 7-12, fev. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2022.

OLIVEIRA, K. H. **Instrumentos de pesquisa para comportamento alimentar de crianças e adolescentes adaptados e validados em língua portuguesa**. 2016. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Nutrição) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

PERRINE, C. G. *et al.* Breastfeeding duration is associated with child diet at 6 years. **Pediatrics**, [S. l.], v. 134, p. 50-55, 2014. Suplemento 1. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25183756/>. Acesso em: 8 fev. 2021.

REBELO, A.; LEAL, I. Factores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: Estudo exploratório. **Análise Psicológica**, v. 3, n. 25, p. 467-477, 2007.

RICARDO, A. J.; PEREIRA, R. C. G. Transição Nutricional: Uma Revisão sobre Hábitos Alimentares de Escolares. **Revista Brasileira Multidisciplinar**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 19-26, 2012. Disponível em:

<https://www.revistarebram.com/index.php/revistauniara/article/view/85>. Acesso em: 10 fev. 2021.

ROSSI, A.; MOREIRA, E. A. M.; RAUEN, M. S. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 21, n. 6, p. 739-748, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000600012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 fev. 2021.

SANTANA, M. I.; RUAS, M. A.; QUEIROZ, P. H. B. O impacto do tempo de tela no crescimento e desenvolvimento infantil. **Revista Saúde em Foco**, vol. 1, p. 169-179, 2021. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2021/05/O-IMPACTO-DO-TEMPO-DE-TELA-NO-CRESCIMENTO-E-DESENVOLVIMENTO-INFANTIL.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2022.

SANTOS, B.; SILVA, C.; PINTO, E. Importância da escola na educação alimentar em crianças do primeiro ciclo do ensino básico - como ser mais eficaz. **Acta Port Nutr**, Porto, n. 14, p. 18-23, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2183-59852018000300004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 fev. 2021.

SARTORI, A. G. O. A influência do marketing aplicado à indústria de alimentos sobre o estado nutricional e o comportamento alimentar no Brasil: uma revisão. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, SP, v. 20, n. 2, p. 309-319, 2013. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8634606>. Acesso em: 15 fev. 2021.

SILVA, G. A. P.; COSTA, K. A. O.; GIUGLIANI, E. R. J. Infant feeding: beyond the nutritional aspects. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 92, n. 3, supl. 1, p. 2-7, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572016000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 fev. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Grupo de trabalho saúde na era digital (2019 – 2021). **Manual de orientação: menos telas, mais saúde**. Rio de Janeiro: SBP, 2021. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22246c-ManOrient_-_MenosTelas__MaisSaude.pdf. Acesso em: 15 fev. 2021.

VALLE, J. M. N.; EUCLYDES, M. P. A formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos. **Revista APS**, v. 10, n. 1, p. 56-65, jan./jun. 2007. Disponível em: <https://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Hinfancia.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2022.

VIANA, V.; SINDE, S.; SAXTON, J. C. Children's Eating Behaviour Questionnaire: associations with BMI in Portuguese children. **British Journal of Nutrition**, v. 100, p. 445-450, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18275626/>. Acesso em: 16 jun. 2022.

VIANA, V. *et al.* Comportamento Alimentar em crianças e controlo parental: Uma revisão da bibliografia. **Alimentação Humana**, v. 15, n. 1, p. 9-16, 2009.

VITOLLO, M. R. **Nutrição**: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio, 2014.

VOLLMER, R.; BAIETTO, J. Practices and preferences: Exploring the relationships between food-related parenting practices and child food preferences for high fat and/or sugar foods, fruits, and vegetables. **Appetite**, v. 113, p. 134-140, 2017.

Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666316304986>. Acesso em: 15 jun. 2022.

WILLHELM, F. F.; RUIZ, E.; OLIVEIRA, A. B. A. Cantina Escolar: Qualidade Nutricional e Adequação à Legislação Vigente. **Clinical & Biomedical Research**, [S.l.], v. 30, n. 3, out. 2010. Disponível em:

<https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/15375>. Acesso em: 20 fev. 2021.

ANEXO A – PARECER DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMPORTAMENTO ALIMENTAR INFANTIL EM PRÉ-ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE BAURU E REGIÃO

Pesquisador: MARIA ANGELICA MARTINS LOURENCO REZENDE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44721021.7.0000.5502

Instituição Proponente: Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.623.161

Apresentação do Projeto:

O presente estudo transversal será desenvolvido por alunos da Iniciação Científica por meio da aplicação de questionário on-line via Google Forms onde os pais/responsáveis irão responder perguntas sobre o comportamento alimentar de crianças (n=50) de ambos os sexos com idade entre 2 e < 7 anos residentes no município de Bauru e região, visando um melhor entendimento dos fatores que afetam o comportamento alimentar das crianças em idade pré-escolar.

Objetivo da Pesquisa:

"Avaliar a influência de diversos fatores no comportamento alimentar infantil na fase pré-escolar."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os pesquisadores "Os riscos que o projeto poderá oferecer serão mínimos, tendo em vista o constrangimento e/ou lembranças de experiências que a entrevista pode ou não causar". Os benefícios correspondem ao "Melhor entendimento dos fatores que afetam o comportamento alimentar das crianças em idade pré-escolar."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta fundamentação teórica relevante para embasar o estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há.

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Bairro: Rua Imã Arinda Nº 10-50

CEP: 17.011-160

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (14)2107-7290

E-mail: cep@unisagrado.edu.br



Continuação do Parecer: 4.623.161

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendência ou inadequações éticas, podendo ser aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Não há pendência ou inadequações éticas, podendo ser aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1717333.pdf	30/03/2021 16:23:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTO1.docx	30/03/2021 16:22:37	MARIA ANGELICA MARTINS LOURENCO REZENDE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOFINAL1.docx	30/03/2021 16:22:05	MARIA ANGELICA MARTINS LOURENCO REZENDE	Aceito
Folha de Rosto	Scan_20210317_171444.pdf	18/03/2021 09:28:11	MARIA ANGELICA MARTINS LOURENCO REZENDE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 31 de Março de 2021

Assinado por:
Sara Nader Marta
(Coordenador(a))

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Olá, você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, você irá acessar um formulário do Google Forms onde haverá toda a explicação necessária de forma rápida e objetiva. Você, participante, concordará com os termos no formulário e preencherá um questionário com perguntas relacionadas ao comportamento alimentar do seu (sua) filho (a).

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: “COMPORTAMENTO ALIMENTAR INFANTIL EM PRÉ-ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE BAURU E REGIÃO”

Pesquisadoras Responsáveis:

Acadêmica de Nutrição: Ana Beatriz Lima da Silva

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Angélica Martins Lourenço Rezende

Telefone para contato: em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato pelo telefone: (inclusive ligação a cobrar)

Prof^a. Dra. Maria Angélica Martins Lourenço (14) 99789-4306

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa do Unisagrado: (14) 2107-7340 (Horário de funcionamento: 2^a a 6^a feira das 8h às 17h);

E-mail: cep@unisagrado.edu.br Endereço: R. Irmã Arminda, 10-50

Jardim Brasil, Bauru - SP, Cep: 17011-160

Descrição da pesquisa:

O objetivo do estudo é analisar os fatores que afetam o comportamento alimentar de crianças com idade pré-escolar. A sua participação no estudo é livre e você tem o direito de se retirar da mesma quando sentir necessário. A aplicação dos questionários será feita por você mesmo e caso tenha alguma dúvida os pesquisadores estarão à disposição para te ajudar.

Os riscos que o projeto poderá oferecer serão mínimos, tendo em vista o constrangimento e/ou lembranças de experiências que a entrevista pode ou não causar.

Você não receberá gratificação financeira ou algum tipo de remuneração por participar deste estudo e poderá retirar o seu consentimento de participação a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos. Todas as informações obtidas serão confidenciais e mantidas em sigilo. Os dados da pesquisa serão posteriormente apresentados e publicados em eventos científicos e literatura científica, na área da saúde, além de serem divulgados na universidade. A sua participação contribuirá para o melhor entendimento dos fatores que afetam o comportamento alimentar das crianças em idade pré-escolar.

Caso aceite participar da pesquisa, preencha os dados a seguir:

Eu, _____

CPF n° _____ estou ciente dos objetivos e metodologia e concordo em participar da pesquisa. Autorizo os autores do estudo a utilizar as informações decorrentes de questionários por mim respondidos e avaliações realizadas para elaborar relatórios e artigos para divulgação em encontros e publicações acadêmico-científicas. Estou ciente dos procedimentos e concordo em submeter aos seguintes procedimentos: Aplicação de questionários via Google Forms. Também estou ciente do sigilo das informações que prestarei e do direito de me retirar da pesquisa a qualquer momento que desejar.

Bauru, _____ de _____ de _____

Colocando-nos à sua disposição para quaisquer esclarecimentos, agradecemos a sua colaboração.

Atenciosamente,

Aluna: Ana Beatriz Lima da Silva

Profa. Dra. Maria Angélica Martins Lourenço Rezende

ANEXO C - QUESTIONÁRIO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE CRIANÇAS (CEBQ)

Este questionário deve ser respondido apenas pelos pais/responsáveis e incide sobre o comportamento alimentar do seu filho(a).

Responda por favor tendo em conta aquilo que o seu filho(a) faz habitualmente com respeito à sua alimentação. As respostas, quaisquer que sejam, são sempre adequadas uma vez que traduzem um modo pessoal de agir.

Assinale as alternativas respectivas, tendo em conta o caso particular do seu filho(a).

Criança

Nome:

Sexo:

Data de nascimento:

Data de hoje:

Escolaridade:

Peso:

Altura:

IMC:

Responsável

Data de nascimento:

Escolaridade:

Profissão:

Peso:

Altura:

IMC:

1. O meu filho(a) adora comida.

a) Nunca.

b) Raramente.

c) Por vezes.

d) Muitas vezes.

e) Sempre.

2. O meu filho(a) come mais quando anda preocupado(a).

a) Nunca.

b) Raramente.

c) Por vezes.

d) Muitas vezes.

e) Sempre.

3. O meu filho(a) tem um grande apetite.

a) Nunca.

b) Raramente.

c) Por vezes.

d) Muitas vezes.

e) Sempre.

4. O meu filho(a) termina as refeições muito rapidamente.

a) Nunca.

b) Raramente.

c) Por vezes.

d) Muitas vezes.

e) Sempre.

5. O meu filho(a) interessa-se por comida.

a) Nunca.

b) Raramente.

c) Por vezes.

d) Muitas vezes.

e) Sempre.

6. O meu filho(a) anda sempre a pedir de beber (refrigerantes ou sumos).

a) Nunca.

b) Raramente.

c) Por vezes.

- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

7. Perante novos alimentos o meu filho(a) começa por recusá-los.

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

8. O meu filho(a) come vagarosamente.

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

9. O meu filho(a) come menos quando está zangado(a).

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

10. O meu filho(a) gosta de experimentar novos alimentos.

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

11. O meu filho(a) come menos quando está cansado(a).

- a) Nunca.
- b) Raramente.

- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

12. O meu filho(a) está sempre a pedir comida.

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

13. O meu filho(a) come mais quando está aborrecido(a).

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

14. Se o deixassem o meu filho(a) comeria demais.

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

15. O meu filho(a) come mais quando está ansioso(a).

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

16. O meu filho(a) gosta de uma grande variedade de alimentos.

- a) Nunca.

- b) Raramente.
- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

17. O meu filho(a) deixa comida no prato no fim das refeições.

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

18. O meu filho(a) gasta mais que 30 minutos para terminar uma refeição.

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

19. Se tivesse oportunidade o meu filho(a) passaria a maior parte do tempo a comer.

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

20. O meu filho(a) está sempre à espera da hora das refeições.

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

21. O meu filho(a) fica cheio(a) antes de terminar a refeição.

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

22. O meu filho(a) adora comer.

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

23. O meu filho(a) come mais quando está feliz.

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

24. O meu filho(a) é difícil de contentar com as refeições.

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

25. O meu filho(a) come menos quando anda transtornado(a).

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

26. O meu filho(a) fica cheio muito facilmente.

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

27. O meu filho(a) come mais quando não tem nada para fazer.

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

28. Mesmo se já está cheio o meu filho(a) arranja espaço para comer um alimento preferido.

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

29. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) passaria o dia a beber continuamente (refrigerantes ou sumos).

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

30. O meu filho(a) é incapaz de comer a refeição se antes tiver comido alguma coisa.

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Por vezes.

- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

31. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) estaria sempre a tomar uma bebida (refrigerantes ou sumos).

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

32. O meu filho(a) interessa-se por experimentar alimentos que nunca provou antes.

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

33. O meu filho(a) decide que não gosta de um alimento mesmo que nunca o tenha provado.

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

34. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) estaria sempre com comida na boca.

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

35. O meu filho(a) come cada vez mais devagar ao longo da refeição.

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Por vezes.
- d) Muitas vezes.
- e) Sempre.

Por favor, verifique se respondeu todas as questões.

Agora para conhecermos um pouco mais do histórico alimentar do seu (sua) filho (a), responda as seguintes perguntas:

1. A criança nasceu no tempo adequado (à termo), antes do tempo adequado (pré-termo) ou depois do tempo adequado (pós-termo)?
 - a) pré-termo – antes de 37 semanas.
 - b) à termo – entre 37 e 42 semanas.
 - c) pós-termo – depois de 42 semanas.

2. Durante os primeiros 6 meses de vida da criança, qual o tipo de aleitamento ao qual a criança foi submetida?
 - a) Aleitamento materno exclusivo (somente leite materno).
 - b) Aleitamento materno predominante (além do leite materno, água ou bebidas à base de água, sucos de frutas e fluidos rituais).
 - c) Aleitamento materno complementado (além do leite materno, alimentos sólidos ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo).
 - d) Aleitamento materno misto (leite materno e outros tipos de leite).
 - e) Não recebeu leite materno, mas sim fórmulas infantis.

3. Como foi realizada a introdução alimentar da criança?
 - a) através de papinhas feitas especificamente para a criança constituídas de um único alimento por vez, feitas no liquidificador ou peneiradas, apresentando cor única.
 - b) através de papinhas feitas especificamente para a criança constituídas por vários alimentos, feitas no liquidificador ou peneiradas, apresentando cor única.

c) através de papinhas feitas especificamente para a criança constituídas por vários alimentos, amassados com o garfo separadamente, apresentando cores diversificadas.

d) através de papinhas feitas a partir da comida familiar, sendo constituídas por vários alimentos, amassados com o garfo separadamente, apresentando cores diversificadas.

d) através do alimento sólido proveniente da comida familiar, sendo eles levemente cozidos ou cortados de uma maneira específica.

4. Durante os momentos de alimentação complementar, como foi a interação do responsável com a criança?

a) foi caracterizada pela atenção, sensibilidade e envolvimento

b) foi caracterizada por pouca interação, de modo que os responsáveis davam o alimento de forma passiva para a criança

c) foi caracterizada por pouca interação, em que no momento da refeição a criança foi exposta a telas de computador, televisão ou celular

5. Atualmente, há alimentos que são ofertados ou excluídos da alimentação da criança como forma de recompensa ou punição?

a) Sim.

b) Não.

6. Atualmente, a família possui condições financeiras e conhecimento suficiente para adquirir alimentos em boa quantidade e qualidade?

a) Sim.

b) Não.

7. Atualmente, as refeições são realizadas em família?

a) Sim.

b) Não.

8. Atualmente, há, na residência, um local confortável e sem distrações que possa promover um contexto alimentar favorável?

a) Sim.

b) Não.

9. Atualmente, qual é o período de estudo da criança?

a) matutino.

b) vespertino.

c) integral.

d) não está indo para a escola devido a pandemia.

10. Qual é o tipo de instituição de ensino que a criança frequenta?

a) pública.

b) privada.

11. Se a criança frequenta escola pública, ela consome a merenda escolar?

a) Sim.

b) Não.

12. A criança costuma comprar produtos na cantina?

a) Sim. Quais? _____

b) Não.

13. Quantas horas a criança despense diariamente utilizando tecnologias (celulares, notebooks, computadores, videogames, televisores)?

a) menos de 1 horas.

b) 1 horas.

c) mais de 1 horas.

14. A utilização de tecnologias pela criança é realizada sob a supervisão de um responsável?

a) Sim.

b) Não.

15. Atualmente, a criança realiza as refeições em frente à tela?

a) Sim.

b) Não.