

**A INFLUÊNCIA PARENTAL NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE CRIANÇAS
DOS TRÊS AOS SEIS ANOS DE IDADE EM PERNAMBUCO**

Gracielly Luanny Queiroz de Arruda¹, Raquel Araújo de Santana²
Marcele Mariah Torres dos Santos³, Maria Victória Santana da Costa³
Manuela Cristina dos Santos Cruz Pereira⁴, Cátia Sofia Botelho da Silva⁵
Carmem Lygia Burgos Ambrósio⁶

RESUMO

O comportamento alimentar das crianças é moldado principalmente pela família, que desempenha um papel primário fundamental na formação dos hábitos alimentares desses indivíduos. Este estudo objetivou avaliar os hábitos alimentares, o comportamento neofóbico em relação aos alimentos e o comportamento dos pais durante as refeições de crianças entre três e seis anos em Pernambuco. Foi conduzida uma pesquisa transversal com pais de crianças pré-escolares de todas as microrregiões de saúde de Pernambuco. Foram aplicados o Questionário sobre Hábitos Alimentares Infantis, a Escala de Neofobia Alimentar em Crianças e a Escala de Comportamento dos Pais Durante as Refeições (PMAS), além de questionários sociodemográficos relacionados à pandemia de COVID-19. A amostra incluiu 246 participantes, sendo a maioria mulheres (88,62%) com média de 35 anos. Sobre a pandemia, 71,1% dos participantes relataram alteração na rotina de trabalho. Quanto às crianças, a média de idade foi de 4,56 anos, com peso médio de 22,46 kg e altura média de 1,22 m, onde 34,2% possuem peso elevado para a idade e 8,53% magreza acentuada. A análise dos hábitos alimentares revelou que a maioria das crianças consome 2-3 variedades de cada grupo alimentar, com um escore total de 103,1, indicando hábitos moderadamente saudáveis. Quanto à neofobia alimentar, as crianças pontuaram 31,02, correspondendo a um nível de neofobia moderado. Os resultados evidenciaram níveis moderados de neofobia e hábitos alimentares infantis mais saudáveis do que não saudáveis, havendo associação ao comportamento dos pais durante as refeições.

Palavras-chave: Comportamento alimentar. Criança. Família. Hábitos.

ABSTRACT

Parental influence on the eating behavior of children from three to six years of age in Pernambuco

The formation of children's eating behaviors is primarily influenced by familial dynamics, which serve as a foundational and primary determinant of these individuals' dietary habits. The objective of this study was to evaluate the eating habits, neophobic behavior towards food, and parental behavior during meals of children between the ages of three and six years old in the state of Pernambuco. A cross-sectional survey was conducted with parents of preschool children from all health micro-regions of Pernambuco. The Questionnaire on Children's Eating Habits, the Food Neophobia Scale in Children, and the Parental Behavior Scale during Meals (PMAS) were administered, in addition to sociodemographic questionnaires pertaining to the ongoing pandemic. The sample consisted of 246 participants, the majority of whom were women (88.62%) with an average age of 35 years. Regarding the pandemic, 71.1% of participants indicated that their work routines had undergone modifications. Concerning the children, the mean age was 4.56 years, with a mean weight of 22.46 kg and a mean height of 1.22 m. Of these children, 34.2% were overweight for their age, and 8.53% were extremely thin. The analysis of eating habits revealed that the majority of children consumed two to three varieties of each food group, with a total score of 103.1, indicating moderately healthy habits. About food neophobia, the children scored 31.02, corresponding to a moderate level of neophobia. The results demonstrated moderate levels of neophobia and healthier-than-unhealthy children's eating habits, with an association with parental behavior during meals.

Key words: Feeding behavior. Child. Family. Habits.

1 - Nutricionista, Universidade Federal de Pernambuco-UFPE, Recife, Pernambuco, Brasil.

INTRODUÇÃO

A alta prevalência de obesidade e outras doenças crônicas na sociedade contemporânea vêm chamando cada vez mais atenção.

Observa-se um aumento na incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) entre crianças e adolescentes em todo o mundo. Estima-se que mais de 2,1 bilhões de crianças e adolescentes com menos de 20 anos sejam afetados por DCNT globalmente. (Obita, Alkhatib, 2022).

A estimativa futura de crescimento de casos aumenta a urgência na busca de entendimento e soluções.

Acredita-se que o comportamento alimentar infantil é multideterminado. Elementos inatos, contexto familiar e escolar questões socioeconômicas e culturais podem-se relacionar com o comportamento alimentar da criança (Freitas, Coelho, Romano, 2020).

Após os três anos de idade, essas preferências são influenciadas diretamente pelo modelo parental (Hughes, Power, 2021).

O consumo de uma dieta adequada durante a infância é determinante para um crescimento e desenvolvimento saudáveis (Nguyen e colaboradores, 2020), e a alimentação, além de ser uma necessidade fisiológica, é um ato social onde cada indivíduo estabelece uma relação própria com os alimentos (Minuzi, Pommer, 2019).

À medida que a criança transita para a dieta alimentar adulta, surgem as neofobias alimentares, definidas como a falta de vontade em experimentar alimentos novos.

Dependendo da neofobia, o medo de experimentar novos sabores pode tornar a alimentação restritiva e aumentar a possibilidade de déficit nutricional (Torres e colaboradores, 2021).

As interações entre pais e filhos em contextos alimentares são essenciais na construção dos padrões alimentares infantis. Estratégias como pressão para comer, restrição de acesso a alimentos e uso de

comida como recompensa podem piorar as neofobias (Hughes, Power, 2021).

A autoeficácia parental no âmbito da alimentação influencia tanto a aquisição de novos comportamentos alimentares quanto a inibição de comportamentos existentes (Salomoni e colaboradores, 2016).

Esta autoeficácia está associada ao controle do ambiente alimentar e ao estado cognitivo e afetivo das crianças (Cotrim, Costa Neto, 2021).

Dessa forma, o objetivo deste artigo é analisar a influência dos pais ou cuidadores no comportamento alimentar de crianças em idade pré-escolar, investigando a relação entre o comportamento alimentar dos pais e a alimentação das crianças, a fim de fornecer subsídios para a promoção de hábitos alimentares saudáveis desde a infância.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tipo do estudo

O presente estudo segue uma metodologia qualiquantitativa, desenhada sob investigação transversal, de característica descritiva e analítica, aplicado a pais ou responsáveis de crianças dos três aos seis anos de idade no estado de Pernambuco através de questionário online.

Amostra

A amostra do estudo foi calculada levando em consideração a população total de nascidos vivos no período de 2015 a 2018 no estado de Pernambuco, subtraída do número de crianças que morreram no mesmo período, como pode ser visualizado na tabela abaixo.

O universo foi de 549.093 crianças de 3 a 6 anos, erro de 5% e 95% de intervalo de confiança, sendo a amostra final de 246 crianças, as quais foram representadas por seus pais ou responsáveis para coleta das respostas.

Tabela 1 - Dados para cálculo da amostra.

Faixas etárias	Nascidos Vivos (NC)/ residência	Mortalidade Infantil (MI)/ residência	Resultado (NCMI)
2015 (6 anos)	145.024	162	144.862
2016 (5 anos)	130.733	168	130.565
2017 (4 anos)	135.932	290	135.642
2018 (3 anos)	138.317	293	138.024
Total	550.000	913	549.093

Fonte: ministério da saúde, 2015, 2016, 2017 e 2018.

Para a aleatorização da amostra considerou-se as Regiões de Saúde do Estado de Pernambuco para a amostragem aleatória estratificada, para garantir uma representação proporcional da população em análise.

Dessa forma, foram realizados os seguintes passos:

1- Primeiro identificou-se os estratos, que neste estudo foram as 12 microrregiões de saúde do estado de Pernambuco;

2 - Calculou-se o peso relativo (%) dessas microrregiões, com base no número de municípios de cada microrregião de saúde;

3 - A partir do número de participantes de cada estrato (microrregiões de saúde) foi realizado um procedimento de amostragem aleatória simples para escolher (na mesma proporção em que estão representados na população) os sujeitos de cada estrato que irão integrar a amostra, podendo-se conferir na tabela abaixo (Tabela 2).

Tabela 2 - Dados para a aleatorização da amostra.

Microrregiões de Saúde	Nº Municípios	Peso relativo dos municípios (%)	Nº de Pessoas por município (considerando 246 pessoas)	Arredonda- mento
Região de Saúde I/Gere I	20	10,8	26,5	27
Região de Saúde III/Gere III	22	12	29,52	30
Região de Saúde IV/Gere IV	32	17,36	42,75	43
Região de Saúde V/Gere V	21	11,35	28	28
Região de Saúde VI/Gere VI	13	7,02	17,3	17
Região de Saúde VII/Gere 7 VII		3,78	9,3	9
Região de Saúde VIII/Gere 7 VIII		3,78	9,3	9
Região de Saúde IX/Gere IX	11	5,91	14,53	15
Região de Saúde X/Gere X	12	6,4	15,74	16
Região de Saúde XI/Gere XI	10	5,4	13,28	13
Região de Saúde XII/Gere 10 XII		5,4	13,28	13
Total: 12	185 municípios	100%	100%	247

Como maneira de alcançar a amostra definida, foi realizada ampla divulgação através da internet. Pais e filhos com idade entre os três e seis anos participaram do estudo respondendo aos questionários on-line na plataforma Google Forms referentes à percepção de hábitos e rejeições alimentares e suas correlações com a situação econômica em que estão inseridos. A amostra foi coletada durante a pandemia de COVID-19, no período de 2020 a 2021.

Na pesquisa, o critério de inclusão foi a idade dos participantes, uma vez que deve estar compreendida entre os três e seis anos. Foram excluídos os participantes com idade inferior ou superior ao determinado, além dos casos em que as crianças apresentassem alguma restrição alimentar ou que os questionários fossem respondidos incompletamente.

Procedimentos e Técnicas

Os instrumentos utilizados para esse estudo foram selecionados levando em consideração os objetivos e a população a ser estudada. Os questionários foram adaptados e disponibilizados on-line na plataforma Google Forms.

Aspectos socioeconômicos e demográficos

A análise dos fatores socioeconômicos e demográficos foi realizada por meio de um questionário padronizado para esse estudo.

Foram coletados dados como sexo, idade, ocupação profissional, cidade de residência, número de residentes na moradia, número de filhos, idade dos filhos e acerca de mudanças em tempos de pandemia, de forma a entender melhor o modo de vida atual e relacionar isso aos demais dados obtidos.

Aspectos nutricionais e comportamentais

A avaliação antropométrica para avaliar o estado nutricional dos participantes foi realizada de maneira autorreferida para comparar os resultados aos obtidos através dos questionários.

Foi utilizado o Índice de Massa Corporal (IMC), para o qual se necessitou informações acerca do peso e altura dos pais e dos filhos. Também foi perguntado sobre a prática de exercício físico.

O Questionário sobre Hábitos Alimentares Infantis, baseado no modelo desenvolvido por Andrade e Barros (2008), foi respondido pelos pais para avaliar o comportamento alimentar da criança em idade pré-escolar.

O questionário consiste em três grupos de questões, onde um avalia o número de refeições diárias, outro a frequência de ingestão de comidas específicas e o último a variedade da alimentação, sendo respondidos através de escalas de 3 ou 4 pontos.

A cotação pode variar entre 0 e 70, de forma que os valores mais elevados correspondem a hábitos alimentares mais saudáveis (>50%).

Foi aplicada também uma adaptação da Escala de Neofobia Alimentar em Crianças, desenvolvida por Pliner, Hobden (1994), consistindo na avaliação da vontade ou rejeição de comer novos alimentos, cabendo aos pais responderem os traços de neofobia de seus filhos e a predisposição das crianças em experimentar algo novo.

É respondido através de uma escala de 5 pontos, que vai de “Concordo completamente” até “Discordo completamente”. A partir disso, o resultado, que varia entre 10 e 50 pontos, representa o nível de neofobia da criança.

Por último, foi utilizada a Escala de Comportamento dos Pais Durante as Refeições (PMAS), sendo constituída por 31 questões divididas em nove grupos: Disponibilidade diária de frutas e hortaliças, modelo de consumo de guloseimas, uso de recompensa, muitas opções alimentares, redução de gordura, refeições especiais, limites para guloseimas, persuasão positiva e insistência para comer.

O questionário é respondido através de uma escala de 3 pontos, tendo como opções: “Nunca”, “Às vezes” e “Sempre”. Quanto maior o escore obtido, que varia entre 1 e 3, mais frequente é o comportamento dos pais.

Análise dos Dados

Os dados foram tabulados e analisados no programa Microsoft Excel. As variáveis que apresentarem distribuição normal foram apresentadas na forma de média e seu respectivo desvio-padrão. Também foram calculadas as frequências absolutas e relativas.

Considerações Éticas

O presente estudo seguiu as normas e vigências estabelecidas pelo Conselho de Saúde na Resolução 466/2012 que trata sobre pesquisas com seres humanos no Brasil. Os indivíduos participantes foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos e métodos aqui empregados, e, mediante todas as dúvidas sanadas, os participantes concederam o consentimento de participação da pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco, sob número do CAAE 44672721.5.0000.5208.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 246 indivíduos, dos quais 88,62% (n = 218) foram do sexo feminino e 11,38% (n = 28) do sexo masculino, com idade média de 35,14 anos e desvio padrão ($\pm$) de 10,19.

A Tabela 4 corresponde ao número de participantes e suas localidades separadas por microrregião de saúde do estado de Pernambuco. A frequência relativa foi mantida em relação ao cálculo de amostra inicial.

Relativo às questões sobre trabalho atrelado à situação da pandemia de COVID-19, na Tabela 3 apresentam-se os dados acerca da profissão dos participantes.

Tabela 3 - Situação Profissional dos Participantes.

Profissão	f(a)	f(r)
Trabalho integral com contrato	70	28,5
Trabalho meio período com contrato	17	6,9
Autônomo/a	80	32,5
Licença maternidade/paternidade	4	1,6
Licença médica (longa duração)	0	0
Desempregado/a	55	22,4
Estudante	4	1,6
Outro	16	6,5
Total	246	100%

F(a) = Frequência Absoluta; f(r) = Frequência Relativa.

Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Desses, 71,1% (n=175) alegaram ter sua rotina de trabalho alterada, enquanto 28,9% (n=71) permaneceram com a rotina inalterada durante a pandemia.

Quanto aos motivos da alteração, 45,1% (n=32) declararam aumento de carga horária; 2,8% (n=2) diminuição de carga horária; 21,1% (n=15) diminuição de renda; 11,3% (n=8) foram demitidos e 19,7% (n=14) tiveram suas atribuições divididas entre trabalho presencial e remoto. Observou-se que 35,4% (n=87) dos participantes encontram-se

em home office, enquanto 64,6% (n=159) continuam trabalhando presencialmente.

Com relação ao número de moradores na residência durante a pandemia, 4,9% (n=12) afirmaram aumento, 1,6% (n=4) diminuição e 93,5% (n=230) que não houve alteração.

Das crianças em idade escolar, constatou-se que 78,1% (n=192) continuaram matriculadas na escola durante a pandemia, em oposição a 21,9% (n=54) que até a finalização da coleta de dados não apresentavam vínculo com nenhuma instituição de ensino.

Da amostra recolhida, 45,9% (n=113) das crianças de 3 a 6 anos são do sexo feminino e 54,1% (n=133) do sexo masculino.

A idade média constatada foi de 4,56 ($\pm 1,25$). A frequência de idades foi de 30,5% (n=75) para 3 anos, 19,1% (n=47) para 4, 14,2% (n=35) para 5 e 36,2% (n=89) para 6.

Dados antropométricos

Com a análise antropométrica, verificou-se que o peso médio dos pais/responsáveis foi de 70,79 kg ($\pm 13,66$), a altura média de 1,62 m ($\pm 0,07$) e o IMC médio de 26,9 kg/m² ($\pm 5,21$).

Na Tabela 5 é possível visualizar a f(a) e a f(r) da classificação nutricional dos adultos.

Região de Saúde I	F.A.	F.R.%	Região de Saúde IV	F.A.	F.R.%	Região de Saúde VII	F.A.	F.R.%	Região de Saúde X	F.A.	F.R.%
Camaragibe	1	0,4%	Belo Jardim	7	2,9%	Salgueiro	9	3,6%	Afogados da Ingazeira	6	2,4%
Chã Grande	1	0,4%	Bezerros	5	3,7%				Itapetim	3	1,2%
Glória do Goitá	1	0,4%	Caruaru	9	2,4%				São José do Egito	7	2,9%
Jaboatão dos Guararapes	1	0,4%	Gravatá	10	2,4%						
Olinda	1	0,4%	Pesqueira	6							
Paulista	1	0,4%	Toritama	6							
Recife	19	7,7%									
São Lourenço da Mata	1	0,4%			17,48%						
Vitória de Santo Antão	1	0,4%									
Total	27	10,98%	Total	43		Total	9	3,66%	Total	16	6,50%
Região de Saúde II	F.A.	F.R.%	Região de Saúde V	F.A.	F.R.%	Região de Saúde VIII	F.A.	F.R.%	Região de Saúde XI	F.A.	F.R.%
Bom Jardim	2	0,8%	Águas Bela	2	0,8%	Petrolina	9	3,6%	Floresta	6	2,4%
Carpina	1	0,4%	Bom Conselho	3	1,2%				Serra Talhada	2	0,8%
Limoeiro	17	6,9%	Caetés	4	1,6%				Triunfo	5	2%
Nazaré da Mata	7	2,8%	Canhotinho	2	0,8%						
			Garanhuns	9	3,7%						
			Lajedo	6	2,4%						
			Terezinha	2	0,8%						
Total	27	10,98%	Total	28	11,38%	Total	9	3,66%	Total	13	5,28%
Região de Saúde III	F.A.	F.R.%	Região de Saúde VI	F.A.	F.R.%	Região de Saúde IX	F.A.	F.R.%	Região de Saúde XII	F.A.	F.R.%
Gameleira	15	6,1%	Arcoverde	11	4,5%	Santa Cruz	8	3,2%	Aliança	1	0,4%
Palmares	9	3,7%	Custódia	2	0,8%	Trindade	6	2,4%	Goiana	8	3,2%
Rio Formoso	1	0,4%	Petrolândia	2	0,8%				Timbaúba	4	1,6%
São José da Coroa Grande	2	0,8%	Sertânia	2	0,8%						
Sirinhaém	3	1,2%									
Total	30	12,20%	Total	17	6,91%	Total	14	5,69%	Total	13	5,28%

Figura 1 - Participantes por Microrregião de Saúde de Pernambuco. f(a) = Frequência Absoluta; f(r) = Frequência Relativa. Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

Tabela 4 - Classificação Nutricional dos Pais/Responsáveis.

	f(a)	f(r)
18-59 anos		
Desnutrição	4	1,6%
Eutrofia	90	36,6%
Sobrepeso	83	33,7%
Obesidade Grau I	40	16,3%
Obesidade Grau II	18	7,3%
Obesidade Grau III	4	1,6%
≥60 anos		
Baixo Peso	2	0,8%
Eutrofia	0	0%
Sobrepeso	5	2,1%
Total	246	100%

Fonte: A Autora, 2021.

Em relação às crianças, o peso médio foi de 22,46 ($\pm 8,52$) e a altura média de 1,22 ($\pm 0,13$).

Com a avaliação de Estatura/Idade, Peso/Idade e IMC/Idade através das Curvas de Crescimento da OMS (WHO Child Growth Standards, 2006), foi possível verificar que 53,5% (n=131) têm estatura adequada para a idade, 62,2% (n=153) peso adequado para a

idade e 36,2% (n=89) IMC adequado para a idade.

Destaca-se que 34,2% (n=84) possuem peso elevado para a idade e 8,53% (n = 21) magreza acentuada de acordo com o índice IMC/Idade.

Na Tabela 5 é apresentada a frequência relativa (%) dos dados antropométricos das crianças.

Tabela 5 - Classificação Antropométrica dos Filhos de acordo com as Curvas de Crescimento - OMS.

Estatura	f(a)	f(r)
Altura Elevada p/ Idade	88	35,7%
Adequada p/ Idade	131	53,2%
Altura Baixa p/ Idade	13	5,3%
Altura Muito Baixa p/ Idade	14	5,8%
Total	246	100%
Peso/Idade	f(a)	(F.R.%)
Peso Elevado p/ Idade	84	34,2%
Peso Adequado p/ Idade	153	62,2%
Peso Baixo p/ Idade	4	1,6%
Peso Muito Baixo p/ Idade	5	2%
Total	246	100%
IMC/Idade	f(a)	(F.R.%)
Obesidade	53	21,6%
Sobrepeso	28	11,4%
Risco de Sobrepeso	37	15%
IMC Adequado	89	36,2%
Magreza	18	7,3%
Magreza Acentuada	21	8,5%
Total	246	100%

Fonte: A Autora, 2021

Dos 246 participantes da pesquisa, 35% (n=86) dos pais praticam atividade física, enquanto 65% (n=160) não são praticantes. Comparando aos filhos, 34,1% (n=84) praticam exercício, ao passo em que 65,9% (n=162) não.

Hábitos alimentares infantis

Na análise dos hábitos alimentares infantis, constatou-se que as refeições principais, café-da-manhã, almoço e jantar, são realizadas por 82,1% (n=202), 95,9% (n=236) e 97,6% (n=240) respectivamente pelas crianças todos os dias dos finais de semana. Já nos dias da semana, são realizados por 82,1% (n=202), 91% (n=224) e 95,9% (n=236) respectivamente.

No tocante a frequência de consumo dos alimentos, destaca-se o consumo diário de

frutas por 44,7% (n=110), verduras por 36,6% (n=90), leguminosas por 47,6% (n=117), carnes vermelhas por 8,5% (n=21) e carnes brancas por 19,5% (n=48).

Segundo os pais, há pouco consumo semanal por parte dos filhos de refrigerantes, fast food e doces, correspondendo aos valores 54,9% (n=135), 64,6% (n=159) e 44,7% (n=110), respectivamente.

A maioria dos participantes demonstrou que os filhos fazem consumo de 2 a 3 variedades de cada grupo alimentício, com exceção do item "peixe", ao qual 45,9% (n = 113) afirmou que os filhos consomem apenas uma variedade.

As medidas descritivas (frequência, média e desvio padrão) do QHAI estão expressas na Tabela 6.

A pontuação total do questionário de 103,1 corresponde a 80,8% da cotação total máxima (soma das médias).

Questionados sobre a alimentação dos filhos durante a pandemia de COVID-19, 82,9% (n=204) dos pais afirmaram que o número de refeições aumentou e 17,1% (n=42) que diminuiu.

Sobre o comportamento alimentar, 22,3% (n=55) declararam que mudou para

melhor, 16,3% (n=40) para pior e 61,4% que continuou igual.

Dos 246 responsáveis, 40,7% (n=100) alegaram o aumento do consumo de alimentos industrializados pelas crianças e 30,1% (n=74) passaram a pedir delivery de alimentos com maior frequência.

Tabela 6 - Medidas Descritivas do QHAI.

Refeições durante o final de semana	Frequência %			Média	D.P.
	Nunca	Às vezes	Todos os dias		
Come o café-da-manhã	4,1	13,8	82,1	8,99	0,14
Come o lanche da manhã	4,1	25,2	70,7		
Almoça	0,8	3,3	95,9		
Come o lanche da tarde	0,8	17,1	82,1		
Janta	0,8	1,6	97,6		

Refeições durante a semana	Frequência %			Média	DP
	Nunca	1-2x na semana	3-4x na semana	Todos os dias	
Come o café-da-manhã	3,3	8,9	5,7	82,1	13,43
Come o lanche da manhã	3,3	13,8	13,8	69,1	0,18
Almoça	0	1,6	7,3	91,1	
Come o lanche da tarde	0	6,5	16,3	77,2	
Janta	0	0,8	3,3	95,9	

Frequência de consumo dos alimentos	Frequência %			Média	DP
	Nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Todos os dias	
Água	0	3,3	20,3	76,4	66,30
Refrigerantes	27,2	54,9	13,8	4,1	8,32
Sucos Naturais	3,6	28,9	36,6	30,9	
Café	65	22,8	4,9	7,3	
Chá	74,4	15	4,1	6,5	
Carnes Vermelhas	8,9	50,4	32,1	8,6	
Carnes Brancas	6,1	27,6	46,8	19,5	
Peixe	19,5	56,5	19,5	4,5	
Ovos	8,9	22,8	35,4	32,9	
Frutas	8,1	15,5	31,7	44,7	
Verduras	19,5	24,4	19,5	36,6	
Leguminosas	7,7	17,1	27,6	47,6	
Cereais	3,2	15,9	29,3	51,6	
Leite	4,5	19,5	23,6	52,4	
Queijo	11,4	43,9	23,6	21,1	
logurtes	8,1	32,5	29,7	29,7	
Doces ou guloseimas	6,5	44,7	28,5	20,3	
Fast-food	16,3	64,6	12,6	6,5	
Sopa	13,8	47,2	32,5	6,5	
Alimentos com açúcar/sal adicionados à mesa	28,5	35	21,5	15	

Variedades de consumo dos alimentos	Frequência					Média	DP
	0	1	2-3	4-5	>5		
Verduras	17,9	14,6	33,7	17,5	16,3	14,39	0,41
Leguminosas	12,6	25,2	41	10,6	10,6		
Frutas	5,7	12,2	36,6	18,3	27,2		
Carne	3,3	22,8	59,8	10,9	3,2		
Peixe	19,1	45,9	26,8	6,1	2,1		
Laticínios	14,6	26,8	50,4	8,5	4,5		
Cereais e alimentos à base de cereais		30,9	40,2	9,8	4,5		
Total						103,1	

Neofobia alimentar em crianças

Na Tabela 7 estão presentes os dados obtidos na Escala de Neofobia Alimentar em Crianças, incluindo a frequência relativa de respostas às alternativas de cada item e a análise descritiva dos itens: Média e Desvio Padrão.

O item “O(a) meu(minha) filho(a) sempre prova alimentos novos” apresentou o maior score de concordância, de 67,5% na soma das opções “concordo totalmente” e “concordo”. Já o item de maior discordância, somando as opções “discordo” e “discordo totalmente”, foi “O(a) meu(minha) filho(a) estranha muito os alimentos que come”, com score de 47,2%.

Tabela 7 - Frequência Relativa, Média e Desvio Padrão.

Itens	Frequência %					Média	D.P.
	1	2	3	4	5		
O(a) meu(minha) filho(a) sempre prova alimentos novos.	22,8	44,7	15,4	15,5	1,6	31,02	0,34
O(a) meu(minha) filho(a) é desconfiado(a) em relação a alimentos novos.	17,9	41,1	13	20,7	7,3		
Se o(a) meu(minha) filho(a) não souber o que tem em uma determinada comida ele(a) não a prova.	12,2	28,1	20,3	32,1	7,3		
O(a) meu(minha) filho(a) gosta de alimentos de outras culturas.	7,3	33,3	24,4	27,2	7,8		
Para o(a) meu(minha) filho(a), alimentos de outras culturas lhe parecem estranhos.	8,9	28,5	23,6	34,2	4,8		
Em festas é muito provável que o(a) meu(minha) filho(a) prove alimentos novos.	19,5	41,1	18,3	16,3	4,8		
O(a) meu(minha) filho(a) tem receio de comer alimentos que nunca provou antes.	16,3	34,5	16,3	22,4	10,5		
O(a) meu(minha) filho(a) estranha muito os alimentos que come.	10,6	21,1	21,1	31,3	15,9		
O(a) meu(minha) filho(a) come praticamente qualquer alimento.	26	21,5	16,3	26,8	9,4		
O(a) meu(minha) filho(a) gosta de ir a lugares que sirvam comida de outras culturas.	7,3	26	30,9	26,8	9		

D.V. = Desvio Padrão.

1 – Concordo Totalmente; 2 – Concordo; 3 – Nem concordo, nem discordo; 4 – Discordo; 5 – Discordo Totalmente. Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

A média, que varia entre 10 e 50, foi de 31,02, correspondendo a 62,04% da cotação máxima. Quanto maior a pontuação, maior o nível de neofobia da amostra

Comportamento dos pais durante as refeições

Os dados descritivos obtidos na aplicação do questionário se apresentam na

Para cada um dos domínios a pontuação varia entre 1 e 3, quanto mais próxima da máxima, mais frequente é o comportamento dos pais no que se refere a sua própria alimentação e a dos filhos.

O domínio de persuasão positiva apresentou o score mais alto, de 2,7 ($\pm 0,11$), já o mais baixo foi o de insistência para comer, se mostrando como um comportamento não tão recorrente, com score de 1,77 ($\pm 0,20$)

Domínio	Itens	Frequência %			Média	D.P.		
		1	2	3				
Disponibilidade diária de frutas e hortaliças	Você dá frutas para o(a) seu(sua) filho(a) todos os dias	1,6	30,9	67,5	2,25	0,62		
	Você come frutas todos os dias	3,2	47,6	49,2				
	Você come verduras e legumes todos os dias	5,7	31,3	63				
Modelo de consumo de	Você toma refrigerante todos os dias	36,6	56,9	6,5	1,86	0,15		
	Você come balas ou doces todos os dias	18,7	61	20,3	guloseimas	Você come salgadinho todos os dias	30,9	50,8
Uso de Recompensas	Você faz com que o momento de comer seja uma diversão para o(a) seu(sua) filho(a).	9,8	50,4	39,8	1,86	0,30		
	Você dá para o(a) seu(sua) filho(a) um alimento preferido como prêmio por bom comportamento.	36,2	46,7	17,1				
	Você oferece para o(a) seu(sua) filho(a) um brinquedo como um prêmio por bom comportamento.	50,8	37,8	11,4				
	Você oferece para o(a) seu(sua) filho(a) uma sobremesa como prêmio por ele(a) comer toda a refeição.	40,2	46,4	13,4				
Muitas opções alimentares	Você deixa o(a) seu(sua) filho(a) comer o que ele(a) quiser.	41,1	46,7	12,2	1,78	0,28		
	Você deixa o(a) seu(sua) filho(a) colocar temperos ou molhos na comida como ele(a) quer.	63,4	26,8	9,8	Você deixa			
	o(a) seu(sua) filho(a) substituir um alimento por outro que ele(a) goste.	30,4	59,8	9,8				
Redução de gordura	Você deixa o(a) seu(sua) filho(a) escolher quais alimentos comer, mas apenas entre aqueles que você oferece a ele(a).	11	61,8	27,2				
	Você impede o(a) seu(sua) filho(a) de comer demais.	35,8	36,6	27,6	2,26	0,29		
	Você faz mudanças na comida do(a) seu(sua) filho(a) para diminuir a quantidade de gordura.	12,6	30,9	56,5				
Refeições especiais	Você faz mudança na sua própria comida para diminuir a quantidade de gordura.	13,8	30,1	56,1				
	Você come os mesmos alimentos que o(a) seu(sua) filho(a).	8,5	35	56,5	2,27	0,38		
	Você sente com o(a) seu(sua) filho(a), mas não come.	28,8	48,8	22,4				
Limites para guloseimas	Você prepara uma refeição ou alguma comida especial para o(a) seu(sua) filho(a) diferente daquela da família.	25,6	52	22,4				
	Você coloca um pouco de cada alimento no prato do(a) seu(sua) filho(a).	4,9	18,7	76,4				
	Você estabelece limites quanto ao número de doces que o(a) seu(sua) filho(a) pode comer por dia.	8,1	23,6	68,3	2,61	0,01		
Persuasão positiva	Você estabelece limites de quanto refrigerante o(a) seu(sua) filho(a) pode tomar por dia.	9,7	17,9	72,4				
	Você estabelece limites de quanto salgadinho o(a) seu(sua) filho(a) pode comer por dia.	10,5	16,7	72,8				
	Você diz para o(a) seu(sua) filho(a) o quanto você gosta de comida.	9,8	20,3	69,9	2,70	0,11		
Insistência para comer	Você diz para o(a) seu(sua) filho(a) que será bom o sabor da comida se ele(a) experimentar.	2,4	17,1	80,5				
	seu(sua) filho(a) que seus amigos ou irmãos gostam da comida.	8,9	19,6	71,5				
	Você diz para o(a) seu(sua) filho(a) que um alimento vai deixá-lo saudável, inteligente e forte.	4,9	7,3	87,8				
Insistência para comer	Você insiste para o(a) seu(sua) filho(a) comer mesmo que ele(a) diga que não está mais com fome.	28,8	42,7	28,5	1,77	0,20		
	Você insiste para o(a) seu(sua) filho(a) comer quando ele(a) está com sono ou não está se sentindo bem.	55,3	30,9	13,8				
	Você insiste para o(a) seu(sua) filho(a) comer quando ele está chateado.	44,7	36,6	18,7				

Figura 2 - Dados da PMAS.

D.V. = Desvio Padrão. 1 – Nunca; 2 – Às Vezes; 3 – Sempre. Fonte: A Autora, 2021.

DISCUSSÃO

A presente pesquisa buscou analisar a influência parental no comportamento alimentar de crianças dos três aos seis anos, associando o comportamento dos pais durante as refeições dos filhos com a formação dos hábitos e neofobias alimentares dessas crianças, levando também em consideração aspectos antropométricos e sociais durante a pandemia do COVID-19.

É válido destacar que a amostra correspondeu a quantidade planejada, compondo uma distribuição equilibrada de participantes em todo Pernambuco, permitindo assim gerar dados que demonstram a realidade do estado.

Os resultados obtidos evidenciaram uma maior participação do sexo feminino, contando com certa de 88% da amostra total. Essa predominância pode ser explicada pelo

fato de que as mães ainda apresentam maior responsabilidade e envolvimento nos cuidados e na alimentação dos filhos até os dias de hoje (Quinn, 2022).

Cerca de 1/5 dos participantes da pesquisa se encontravam desempregados e 71% sofreram alterações em seus trabalhos devido à pandemia, e, ao passar mais tempo em casa, mudanças na rotina alimentar se tornaram possíveis, como no caso do aumento de refeições que foi afirmado pela maior parte dos participantes.

Em estudos de Payab e colaboradores (2015) e Leng e colaboradores (2017), dentre as mudanças negativas que podem ocorrer quando se passa por algum momento de privação social, pode-se citar o aumento no consumo de alimentos com alta densidade energética e alta concentração de açúcares e gorduras, também conhecidos como “comfort foods”.

O aumento no consumo desses alimentos se deve ao aumento nos níveis de ansiedade e estresse, se relacionando com resultados negativos para a saúde da família.

Constatou-se aumento no consumo de alimentos industrializados tanto por parte dos pais quanto pelos filhos, bem como o aumento do consumo de fast foods por meio de delivery.

Essa tendência pode acarretar numa mudança negativa nos hábitos alimentares durante o desenvolvimento infantil, de forma que a eficácia de controle parental em relação à quantidade e qualidade dos alimentos se torna cada vez mais reduzida.

Resultados de diversos estudos sugerem que uma alta frequência de ingestão de alimentos nutricionalmente pobres em conjunto com uma modelagem parental inadequada, estão associadas a uma dieta propícia ao desenvolvimento de DCNT, como a obesidade e hipertensão (Obita, Alkhatib, 2022; Jayedi e colaboradores, 2020).

Em concordância com os primeiros dados obtidos, verificou-se que cerca de 60% dos pais ou responsáveis se encontram fora da faixa de eutrofia.

Desses, a maior parte está com sobrepeso e obesidade grau I. Já em análise antropométrica das crianças, 34,2% apresentaram peso elevado para a idade e 48% estão com sobrepeso ou obesidade, podendo esses dados serem correlacionados, uma vez que, no âmbito familiar, pais e filhos acabam por compartilhar hábitos associados à alimentação, favorecendo então uma direta relação com o estilo de vida e o estado nutricional (Reppas e colaboradores, 2023).

A mesma proporção de pais e filhos (36%) foram classificados como eutróficos. Outra proporção também foi encontrada em relação à prática de exercício físico, que é praticada por cerca de 35%.

Seabra e colaboradores (2008), em estudo de revisão concluíram que de 41 estudos analisados, 21 demonstraram a existência da agregação familiar nos hábitos da prática de atividade física dos filhos, o que evidencia que pais fisicamente ativos têm tendência a ter filhos igualmente ativos.

A partir da análise das respostas do Questionário sobre Hábitos Alimentares Infantis, foi verificado que os resultados médios indicam que no geral as crianças da pesquisa possuem hábitos alimentares adequados, principalmente considerando o número de refeições diárias, de forma que a maioria realiza

as 3 refeições principais em casa, sendo esse um fator protetivo contra o desenvolvimento de obesidade (Glanz e colaboradores, 2021).

De acordo com metade dos pais participantes, refrigerantes, doces, fast foods e açúcares e sal adicionados à mesa tem pouca ou nenhuma frequência de consumo pelas crianças. Já o consumo de frutas, legumes, laticínios e seus derivados é realizado muitas vezes na semana ou todos os dias, com 2 ou 3 variedades de cada. Tais apontamentos se encontram de acordo com as diretrizes do país sobre a alimentação saudável para crianças (Brasil, 2010), que preconizam maior consumo de alimentos saudáveis e in natura e baixo consumo de ultraprocessados nos primeiros anos de vida.

Foi percebido ainda que o consumo de carnes brancas se mostrou mais frequente que o de carnes vermelhas.

Dentre as carnes, o peixe é o menos consumido entre as crianças, sendo ofertado apenas 1 variedade. O que reflete no resultado encontrado já que, segundo estudo, a preferência por peixes na região do Nordeste foi de 24,7% (Lopes, Oliveira, Ramos, 2016).

Em relação a variedade alimentícia, grande parte dos alimentos são ofertados em 2 ou 3 variedades durante a semana, sendo o grupo das frutas o que representou a maior variância (>5).

Na área da nutrição, uma alimentação é considerada saudável e balanceada quando engloba três fatores: moderação, equilíbrio e variedade. A diversidade na alimentação infantil pode ser considerada duplamente benéfica, uma vez que facilita o desenvolvimento físico e intelectual e previne uma série de patologias futuras (Margolies e colaboradores, 2022).

Para que uma criança aceite uma alimentação diversificada, há a necessidade de repetidas exposições ao alimento, dependendo também da forma com que se aprende sobre determinado alimento e da associação que se faz dele em relação ao meio social e parental, sendo então importante que o modelo parental seja adequado para evitar que a dieta infantil se torne restrita e cheia de recusas (Barton e colaboradores, 2024).

As crianças apresentaram nível moderado de neofobia alimentar (>50%), resultado esperado, uma vez que algum grau de aversão é comum durante a primeira infância, principalmente dos 3 aos 7 anos de idade (Bialek-Dratwa e colaboradores, 2022).

De acordo com os dados obtidos, a maior parte do público infantil da pesquisa não tem problemas em provar novos alimentos, porém, para isso há a necessidade em saber o que o alimento é ou o que o compõe, havendo também uma desconfiança e receio antes de provarem.

Esses resultados corroboram com pesquisas anteriores que indicam que a neofobia impacta diretamente no consumo de diferentes alimentos (Karaagac, Bellikci-Koyu, 2022), de forma que as crianças que expressaram maior nível de neofobia consomem menos frutas, verduras e carnes, além de consumir mais calorias pela substituição de alimentos, o que sugere que crianças neofóbicas têm dietas menos saudáveis que as crianças menos neofóbicas.

Na presente pesquisa, praticamente metade da população infantil se mostrou com risco de sobrepeso, sobrepeso ou obesidade, dados esses de acordo com variados estudos sobre o excesso de peso em crianças com idade pré-escolar no Brasil, fato que se deve a transição nutricional iniciada na década de 80 (IBGE, 2011).

Através da Escala de Comportamento dos Pais Durante as Refeições foi possível analisar de que maneira as ações dos pais implicam na dieta e no peso das crianças.

Sete dos nove domínios podem ser utilizados para explicar essas implicações de forma que, num geral, crianças com dietas e pesos mais saudáveis possuem pais que apresentam comportamentos mais frequentes em: Disponibilidade diária de frutas e hortaliças; Redução de gordura; Persuasão positiva e Limite para guloseimas. Já em relação aos comportamentos menos frequentes: Modelo de consumo de guloseimas; Muitas opções alimentares e Insistência para comer.

No domínio “Modelo de consumo de guloseimas”, foi verificado que parte considerável dos pais consome refrigerantes e doces numa frequência moderada. O consumo de guloseimas realizado pelos pais demonstra associação aos hábitos alimentares infantis dessa pesquisa, uma vez que a frequência de ingestão desses alimentos pelas crianças também se mostrou regular, o que pode favorecer o desenvolvimento precoce de DCNT (Flores-Barrantes e colaboradores, 2024).

Alguns estudos indicaram que o domínio “Redução de gordura” também pode se relacionar ao excesso de peso infantil em associação ao domínio “Refeições especiais”,

principalmente quando a refeição do filho é diferente dos demais membros da família (Ventura e Birch, 2008).

Outros estudos corroboram essa ideia, afirmando que estabelecer limite para a ingestão de alimentos ultraprocessados, sem os excluir totalmente da dieta infantil, se mostra mais eficaz do que impor práticas restritivas, como usar estratégias de redução de gordura (Rollins e colaboradores, 2015).

No tocante às “Refeições especiais”, foi verificado que a maioria dos pais consomem os mesmos alimentos que os filhos e oferecem uma refeição variada, mas que às vezes são oferecidas refeições diferentes da família.

Apesar de grande parte das crianças realizarem as refeições em família, sendo um fator protetor contra o excesso de peso (Santos, Machado, Hofelmann, 2021), quando as preparações alimentares são realizadas de maneira diferenciada entre pais e filhos, pode contribuir na recusa de alguns alimentos, além de se relacionar com a presença de excesso de peso entre as crianças (Petty e colaboradores, 2013), de modo que para se construir uma alimentação mais saudável, um aspecto a se considerar é o compartilhamento de refeições no núcleo familiar.

O “Uso de recompensas” pode estar associado a neofobia alimentar nas crianças da pesquisa, estando esse domínio ligado aos padrões de aceitação alimentar infantil, dado que ambos tiveram resultados médios moderados.

Pesquisas de Toossi e colaboradores (2017) demonstraram que as recompensas podem ter efeito positivo ou negativo sobre a aceitação de novos alimentos pelas crianças, dependendo da forma como foram oferecidas, por exemplo, os pais ao se sentarem com os filhos à mesa, pode ser considerado um tipo de recompensa, tendo um efeito positivo por ter ligação com maior ingestão de frutas e verduras e menor ingestão de doces e refrigerantes (Vereecken e colaboradores, 2004).

Não foram encontradas correlações entre “Uso de recompensas” e “Muitas opções alimentares” à ingestão dos alimentos avaliados nesta pesquisa.

O excesso de peso na infância se manifestou relacionado ao comportamento dos pais durante as refeições, bem como os hábitos alimentares infantis moderadamente saudáveis, IMC adequado e prática de exercício físico, em consonância com outro estudo divulgou a relação entre o estilo parental

e o comportamento alimentar infantil (Zhu e colaboradores, 2024).

Algumas limitações precisam ser consideradas, como a possibilidade de contradições nas respostas dos pais quanto à realidade da própria alimentação e comportamento durante as refeições dos filhos e como de fato a alimentação da criança é. Em razão de este estudo seguir um modelo transversal, não foi possível estabelecer uma relação causal, nem resultados a longo prazo, podendo estes apresentar vieses pela ausência de multianálises.

Devido a pandemia de COVID-19, ficou impossibilitada a avaliação antropométrica presencial, de modo que os dados para o cálculo de IMC foram autorreferidos, o que pode influenciar nas interpretações dos resultados.

Ademais, é importante enfatizar que os resultados não devem ser extrapolados para toda a população brasileira, uma vez que a pesquisa foi aplicada em apenas um estado e o país conta com uma gigante diversidade cultural, comportamental e de hábitos.

Apesar das limitações, a pesquisa foi conduzida com cuidado, obtendo uma gama de dados que podem ser aplicados em trabalhos futuros.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciaram que sim, o comportamento dos pais durante as refeições está associado aos hábitos e a neofobia alimentar infantil.

Pode-se dizer então que entre os fatores que participam da construção do comportamento alimentar infantil, a família de fato tem papel destaque, sendo importante então que mais ações de orientação e até mesmo educação nutricional sejam realizadas no contexto familiar, principalmente através da Atenção Básica de Saúde, que faz cobertura em todo território nacional, podendo refletir positivamente nas escolhas alimentares das crianças e diminuir os índices de doenças crônicas não transmissíveis.

Mais estudos deverão ser realizados em relação à influência parental no campo da nutrição, pois a literatura existente ainda é escassa, sendo os principais autores que abordam tal temática da área da psicologia.

O trabalho multidisciplinar, entre nutricionistas e psicólogos, ampliaria os conhecimentos acerca do comportamento

alimentar, de forma que o tema seria visto em diferentes óticas, trazendo a possibilidade de desenvolver novas intervenções e tratamentos.

REFERÊNCIAS

1-Andrade, G.; Barros, L. Questionário sobre Hábitos Alimentares. Faculdade de Psicologia. Universidade de Lisboa. 2010.

2-Barton, J.M.; e colaboradores. Longitudinal changes in home food availability and concurrent associations with food and nutrient intake among children at 24-48 months. Public Health Nutrition. Vol. 27. Num. 1. 2024. p. e62.

3-Bialek-Dratwa, A. e colaboradores. Neophobia-A Natural Developmental Stage or Feeding Difficulties for Children? Nutrients. Vol. 14. Num. 7. 2022. p. 1521.

4-Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável. Guia alimentar. Um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

5-Cotrim, D.M.S.; Costa Neto, S.B. Estudos sobre a percepção de autoeficácia parental: uma revisão de literatura. Subjetividad y Procesos Cognitivos, UCES: Buenos Aires. Vol. 25. Num. 1. 2021.

6-Freitas, K.; Coelho, L.V.; Romano, M.C.C.; Comportamento do país e comportamento alimentar infantil: Revisão Sistemática. Revista Cuidarte. Vol. 11. Num. 3. 2020.

7-Flores-Barrantes, P.; e colaboradores. Longitudinal associations between food parenting practices and dietary intake in preschool children: The ToyBox Study. Nutrition. Vol. 124. 2024. p. 112454-112454.

8-Glanz, K.; e colaboradores. Diet and Health Benefits Associated with In-Home Eating and Sharing Meals at Home: A Systematic Review. International Journal of Environmental Research and Public Health. Vol. 18. Num. 4. 2021. p. 1577.

9-Hughes, S.O.; Power, T.G. Feeding styles and child eating behaviors: a multi-method approach. In: Families, Food, and Parenting: Integrating Research, Practice and Policy, New York, Springer. 2021.

- 10-Karaagac, Y.; Bellikci-Koyu, E.A narrative review on food neophobia throughout the life span: Relationships with dietary behaviors and interventions to reduce it. *British Journal of Nutrition*. Vol. 130. Num. 5. 2022. p. 1-94.
- 11-Leng, G.; Adan, R.A.; Belot, M.; Brunstrom, J. M.; De Graaf, K.; Dickson, S.L.; Smeets, P.A. The determinants of food choice. *Proc Nutr Soc. Londres*. Vol. 76. Num. 3. 2017.
- 12-Lopes, I.G.; Oliveira, R.G.; Ramos, F.M. Perfil do consumo de peixes pela população brasileira. *Biota Amazônia, Macapá*. Vol. 6. Num. 2. 2016.
- 13-Margolies, A.; e colaboradores. Nutrition-sensitive agriculture programs increase dietary diversity in children under 5 years: A review and meta-analysis. Vol. 12. 2022.
- 14-Minuzi, G.A.; Pommer, R.M.G. Reflexões iniciais sobre a alimentação das classes sociais. *RELACult-Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade*. Vol. 5. 2019.
- 15-Nguyen, A.; Jen, V.; Jaddoe, V.; Rivadeneira, F.; Jansen, P.; Jansen, P.; Ikram, M.; Voortman, T. Diet quality in early and mid-childhood in relation to trajectories of growth and body composition. *Clinical nutrition*. Vol. 9. 2020.
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.03.017>.
- 16-Obita, G.; Alkhatib, A. Disparities in the Prevalence of Childhood Obesity-Related Comorbidities: A Systematic Review. *Frontiers in Public Health*. Vol. 10. 2022.
- 17-Petty, M.L.; Escrivão M.A.; Souza A.A. Preliminary validation of the parent mealtime action scale and its association with food intake in children from São Paulo, Brazil. *Appetite*. São Paulo. Vol. 62. 2013.
- 18-Pliner, P.; Hobden, K. Development of a Scale to Measure the Trait of Food Neophobia in Humans. *Appetite*, New York. Vol. 19. Num. 2. 1994.
- 19-Quinn, M.; e colaboradores. Low-income mothers' perspectives on the involvement of family members in child feeding. *Appetite*. Vol. 168. 2022. p. 105683.
- 20-Reppas, K.; e colaboradores. Role of parenting practices and digital media on beverage intake in European schoolchildren of different weight status. *Feel4Diabetes-study. Nutrition*. Vol. 115. 2023. p. 112142.
- 21-Rollins, B.Y.; e colaboradores. Alternatives to restrictive feeding practices to promote self-regulation in childhood: a developmental perspective. *Pediatric Obesity*. Vol. 11. Num. 5. 2015. p. 326-332.
- 22-Salomoni, L.; Andrade, G.; Cunha, G.; Furtado, M.; Lopes, G.; Mendes, L. Neofobia alimentar infantil: relação com as preferências alimentares e as características parentais. 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Psicologia, Saúde Doenças. 2016
- 23-Santos, C.T.; Machado, C.O.; Hofelmann, D.A. Family meals, diet quality and obesity among adolescents: findings from a schoolbased study in a capital city of southern Brazil. *Minerva Pediatrics*. 2021.
- 24-Seabra, A.F.; Mendonça, D.M.; Thomis, M.A.; Peters, T.J.; Maia, J.A. Associations between sport participation, demographic and sociocultural factors in Portuguese children and adolescents. *European Journal of Public Health*, Stockholm. Vol. 18. 2008.
- 25-Toossi, S. Incentivizing healthy eating in children: An investigation of the "ripple" and "temporal" effects of a reward-based intervention. *Appetite*. Vol. 117. 2017. p. 58-66.
- 26-Torres, T.O.; Gomes, D.R.; Mattos, M.P. Factors Associated With Food Neophobia In Children: Systematic Review. *Revista Paulista de Pediatria*. Vol. 39. 2021.
- 27-Ventura, A.K.; Birch, L. Does parenting affect children's eating and weight status? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. Londres. Vol. 5. Num. 1. 2008.
- 28-Vereecken, C.A.; Keukelier, E.; Maes, L. Influence of mother's educational level on food parenting practices and food habits of young children. *Appetite*, New York. Vol. 43. Num. 1. 2004.
- 29-World Health Organization. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height

and body mass index-for-age: methods and development. Genebra: WHO. 2006.

30-Zhu, H.; e colaboradores. Individual, family and social-related factors of eating behavior among Chinese children with overweight or obesity from the perspective of family system. *Frontiers in pediatrics*. Vol. 12. 2024.

2 - Nutricionista, professora Doutora da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE, Recife, Pernambuco, Brasil,

3 - Acadêmico em Nutrição, Universidade Federal de Pernambuco-UFPE, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil.

4 - Nutricionista, Centro Universitário UNINOVO/Facottur, Olinda, Pernambuco, Brasil.

5 - Psicóloga, pesquisadora da Escola de Psicologia da Universidade do Minho (CIPsi). Gualtar, Portugal.

6 - Nutricionista, professora Doutora da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil.

Email dos autores:

gracielly.queiroz@ufpe.br

raquel.asantana@ufpe.br

marcele.torres@ufpe.br

mariavictoria.costa@ufpe.br

nutrimanuelacristina@gmail.com

catiabsilva@gmail.com

carmem.ambrosio@ufpe.br

Autor correspondente:

Gracielly Luanny Queiroz de Arruda

gracielly.queiroz@ufpe.br

Recebido para publicação em 09/08/2024

Aceito em 23/02/2025