

Universidade Portucalense Infante D. Henrique

Andreia Juliana Gomes Monteiro, nº35403

**Neofobia Alimentar e Qualidade de Vida de  
Crianças com Alergia Alimentar: Impacto da  
Personalidade e do Stress Materno**

**Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde**

**Orientação:** Prof. Doutora Ana Conde

**Co-orientação:** Prof. Doutora Maria Araújo

Ano letivo 2020/2021



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Do conhecimento à prática.



Andreia Juliana Gomes Monteiro, nº 35403

## **Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde**

# **Neofobia Alimentar e Qualidade de Vida de Crianças com Alergia Alimentar: Impacto da Personalidade e do Stress Materno**

Dissertação apresentada na Universidade Portucalense Infante D. Henrique para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação da Prof. Doutora Ana Albertina Fernandes Palheiros Conde e da Prof. Doutora Maria Xavier Araújo

Departamento de Psicologia e Educação

Novembro, 2021



## Agradecimentos

Quero agradecer a todos que me auxiliaram na concretização deste trabalho e que me acompanharam ao longo do meu percurso académico, porque, sem eles, tal não seria possível.

Em primeiro lugar quero agradecer à minha orientadora, *Professora Doutora Ana Conde*, por todo o seu apoio, dedicação, conselhos prestados em todos os momentos e por todos os ensinamentos que me transmitiu ao longo do meu percurso académico.

Agradeço ainda à *Professora Doutora Maria Xavier Araújo*, por todo o apoio e disponibilidade demonstrados ao longo do processo.

Um agradecimento especial aos meus *pais, namorado e amigos* por me apoiarem e incentivarem nesta fase importante da minha vida, acreditando nas minhas capacidades de concretização de mais uma etapa académica.

Muito Obrigada!

## Resumo

A neofobia alimentar caracteriza-se pelo evitamento em provar alimentos desconhecidos. Esta condição pode desencadear consequências no crescimento, desenvolvimento e relacionamento social das crianças afetadas. O presente estudo procurou analisar a associação entre a neofobia alimentar das crianças e as características de personalidade, sintomatologia psicológica e ansiedade e superproteção parental das mães, considerando crianças com e sem alergia alimentar. Neste estudo participaram 73 mães de crianças dos 0 aos 12 anos, com (N = 32) e sem alergia alimentar (N = 41). Foram aplicados, em momento único, os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Clínico, Escala de Neofobia Alimentar Infantil; Escala de Ansiedade, Depressão e Stress; Escala de Avaliação de Ansiedade e Superproteção Parental; Inventário da Personalidade para ambos os grupos. Adicionalmente, foi aplicado o Questionário da Qualidade de Vida em crianças dos 0 aos 12 anos com alergia alimentar para o grupo das mães com filhos com alergia alimentar. Os resultados evidenciam maiores níveis de neofobia nas crianças com alergia alimentar comparativamente a crianças sem alergia alimentar. Nas mães de crianças com alergia alimentar, verificou-se que quanto maiores os níveis de neuroticismo materno e maiores os níveis de neofobia alimentar das crianças, maior também o impacto percebido da alergia alimentar na qualidade de vida das crianças. Reforçando a perspectiva evolucionista, as evidências obtidas sugerem que comportamentos neofóbicos são úteis para minimizar riscos de ingestão de alimentos prejudiciais à saúde, embora esta restrição pareça associar-se a uma pior qualidade de vida decorrente da alergia alimentar, para a qual contribuem também traços de neuroticismo das mães. Tal aponta para a necessidade de acompanhamento psicológico das crianças com alergia alimentar e respetivas famílias, no sentido de promover um melhor ajustamento à doença.

**Palavras-chave:** Neofobia alimentar; Alergia alimentar; Stress materno; Qualidade de vida; Personalidade;

## **Abstract**

Food neophobia is characterized by an avoidance of tasting unfamiliar foods. This condition can have consequences on the growth, development, and social relationships of affected children. The present study sought to analyze the association between children's food neophobia and mothers' personality characteristics, psychological symptoms, and parental anxiety and overprotection, considering children with and without food allergy. In this study, 73 mothers of children aged 0 to 12 years, with (N = 32) and without food allergy (N = 41), participated. The following instruments were applied at a single time: Sociodemographic and Clinical Questionnaire, Infant Food Neophobia Scale; Anxiety, Depression and Stress Scale; Parental Anxiety and Overprotection Rating Scale; Personality Inventory for both groups. Additionally, the Quality-of-Life Questionnaire was applied to children aged 0 to 12 years with food allergy for the group of mothers with children with food allergy. The results show higher levels of neophobia in children with food allergy compared to children without food allergy. In mothers of children with food allergy, it was found that the higher the levels of maternal neuroticism and the higher the levels of food neophobia in children, the greater the perceived impact of food allergy on children's quality of life. Reinforcing the evolutionary perspective, the obtained evidence suggests that neophobic behaviors are useful to minimize risks of ingestion of unhealthy foods, although this restriction seems to be associated with a worse quality of life due to food allergy, to which mothers' neuroticism traits also contribute. This points to the need for psychological monitoring of children with food allergy and their families, in order to promote a better adjustment to the disease.

**Keywords:** Food neophobia; Food allergy; Maternal stress; Quality of life; Personality;

## Índice

|  |    |
|--|----|
| INTRODUÇÃO.....  | 1  |
| ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....  | 3  |
| MÉTODO.....  | 8  |
| Participantes .....  | 8  |
| Instrumentos .....   | 12 |
| Questionário Sociodemográfico e Clínico .....  | 12 |
| Escala de Neofobia Alimentar para Crianças (Pliner, 1994) .....  | 12 |
| Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; tradução e adaptação de Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).....  | 13 |
| Escala de Avaliação de Ansiedade e Superproteção Parental (Pereira et al., 2013).....  | 13 |
| Inventário dos Cinco Fatores de Personalidade (Costa & McCrae, 1992).....  | 14 |
| Questionário da qualidade de vida em crianças dos 0-12 anos com alergia alimentar (DunnGalvin e colaboradores, 2008) .....   | 14 |
| Procedimentos .....  | 16 |
| Procedimentos de investigação .....  | 16 |
| Procedimentos de análise de dados .....  | 17 |
| RESULTADOS.....  | 18 |
| 1) Neofobia alimentar de crianças com e sem alergia alimentar .....  | 18 |
| 2) Associação entre as características psicológicas maternas (personalidade, sintomatologia psicológica e ansiedade e superproteção parental) e a neofobia alimentar das crianças com e sem alergia alimentar.....                       | 18 |
| 3) Análise do papel preditor das características psicológicas maternas e da neofobia alimentar das crianças na qualidade de vida das crianças com alergia alimentar.....   | 20 |
| DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....  | 23 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS .....   | 26 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....   | 27 |
| ANEXOS.....  | 33 |
| Anexo 1. Questionário Sociodemográfico e clínico construído para recolha de dados sociodemográficos, informações relativamente ao historial clínico e sintomas de alergia alimentar, perceção da saúde mental, entre outros aspetos..... | 34 |

## Índice de Tabelas

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabela 1.</b> <i>Caracterização sociodemográfica das mães de crianças com alergia alimentar e de crianças sem alergia alimentar.</i> .....   | 9  |
| <b>Tabela 2.</b> <i>Caracterização sociodemográfica e análise descritiva de crianças com alergia alimentar e sem alergia alimentar.</i> .....   | 10 |
| <b>Tabela 3.</b> <i>Associação entre a personalidade materna e a neofobia alimentar de crianças com e sem alergia alimentar: Coeficientes de correlação de Pearson (N = 73)</i> .....   | 19 |
| <b>Tabela 4.</b> <i>Associação entre a sintomatologia psicológica materna (ansiedade, depressão e stress) e a neofobia alimentar de crianças com e sem alergia alimentar: Coeficientes de correlação de Pearson (N = 73)</i> .....    | 19 |
| <b>Tabela 5.</b> <i>Associação entre a ansiedade e a superproteção parental das mães e a neofobia alimentar de crianças com e sem alergia alimentar: Coeficientes de correlação de Pearson (N = 73).</i> .....                        | 20 |
| <b>Tabela 6.</b> <i>Associação entre as características psicológicas maternas e a neofobia alimentar das crianças e a qualidade de vida das crianças com alergia alimentar: Coeficientes de correlação de Spearman (N = 32)</i> ..... | 21 |

## Índice de Anexos

|  |    |
|--|----|
| <b>Anexo 1.</b> Questionário Sociodemográfico e clínico construído para recolha de dados sociodemográficos, informações relativamente ao historial clínico e sintomas de alergia alimentar, perceção da saúde mental, entre outros aspetos. .... | 34 |
|--|----|

## INTRODUÇÃO

A existência de hábitos alimentares nutricionalmente desadequados é um dos fatores que contribui para o aparecimento de doenças crónico-degenerativas no ser humano. Neste sentido, é consensual que modificações no comportamento alimentar se imponham para prevenir doenças relacionadas com a alimentação e promover a saúde do indivíduo (Ramos & Stein, 2000).

Uma vez que é na infância que o hábito alimentar se forma, é necessário perceber os seus fatores determinantes, para que seja possível propor processos educativos efetivos para a mudança do padrão alimentar da criança (Gillespie & Achterberg 1989). A influência dos pais nas preferências alimentares das crianças é visível geneticamente, mas também pela participação efetiva dos mesmos como educadores nutricionais, através das interações familiares que afetam o comportamento alimentar das crianças. Neste sentido, as atitudes parentais relativamente à alimentação podem despoletar inúmeras patologias infantis, entre elas a neofobia e diversas alergias alimentares (Ramalho et al., 2016).

Nos últimos anos, tem-se assistido a um acentuado aumento da prevalência de alergias alimentares entre as crianças, particularmente nos países ocidentais. As taxas de prevalência estimam que cerca de 5%-8% das crianças são afetadas (Schreier & Wright, 2014). A gravidade dos sintomas alérgicos, nomeadamente o risco de anafilaxia, assume um profundo impacto psicossocial nas crianças, adolescentes e suas famílias, em particular, pela vigilância constante necessária para evitar os alérgenos, com conseqüente impacto na gestão diária das atividades e eventos sociais (Cummings et al., 2010; DunnGalvin et al., 2015). Nesse sentido, crianças com alergia alimentar podem apresentar comportamentos tais como recusa de alimentos, irregularidades nos horários das refeições e limitação da quantidade de alimentos ingeridos para evitar a dor, desconforto ou ansiedade. Tais reações podem ser decorrentes de experiências prévias relacionadas com a alimentação, como os sintomas agudos (e.g., anafilaxia, vômitos e dor abdominal) ou crónicos (e.g., inflamação esofágica ou eczema) da alergia alimentar (Haas, 2010). Estas experiências perturbadoras podem indiretamente potencializar uma resposta de neofobia alimentar na criança (Addessi et al., 2005). Apesar desta relação ser sugerida, são escassos os estudos que analisam a neofobia alimentar em crianças com alergia alimentar e que estudem os seus fatores determinantes e impacto associado.

O presente estudo pretende contribuir para um maior conhecimento na área ao analisar os fatores determinantes da neofobia alimentar em crianças dos 0 aos 12 anos



com alergia alimentar, bem como explorar a associação entre a neofobia alimentar, as manifestações clínicas de alergia alimentar e a qualidade de vida das crianças com esta patologia. De forma particular, a presente investigação propõe os seguintes objetivos: comparar a neofobia alimentar (dimensão de neofobia, dimensão de neofilia e escala total) entre crianças com alergia alimentar e crianças sem alergia alimentar; analisar a associação entre a neofobia alimentar das crianças e as características de personalidade, sintomatologia psicológica e ansiedade e superproteção parental das mães, considerando o grupo de crianças com alergia alimentar comparativamente ao grupo de crianças sem alergia alimentar; e estudar o fator preditor das características psicológicas maternas e da neofobia alimentar das crianças na qualidade de vida das crianças com alergia alimentar.

As evidências obtidas contribuirão para um maior conhecimento da neofobia alimentar infantil associada à condição clínica da alergia alimentar.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A infância é um período crítico para o desenvolvimento de comportamentos relativos à alimentação e é considerada fulcral na prevenção da doença e na promoção da saúde (Parletta et al., 2012).

A alimentação infantil é definida como um processo alimentar, comportamental e fisiológico que envolve a ingestão de alimentos pela criança, sendo influenciado pelos pais ou pelos prestadores de cuidados. Estes têm um papel importante no desenvolvimento de um padrão comportamental alimentar adequado. Além de cumprirem o papel de educadores nutricionais através das relações, das atitudes e práticas alimentares, têm também influência nas estratégias utilizadas face ao padrão alimentar das crianças (Peters et al., 2012). Por esse motivo são também e ao mesmo tempo, em caso de más práticas, um dos maiores fatores de risco para os problemas ligados à alimentação das crianças (Dias et al., 2010). Para além dos fatores familiares, fatores culturais, socioeconómicos e psicossociais apresentam, de igual forma, um impacto determinante nos hábitos alimentares infantis desde a primeira infância (Silva & Teixeira, 2018).

Nos últimos anos, tem-se assistido a um acentuado aumento da prevalência de alergias alimentares entre as crianças, particularmente nos países ocidentais. As taxas de prevalência estimam que cerca de 5% a 8% das crianças são afetadas (Schreier & Wright, 2014). Segundo Sicherer e colaboradores (2001), a alergia alimentar é uma reação adversa à ingestão de proteínas alimentares que provoca sintomas desagradáveis incluindo erupção cutânea, coceira, inchaço da boca e dos lábios, vômitos e anafilaxia, reação sistémica que pode ser fatal caso não seja tratada imediatamente com adrenalina (Knibb, 2015). Esta reação pode ter um profundo impacto psicossocial nas crianças, adolescentes e suas famílias, em particular, pela vigilância constante necessária para evitar os alergénios, com consequente necessidade de gestão diária das atividades e eventos sociais (Cummings et al., 2010; DunnGalvin et al., 2015).

A combinação da prevenção alimentar, restrições às atividades sociais e medo de anafilaxia pode levar a consequências psicológicas para as crianças afetadas e para os seus prestadores de cuidados. Em particular, os pais de crianças alérgicas parecem exibir níveis de ansiedade superiores aos que são observados nos pais de crianças com outros problemas de saúde (Lau et al., 2014). Os pais parecem também exibir uma grande ansiedade em entregar a responsabilidade de gestão alimentar ao seu filho (e.g.,

ler os rótulos dos alimentos, cozinhar por conta própria), querendo manter o controlo da própria alergia alimentar (Knibb, 2015).

Num estudo realizado por Gillespie e colaboradores (2007), verificou-se que em mães de crianças dos 6 aos 12 anos de idade em risco de anafilaxia, predominava uma sensação de viver com o risco. Os riscos eram percebidos, não só como decorrentes da alergia, mas também do ambiente e das pessoas do contexto em que a criança se insere, que podem não compreender a alergia alimentar. De facto, as influências externas, bem como a reação dos outros à alergia alimentar têm um grande impacto na qualidade de vida dos indivíduos que sofrem com esta condição. Se um indivíduo sente que os amigos acham estranho estar constantemente a perguntar os ingredientes da refeição e a ler os rótulos dos alimentos, acaba por ser menos vigilante. Em alguns casos, principalmente em crianças e adolescentes, pode haver provocação e desrespeito dos outros pela sua condição. O sentimento dos pais é de frustração, causada pela hostilidade dos outros que não cooperam (Cummings et al., 2010).

Segundo Rouf, White e Evans (2012), um nível adequado de ansiedade é benéfico e necessário para a gestão das alergias alimentares, uma vez que os pais devem permanecer vigilantes e assegurar um ambiente seguro para os seus filhos. No entanto, a ansiedade excessiva dos pais pode ser desadaptativa e levar a restrições desnecessárias de atividades sociais (e.g., festas de aniversário) e de outros alimentos.

Aprender a comer é uma experiência altamente integradora e dinâmica, mas também pode ser uma experiência marcada por desconforto. Nesse sentido, crianças com alergia alimentar podem apresentar comportamentos, tais como recusa de alimentos, irregularidades nos horários das refeições e limitação da quantidade de alimentos ingeridos para evitar a dor, desconforto ou ansiedade. Tais reações podem ser decorrentes de experiências prévias relacionadas com a alimentação, como os sintomas agudos (e.g., anafilaxia, vômitos e dor abdominal) ou crónicos (e.g., inflamação esofágica ou eczema) (Haas, 2010). Estas experiências perturbadoras podem indiretamente potencializar uma resposta de neofobia alimentar na criança (Adnessi et al., 2005).

A neofobia alimentar é definida como o medo de experimentar alimentos novos (Ramalho et al., 2016). O comportamento neofóbico ocorre normativamente na faixa etária dos 2 aos 6 anos, coincidindo com o aumento da independência da supervisão dos pais. Nesta fase, a neofobia alimentar pode ser benéfica agindo como um fator protetor, impedindo a ingestão de substâncias potencialmente tóxicas. Devido ao pouco conhecimento que existe sobre este comportamento, muitos pais não o identificam em

seus filhos, o que reforça a possibilidade de a prevalência da neofobia ser ainda maior do que os dados encontrados na literatura (Jawabiri & Silva, 2018). Contrariamente a esta condição, existe a neofilia alimentar que é caracterizada pela tendência para a exploração, a necessidade de mudança, de novidade e de variedade (Day et al., 2003).

A neofobia alimentar pode ser vista como vantajosa evolutivamente, traduzido uma resposta de proteção diante de potenciais perigos a que o indivíduo pode estar sujeito pela ingestão de alimentos prejudiciais à saúde (Falciglia et al., 2000). Este comportamento de segurança leva a que o indivíduo evite, sempre que possível, alimentos desconhecidos, beneficiando dos alimentos que são familiares, os quais, somente após serem experimentados um certo número de vezes, são aceites como alimentos seguros (Aldalur et al., 2014). De um ponto de vista evolutivo, considera-se que a atenuação da neofobia alimentar ao longo da vida do indivíduo ocorre porque a variedade alimentar é essencial para a sobrevivência de espécies omnívoras. Note-se que o declínio na neofobia alimentar implica a superação do medo induzido pela apresentação de um novo artigo alimentar. Portanto, o facto de que as coisas serem menos novidade para um adulto ou um adolescente do que para uma criança, pode justificar a diminuição da neofobia (Cooke & Wardle, 2005).

Apesar da vantagem evolutiva evidenciada anteriormente, o comportamento neofóbico pode também ser desvantajoso, na medida em que a repugnância alimentar pode ocasionar monotonia alimentar, dificuldade na alimentação familiar (Ramalho et al., 2016), resultando, conseqüentemente, em deficiências nutricionais (Falciglia et al., 2000). A falta de diversidade na alimentação ocasionada pela neofobia alimentar restringe a ingestão de nutrientes necessários para a manutenção da homeostase corporal. Quando essa restrição é severa e/ou perdura por muito tempo, ela tende a afetar diversos sistemas do organismo, nomeadamente o Sistema Nervoso, afetando as capacidades cognitivas e motoras da criança (Medeiros, 2008). Em suma, quanto mais neofóbica for a criança, mais o repertório de consumo alimentar é restrito e a adaptação às recomendações nutricionais é menor (Knaapila et al., 2011; Rigal, 2005, Rioux et al., 2016).

Pelos motivos indicados, a neofobia alimentar em crianças é um comportamento que merece especial atenção, tanto pelos familiares ou responsáveis, quanto pelos educadores e profissionais, uma vez que tal comportamento pode conduzir, em determinadas circunstâncias, a diversas perturbações alimentares ao longo da vida, além de poder interferir com o desenvolvimento biopsicossocial das crianças (Ramalho et al., 2016; Viveiros, 2012).

O desenvolvimento da neofobia alimentar está associado a vários fatores, como individuais, biológicos, psicológicos, económicos, antropológicos e socioculturais (Gedrich, 2003). Nomeadamente, de acordo com Pliner e Lowen (1997), a neofobia alimentar é conceptualizada como um traço da personalidade, demonstrada a partir de comportamentos e atitudes. Estes autores verificaram uma correlação pequena, mas consistente, entre a neofobia alimentar e alguns aspetos do temperamento, sobretudo uma relação entre timidez e emocionalidade. De forma particular, as crianças que são mais neofóbicas também mostram ser mais emocionais e tímidas (Knaapila et al., 2011).

De igual forma, o ambiente em que a criança está inserida e que regula os hábitos alimentares parece ser determinante para o surgimento da neofobia alimentar. Os pais são a primeira influência alimentar que as crianças recebem, sendo essenciais no processo de criação de hábitos alimentares infantis. Muitas vezes, os mesmos não são sensíveis e recetivos aos sinais que a criança apresenta, como apetite e saciedade, e acabam por prejudicar o estímulo à alimentação da mesma (Silva, Costa & Giugliani, 2016). Apesar das evidências prévias na área, mais conhecimento sobre os fatores determinantes relacionados com a neofobia alimentar é necessário e fundamental para delinear de uma abordagem adequada para enfrentar esta condição, tendo em consideração, nomeadamente as diversas influências que o comportamento alimentar sofre (Torres et al., 2021).

A neofobia alimentar e/ou alergia alimentar influencia significativamente os hábitos alimentares das crianças. A pertinência da continuidade de investigação em torno dos fatores determinantes a estas condicionantes é sustentada, nomeadamente, por estudos que revelam que pacientes com alergia alimentar têm pior qualidade de vida que outros pacientes com doenças consideradas mais graves, como por exemplo a diabetes (EAACI, 2012). Os pacientes alérgicos não têm sintomas diários, no entanto, vivem sobre constante pressão devido à vigilância necessária para evitar a ingestão dos alimentos aos quais são alérgicos. O facto de ter de evitar certos alimentos pode também causar desequilíbrios na dieta o que acarreta outro tipo de complicações. Adicionalmente, apesar de serem as crianças que estão em risco de anafilaxia e de estarem predispostas ao desenvolvimento de outras patologias como eczema atópico, rinite alérgica e asma, são os adultos que sofrem mais psicologicamente com a alergia alimentar, quer quando são estes a vivenciarem esta condição, quer quando são pais ou responsáveis por crianças com alergia alimentar, devido ao papel de proteção na gestão da doença (Nwaru et al., 2014).

Esta gestão passa por conhecer todos os alimentos que constituem determinada receita, mesmo que a contaminação pelo alimento alergénico pareça improvável, assim como ler os rótulos dos alimentos para que se possa prevenir a ingestão acidental do alergénio (Cummings et al., 2010). Evitar a contaminação cruzada também é imprescindível, ou seja, evitar o contacto do alimento que seria seguro com o alergénio, uma vez que quantidades extremamente pequenas de alergénio muitas vezes são suficientes para provocar uma reação alérgica grave (Nunes et al., 2012).

Neste contexto, o presente estudo pretende contribuir para um maior conhecimento na área ao analisar os fatores determinantes da neofobia alimentar em crianças dos 0 aos 12 anos com alergia alimentar, bem como explorar a associação entre a neofobia alimentar, as manifestações clínicas de alergia alimentar e a qualidade de vida das crianças com esta patologia. De forma particular, a presente investigação propõe os seguintes objetivos: comparar a neofobia alimentar (dimensão de neofobia, dimensão de neofilia e escala total) entre crianças com alergia alimentar e crianças sem alergia alimentar; analisar a associação entre a neofobia alimentar das crianças e as características de personalidade, sintomatologia psicológica e ansiedade e superproteção parental das mães, considerando o grupo de crianças com alergia alimentar vs. o grupo de crianças sem alergia alimentar; e estudar o fator preditor das características psicológicas maternas e da neofobia alimentar das crianças na qualidade de vida das crianças com alergia alimentar.

## MÉTODO

### Participantes

A amostra é constituída por 73 mães das quais, 32 fazem parte do grupo de crianças com alergia alimentar (mães de crianças com suspeita ou diagnóstico de alergia alimentar ao ovo e/ou ao leite) e 41 do grupo de crianças sem alergia alimentar (mães de crianças sem suspeita ou diagnóstico de alergia alimentar ao ovo e/ou ao leite).

As participantes do grupo de crianças com alergia alimentar foram recrutadas através de um processo de amostragem por conveniência, na consulta de Imunoalergologia (destinada à realização das provas de provocação), de um Centro Hospitalar da região norte do país. As participantes do grupo de crianças sem alergia alimentar foram recrutadas através de um processo de amostragem bola de neve, onde foi solicitada a participação de mães que correspondessem aos critérios de inclusão, exceto no que respeita a existência de suspeita de diagnóstico de alergia alimentar ao ovo e/ou ao leite. Esses critérios compreendiam nomeadamente: mães de crianças com idades correspondidas entre os 0 e os 12 anos; com idade superior a 18 anos atualmente; e aceitarem a cedência de dados pessoais e relativos ao filho/a e consentirem a recolha de dados para efeitos exclusivos de investigação com garantia de confidencialidade.

Considerando a amostra total ( $N = 73$ ), todas as participantes eram de nacionalidade portuguesa. As idades das participantes encontravam-se compreendidas entre os 24 e os 52 anos ( $M = 35.19$ ;  $DP = 6.02$ ). No que se refere ao estado civil, a maioria das participantes eram casadas (56.2%), sendo que no grupo de crianças com alergia alimentar não existiam participantes divorciadas o que acontecia no grupo de crianças sem alergia alimentar (12.2%).

Em relação às habilitações literárias, a maioria das participantes tinham o 3º ciclo (46.6%). No que respeita ao estatuto ocupacional, a maioria das mães encontrava-se empregada (94.5%). De referir, no entanto, que no grupo de crianças sem alergia alimentar não existiam participantes desempregadas.

No que concerne à situação económica atual, 68 das participantes percecionam a mesma como média (93.2%). Quando questionadas sobre a perceção do estado de saúde psicológica atual, a maioria das mães classificavam-na como boa (64.4%). Em relação ao estilo alimentar das participantes, mais de metade (80.8%) refere ser saudável.

Na Tabela 1, são apresentadas as características sociodemográficas da amostra total e para os grupos de mães de crianças com alergia e sem alergia alimentar, respetivamente. Estes dois grupos apresentam-se equivalentes para a generalidade das características sociodemográficas, exceto no que respeita ao estatuto ocupacional, não existindo mães desempregadas no grupo de crianças sem alergia alimentar ( $\chi^2 = 5.42$ ;  $p < .05$ ).

**Tabela 1.**

*Caracterização sociodemográfica das mães de crianças com alergia alimentar e de crianças sem alergia alimentar.*

| Variáveis                             |                | Grupo de crianças com alergia alimentar (N = 32) | Grupo de crianças sem alergia alimentar (N = 41) | Total (N = 73) |
|---------------------------------------|----------------|--|--|----------------|
|                                       |                | n (%)  | n (%)  | n (%)          |
| <b>Estado civil</b>                   | Solteiro/a     | 2 (6.3)  | 2 (4.9)  | 4 (5.5)        |
|                                       | Casado/a       | 25 (78.1)  | 16 (39.0)  | 41 (56.2)      |
|                                       | União de facto | 5 (15.6)   | 18 (43.9)  | 23 (31.5)      |
|                                       | Divorciado/a   | -  | 5 (12.2)   | 5 (6.8)        |
| <b>Habilitações literárias</b>        | 2º Ciclo       | 2 (6.3)  | 1 (2.4)  | 3 (4.1)        |
|                                       | 3º Ciclo       | 14 (43.8)  | 20 (48.8)  | 34 (46.6)      |
|                                       | Licenciatura   | 9 (28.1)   | 10 (24.4)  | 19 (26.0)      |
|                                       | Mestrado       | 6 (18.8)   | 6 (14.6)   | 12 (16.4)      |
|                                       | Doutoramento   | 1 (3.1)  | 4 (9.8)  | 5 (6.8)        |
| <b>Estatuto ocupacional</b>           | Empregado      | 28 (87.5)  | 41 (100.0)                                       | 69 (94.5)      |
|                                       | Desempregado   | 4 (12.5)   | -  | 4 (5.5)        |
| <b>Situação económica atual</b>       | Má             | 3 (9.4)  | 2 (4.9)  | 5 (6.8)        |
|                                       | Média          | 29 (20.6)  | 39 (95.1)  | 68 (93.2)      |
|                                       | Alta           | -  | -  | -              |
| <b>Histórico de saúde psicológica</b> | Sim            | 6 (18.8)   | 2 (4.9)  | 8 (11.0)       |
|                                       | Não            | 26 (81.3)  | 39 (95.1)  | 65 (89.0)      |



|  |  |           |           |           |
|--|--|-----------|-----------|-----------|
| <b>Perceção do estado de saúde psicológica atual</b> | Nem boa nem má   | 3 (9.4)   | 14 (34.1) | 17 (23.3) |
|  | Boa  | 24 (75.0) | 23 (56.1) | 47 (64.4) |
|  | Muito boa  | 5 (15.6)  | 4 (9.8)   | 9 (12.3)  |
| <b>Estilo alimentar</b>                              | Deficitário  | 1 (3.1)   | 2 (4.9)   | 3 (4.1)   |
|  | Saudável   | 26 (81.3) | 33 (80.5) | 59 (80.8) |
|  | Muito variável nos diferentes elementos que constituem o agregado familiar | 5 (15.6)  | 6 (14.6)  | 11 (15.1) |
|  |  |           |           |           |

Na Tabela 2, são apresentadas as variáveis sociodemográficas relativamente aos filhos das participantes do grupo de crianças com alergia alimentar e do grupo de crianças sem alergia alimentar.

**Tabela 2.**

*Caracterização sociodemográfica e análise descritiva de crianças com alergia alimentar e sem alergia alimentar.*

|   |           | <b>Grupo de crianças com alergia alimentar (N = 32)</b> | <b>Grupo de crianças sem alergia alimentar (N = 41)</b> | <b>Total (N = 73)</b> |
|---|-----------|---|---|-----------------------|
| <b>Variáveis</b>  |           | <i>M (DP)</i>   | <i>M (DP)</i>   | <i>M (DP)</i>         |
| <b>Durante quanto tempo amamentou (Meses)?</b>                        |           | 12.48 (11.14)   | 13.03 (6.95)  | 12.79 (8.98)          |
| <b>Com que idade foram introduzidos os alimentos sólidos (Meses)?</b> |           | 6.72 (2.67)   | 5.73 (1.28)   | 6.17 (2.06)           |
| <b>Variáveis</b>  |           | <i>n (%)</i>  | <i>n (%)</i>  | <i>n (%)</i>          |
| <b>Identificação do género do filho</b>                               | Feminino  | 13 (40.6)   | 23 (56.1)   | 36 (49.3)             |
|   | Masculino | 19 (59.4)   | 18 (43.9)   | 37 (50.7)             |

|                                     |  |           |           |           |
|-------------------------------------|--|-----------|-----------|-----------|
| <b>Amamentado com leite materno</b> | Sim, em exclusivo até à introdução de alimentos sólidos  | 16 (50.0) | 23 (56.1) | 39 (53.4) |
|                                     | Sim, com leite materno em exclusivo inicialmente e depois com leite materno e leite artificial | 8 (25.0)  | 6 (14.6)  | 14 (19.2) |
|                                     | Sim, sempre com leite materno e leite artificial em conjunto                                   | 4 (12.5)  | 8 (19.5)  | 12 (16.4) |
|                                     | Não (exclusivamente leite artificial)  | 4 (12.5)  | 4 (9.8)   | 8 (11.0)  |

Considerando a amostra total ( $N = 73$ ), as idades das crianças encontravam-se compreendidas entre os 0 e os 12 anos ( $M = 5.10$ ;  $DP = 3.45$ ). Relativamente à identificação do género do/a filho/a, no grupo de crianças com alergia alimentar existem mais filhos do género masculino (59.4%), enquanto que no grupo de crianças sem alergia alimentar existem mais filhos do género feminino (56.1%). Quando questionadas quanto à amamentação com leite materno, 39 das participantes afirmaram que amamentaram em exclusivo até à introdução de alimentos sólidos (53.4%).

## **Instrumentos**

### **Questionário Sociodemográfico e Clínico**

Um Questionário Sociodemográfico e Clínico (cf. Anexo 1) foi construído para efeito da presente investigação, com o intuito de recolher informações sociodemográficas (nacionalidade; estado civil; habilitações literárias; estatuto ocupacional; número de elementos do agregado familiar; composição do agregado familiar; e situação económica atual). O questionário administrado faz também referência à perceção da saúde mental da mãe, mais especificamente, é avaliado a perceção da mãe relativamente ao estado de saúde mental atual, se já teve algum problema de saúde mental e se alguma vez recorreu a ajuda psicológica. De igual modo, é avaliada a perceção do regime alimentar da família, ou seja, a perceção do estilo alimentar que melhor representa o agregado familiar atualmente: de quem é a responsabilidade da confeção das refeições, quantas são feitas em casa ou fora, durante a semana e o fim de semana. As respostas são organizadas num formato de seleção de resposta e num formato de resposta aberta.

Foram ainda recolhidas informações apenas com as mães de crianças com alergia alimentar, nomeadamente relativas ao historial clínico e sintomas de alergia alimentar da criança (surgimento dos sintomas de alergia alimentar; problemas causados por esses sintomas; a que alimentos faz reação alérgica; se teve algum problema de saúde anteriormente para além da alergia alimentar e se faz algum tipo de medicação).

### **Escala de Neofobia Alimentar para Crianças (Pliner, 1994)**

A Escala de Neofobia Alimentar para Crianças (Pliner, 1994) é uma escala de 10 itens destinada a medir a disposição das crianças em experimentar novos alimentos, avaliando a perspetiva dos pais sobre a mesma. As respostas são classificadas numa escala tipo *Likert*, de 5 pontos, variando desde “Discordo completamente” a “Concordo completamente”. Esta escala encontra-se ainda subdividida em duas dimensões: a Neofobia e a Neofilia.

A pontuação total da escala é calculada somando as respostas individuais a cada item após inverter as classificações para os itens neofílicos. A validação da escala para a população portuguesa evidencia uma boa consistência interna  $\alpha = .82$  (Gomes et al., 2018). No presente estudo, os valores da consistência interna associado às diferentes

dimensões variaram entre  $\alpha = .921$  e  $\alpha = .935$  para o grupo de crianças sem alergia alimentar,  $\alpha = .784$  e  $\alpha = .832$  para o grupo de crianças com alergia alimentar e  $\alpha = .873$  e  $\alpha = .883$  para a amostra total. Na escala total da Neofobia, verificou-se um  $\alpha = .957$  para o grupo de crianças sem alergia alimentar,  $\alpha = .850$  para o grupo de crianças com alergia alimentar e  $\alpha = .919$  para a amostra total.

### **Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; tradução e adaptação de Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004)**

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) (original DASS de Lovibond & Lovibond, 1995) tem como intuito avaliar a Ansiedade, Depressão e Stress dos indivíduos. As três dimensões são constituídas por setes itens cada, num total de 21 itens. Cada item consiste numa afirmação que remete para sintomas emocionais negativos. O indivíduo avalia a extensão em que experimentou cada sintoma durante a última semana, numa escala tipo *Likert* de 4 pontos, que mede a sua gravidade/frequência: “0 = não se aplicou nada a mim”, “1 = aplicou-se a mim algumas vezes”, “2 = aplicou-se a mim muitas vezes”, “3 = aplicou-se a mim a maior parte das vezes”.

A adaptação da escala à população portuguesa foi realizada por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004). No estudo original, os autores obtiveram um alfa de *Cronbach*  $\alpha = .85$  para a Depressão,  $\alpha = .74$  para a Ansiedade e de  $\alpha = .81$  para o Stress. No presente estudo, os valores da consistência interna associados às diferentes dimensões variaram entre  $\alpha = .974$  e  $\alpha = .982$  para o grupo de crianças sem alergia alimentar,  $\alpha = .895$  e  $\alpha = .924$  para o grupo de crianças com alergia alimentar e  $\alpha = .940$  e  $\alpha = .951$  para a amostra total.

### **Escala de Avaliação de Ansiedade e Superproteção Parental (Pereira et al., 2013)**

A Escala de Avaliação de Ansiedade e Superproteção Parental (Pereira et al., 2013) procura avaliar os comportamentos mais relevantes para a avaliação da ansiedade e preocupação relacionadas com a segurança física e/ou psicológica dos filhos e superproteção parental. É composta por 20 itens, avaliados numa escala tipo

*Likert* de 5 pontos, que vai desde “nada” a “muitíssima”. As três dimensões que compõem o instrumento são: Preocupação e ansiedade parental (10 itens), Superproteção parental (7 itens) e Encorajamento parental aos comportamentos de confronto das crianças (3 itens). A consistência interna é a elevada (valor de  $\alpha$  acima de 0.70 em todas as dimensões).

No presente estudo, os valores da consistência interna associado às diferentes dimensões variaram entre  $\alpha = .899$  e  $\alpha = .951$  para o grupo de crianças sem alergia alimentar,  $\alpha = .838$  e  $\alpha = .925$  para o grupo de crianças com alergia alimentar e  $\alpha = .902$  e  $\alpha = .939$  para a amostra total.

## **Inventário dos Cinco Fatores de Personalidade (Costa & McCrae, 1992)**

O Inventário dos Cinco Fatores de Personalidade (NEO-FFI) (Costa & McCrae, 1992) é uma medida baseada na teoria dos *Big Five* e os 60 itens que o compõem encontram-se divididos em cinco dimensões (Neuroticismo, Extroversão, Amabilidade, Abertura à experiência e Conscienciosidade) com 12 itens cada. Para cada afirmação apresentada, os sujeitos têm que responder utilizando uma escala tipo *Likert* de 5 pontos (Discordo Fortemente; Discordo; Neutro; Concordo; Concordo Fortemente). A versão portuguesa deste inventário apresenta uma boa consistência interna, com valores de alfa de *Cronbach* para os cinco domínios que variam entre .71 e .81 (Magalhães et al., 2014).

No presente estudo, os valores da consistência interna associado às diferentes dimensões variaram entre  $\alpha = .393$  a  $\alpha = .892$  para o grupo de crianças sem alergia alimentar,  $\alpha = .570$  a  $\alpha = .787$  para o grupo de crianças com alergia alimentar e  $\alpha = .482$  a  $\alpha = .856$  para a amostra total.

## **Questionário da qualidade de vida em crianças dos 0-12 anos com alergia alimentar (DunnGalvin e colaboradores, 2008)**

O Questionário da Qualidade de Vida em crianças dos 0-12 anos com alergia alimentar, original *Food Allergy Quality Of Life Questionnaire – Parent Form* (FAQLQ-PF) de DunnGalvin e colaboradores (2008), permite aos pais demonstrar como a alergia alimentar afeta a vida do seu filho. É pedido aos pais que respondam a cada item

imaginando a perspectiva da criança. O questionário contém ainda itens acerca da preocupação parental, stress familiar e impacto nas atividades familiares como resultado da alergia alimentar. Este encontra-se dividido em 3 secções. As secções A, B e C representam o questionário principal de avaliação da qualidade de vida, englobando um total de 30 itens classificados numa escala de *Likert* de 7 pontos (nada, muito pouco, ligeiramente, moderadamente, bastante, muito e extremamente).

A crianças dos 0-3 anos aplica-se apenas a secção A, englobando 15 itens. A crianças dos 4-6 anos aplica-se a secção A e B, englobando 26 itens. A crianças dos 7-12 anos aplica-se as secções A, B e C, englobando 30 itens. A secção D aplica-se a crianças de todas as idades estando esta secção dividida em três partes (A alergia alimentar do filho; Preocupações do inquirido e do filho acerca de segurança; As preocupações como pai/mãe). Os 30 itens presentes nas secções A, B e C são depois classificados em três subescalas: Impacto Emocional (13 itens), Ansiedade Alimentar (8 itens) e Limitações Dietéticas e Sociais (9 itens); O impacto clínico total, bem como das três subescalas é avaliado através da média e de acordo com os três grupos etários referidos, 0-3 anos, 4-6 anos, 7-12 anos (Couto et al., 2016). Existe ausência de valores sobre a sua consistência interna deste questionário para a população portuguesa. No entanto, no original *Food Allergy Quality Of Life Questionnaire – Parent Form* (DunnGalvin et al., 2008), a consistência interna era de  $\alpha = >.70$  para as secções e para a pontuação total. No presente estudo, os valores da consistência interna associado às diferentes secções variaram entre  $\alpha = .698$  e  $\alpha = .949$  para o grupo de crianças com alergia alimentar.

## Procedimentos

### Procedimentos de investigação

O presente estudo está integrado numa investigação longitudinal mais alargada intitulada “Alergia alimentar infantil: Fatores psicológicos maternos e relativos à criança determinantes da adesão ao tratamento”, aprovada pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Universitário onde decorreu o recrutamento da amostra e a recolha dos dados de investigação.

O presente estudo é composto por dois grupos: o grupo de crianças com alergia alimentar e o grupo de crianças sem alergia alimentar. Após aprovação pela Comissão de Ética foi iniciado o recrutamento dos participantes no Serviço de Imunoalergologia do Centro Hospitalar e Universitário, na consulta destinada à realização das provas de provocação para diagnóstico de alergia alimentar. No processo de recrutamento da amostra e recolha de dados, foram garantidos todos os procedimentos inerentes ao respeito pela dignidade humana, direito à confidencialidade e proteção do anonimato e confidencialidade dos dados. Neste momento, foi efetuada uma breve apresentação do estudo, dos seus objetivos e tarefas inerentes à participação, com obtenção do consentimento informado das mães participantes.

Quando o acompanhante da criança à consulta era o progenitor masculino e/ou outros prestadores de cuidados, estes serviram de mediadores de contacto para as mães e somente quando estas aceitaram participar, após apresentação do estudo pela investigadora, é que foi iniciado o processo de recolha dos dados. Após assinatura do consentimento informado foi aplicado, em formato de papel, o Questionário Sociodemográfico e Clínico, o NEO-FFI; o FAQLQ-PF; a EADS; a Escala de Avaliação de Ansiedade e Superproteção Parental; e a Escala de Neofobia Alimentar Infantil. Do total de 57 mães que preenchiam os critérios de inclusão no grupo de crianças com alergia alimentar, apenas 32 mães aceitaram participar no estudo.

O recrutamento de mães de crianças sem alergia alimentar foi feito por um processo de amostragem por bola de neve, através das redes sociais e preenchimento via *Google Forms* (<https://forms.gle/yPoyMYsszfwqsx1Q9>).

## Procedimentos de análise de dados

Para a análise e tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 23 para Windows. Para efeitos de descrição da amostra em termos de dados sociodemográficos recorreu-se à estatística descritiva, com cálculo de médias e desvios-padrão em relação às variáveis contínuas e frequências e percentagens no que respeita às variáveis categoriais. As consistências internas foram calculadas para todos os instrumentos com recurso ao cálculo de coeficientes alfa de *Cronbach*.

Para concretizar o objetivo 1, destinado a comparar a neofobia alimentar entre o grupo de crianças com alergia alimentar e o grupo de crianças sem alergia alimentar realizou-se uma análise de variância multivariada (MANOVA) avaliando as dimensões de neofobia e neofilia. A análise utilizada para MANOVA foi o Lambda de Wilk's. Também foi realizado o Teste t de Student para amostras independentes no sentido de analisar as diferenças significativas entre o grupo de crianças com alergia alimentar e o grupo de crianças sem alergia alimentar relativamente aos scores totais da neofobia.

Para explorar o objetivo 2, nomeadamente, analisar a associação entre a neofobia alimentar das crianças e as características de personalidade, sintomatologia psicológica e ansiedade e superproteção parental das mães considerando o grupo de crianças com alergia alimentar versus grupo de crianças sem alergia alimentar foram implementadas Correlações de *Pearson*. Também se realizaram Correlações de *Spearman*, entre a neofobia alimentar e as dimensões de qualidade de vida somente em crianças com alergia alimentar.

Por fim, efetuou-se uma Regressão Linear Múltipla utilizando as diferentes variáveis de personalidade, sintomatologia psicológica, ansiedade e superproteção parental e qualidade de vida que se mostraram associadas à neofobia alimentar das crianças, nomeadamente a Abertura à experiência (NEO-FFI), o Stress (EADS) e a Ansiedade relacionada com os alimentos (Fator 2 – QVCAA). Com esta análise pretende-se concretizar o objetivo 3 do presente estudo, destinada a estudar o papel preditor das características psicológicas maternas e da neofobia alimentar das crianças na qualidade de vida das crianças com alergia alimentar.



## RESULTADOS

### 1) Neofobia alimentar de crianças com e sem alergia alimentar

Através da análise de variância multivariada (MANOVA) verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de crianças com alergia alimentar e o grupo de crianças sem alergia alimentar relativamente à neofobia alimentar,  $F(2, 70) = 5.744$ ,  $p < .005$ ; Wilk's  $\Lambda = 0.859$ , parcial  $\eta^2 = .141$ . De forma particular, os testes de efeitos inter-sujeitos mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para a dimensão específica *Neofobia* ( $F(1, 71) = 7.009$ ;  $p < .005$ ; parcial  $\eta^2 = .090$ ) e para a dimensão *Neofilia* ( $F(1, 71) = 11.541$ ;  $p < .005$ ; parcial  $\eta^2 = .140$ ). As análises descritivas evidenciaram que o grupo de crianças com alergia alimentar apresenta maiores níveis neofobia ( $M = 13.75$ ,  $DP = 3.91$ ) comparativamente ao grupo de crianças sem alergia alimentar ( $M = 11.39$ ,  $DP = 3.67$ ), enquanto que os níveis de neofilia são maiores no grupo de crianças sem alergia alimentar ( $M = 12.27$ ,  $DP = 3.38$ ) comparativamente ao grupo de crianças com alergia alimentar ( $M = 9.38$ ,  $DP = 3.89$ ).

Para a análise das diferenças entre o grupo de crianças com alergia alimentar e o grupo de crianças sem alergia alimentar no que respeita aos resultados totais obtidos na escala de Neofobia, foi realizado um teste *T* de *Student*, tendo-se encontrado diferenças significativas entre os grupos,  $t(71) = -3.259$ ,  $p < .005$ . Verificou-se que os resultados totais de neofobia são significativamente superiores no grupo de crianças com alergia alimentar ( $M = 28.37$ ,  $DP = 6.84$ ) comparativamente ao grupo de crianças sem alergia alimentar ( $M = 23.12$ ,  $DP = 6.83$ ).

### 2) Associação entre as características psicológicas maternas (personalidade, sintomatologia psicológica e ansiedade e superproteção parental) e a neofobia alimentar das crianças com e sem alergia alimentar

De forma a compreender se existiam correlações estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo foram realizadas correlações de *Pearson*, de forma independente, para o grupo de crianças com alergia alimentar e o grupo de crianças sem alergia alimentar (cf. Tabela 3, 4 e 5).

**Tabela 3.**

Associação entre a personalidade materna e a neofobia alimentar de crianças com e sem alergia alimentar: Coeficientes de correlação de Pearson (N = 73).

|                               | Neofobia      |          | Neofilia     |              | Neofobia total |          |
|-------------------------------|---------------|----------|--------------|--------------|----------------|----------|
|                               | Experimental  | Controle | Experimental | Controle     | Experimental   | Controle |
| <b>Neuroticismo</b>           | -.058         | .067     | .316         | -.261        | -.213          | .165     |
| <b>Extroversão</b>            | -.281         | -.219    | .213         | <b>.315*</b> | -.282          | -.274    |
| <b>Abertura à experiência</b> | <b>-.412*</b> | -.093    | .260         | -.210        | <b>-.383*</b>  | -.240    |
| <b>Amabilidade</b>            | -.084         | .186     | -.260        | .039         | .087           | .009     |
| <b>Conscienciosidade</b>      | .059          | .047     | -.034        | -.175        | .053           | -.218    |

Nota. \* p < .05

Como podemos verificar na tabela 3, no grupo das mães de crianças com alergia alimentar, a dimensão abertura à experiência apresenta associações negativas, estatisticamente significativas, com a neofobia (quer considerando os resultados na dimensão, quer na escala total), o que indica que quanto menor é a abertura à experiência da mãe, maior será a neofobia da criança. Por outro lado, no grupo de crianças sem alergia alimentar, foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa entre a dimensão extroversão e a dimensão neofilia, o que indica que quanto maior é a extroversão da mãe, maiores os níveis de neofilia são apresentados pelas crianças sem alergia alimentar.

**Tabela 4.**

Associação entre a sintomatologia psicológica materna (ansiedade, depressão e stress) e a neofobia alimentar de crianças com e sem alergia alimentar: Coeficientes de correlação de Pearson (N = 73).

|                  | Neofobia     |          | Neofilia     |          | Neofobia total |          |
|------------------|--------------|----------|--------------|----------|----------------|----------|
|                  | Experimental | Controle | Experimental | Controle | Experimental   | Controle |
| <b>Ansiedade</b> | -.224        | -.015    | .133         | .044     | -.203          | -.030    |
| <b>Depressão</b> | -.153        | -.038    | .192         | .072     | -.197          | -.056    |
| <b>Stress</b>    | -.339        | .093     | <b>.385*</b> | -.140    | <b>-.413*</b>  | .119     |

Nota. \* p < .05

No grupo de crianças com alergia alimentar foram ainda encontradas associações estatisticamente significativas entre a dimensão stress (materno) e a dimensão neofilia e os resultados na escala total de neofobia (da criança). De acordo com os resultados obtidos, quanto maiores níveis de stress da mãe estão relacionados com maiores níveis de neofilia e menores níveis de neofobia das crianças com alergia alimentar (cf. Tabela 4).

No grupo de crianças sem alergia alimentar, não se encontraram associações estatisticamente significativas entre as dimensões ansiedade, depressão e stress e as dimensões e escala total de neofobia.

**Tabela 5.**

*Associação entre a ansiedade e a superproteção parental das mães e a neofobia alimentar de crianças com e sem alergia alimentar: Coeficientes de correlação de Pearson (N = 73).*

|                      | Neofobia     |          | Neofilia     |          | Neofobia total |          |
|----------------------|--------------|----------|--------------|----------|----------------|----------|
|                      | Experimental | Controle | Experimental | Controle | Experimental   | Controle |
| <b>Ansiedade</b>     | .095         | -.011    | .110         | .050     | -.008          | -.031    |
| <b>Superproteção</b> | -.072        | -.037    | .158         | -.030    | -.131          | -.005    |
| <b>Confronto</b>     | .140         | .128     | .261         | -.059    | -.068          | .098     |

Como podemos verificar na tabela 5, não se encontraram, quer no grupo de crianças com alergia alimentar quer no grupo de controlo, associações estatisticamente significativas entre as dimensões ansiedade, superproteção e confronto da mãe e a neofobia alimentar das crianças (quer considerando os resultados nas dimensões, quer na escala total).

### **3) Análise do papel preditor das características psicológicas maternas e da neofobia alimentar das crianças na qualidade de vida das crianças com alergia alimentar**

De forma a analisar o papel preditor das características psicológicas maternas e da neofobia alimentar das crianças na qualidade de vida das crianças com alergia alimentar

foram realizadas correlações de *Spearman*, entre as várias variáveis em estudo (cf. Tabela 6).

**Tabela 6.**

*Associação entre as características psicológicas maternas e a neofobia alimentar das crianças e a qualidade de vida das crianças com alergia alimentar: Coeficientes de correlação de Spearman (N = 32).*

|   | <b>Impacto emocional (Fator 1)</b> | <b>Ansiedade relacionada com os alimentos (Fator 2)</b> | <b>Limitação social e dietética (Fator 3)</b> | <b>Qualidade de vida (Escala total)</b> |
|---|------------------------------------|---|---|---|
| <b>Neofobia</b>                         | <b>.366*</b>                       | <b>.489**</b>   | <b>.366*</b>                                  | <b>.414*</b>                            |
| <b>Neofilia</b>                         | .105                               | .035  | -.099   | .054                                    |
| <b>Neofobia total</b>                   | .174                               | .271  | .274  | .226                                    |
| <b>Neuroticismo (NEO-FFI)</b>           | <b>.444*</b>                       | .290  | <b>.482**</b>                                 | <b>.476**</b>                           |
| <b>Extroversão (NEO-FFI)</b>            | -.004                              | -.042   | .069  | .027                                    |
| <b>Abertura à experiência (NEO-FFI)</b> | -.028                              | -.090   | -.237   | -.095                                   |
| <b>Amabilidade (NEO-FFI)</b>            | .039                               | -.041   | .113  | .051                                    |
| <b>Conscienciosidade (NEO-FFI)</b>      | -.095                              | -.130   | -.080   | -.095                                   |
| <b>Ansiedade (EASD)</b>                 | .131                               | .011  | -.041   | .042                                    |
| <b>Stress (EASD)</b>                    | .237                               | .043  | .187  | .203                                    |
| <b>Depressão (EASD)</b>                 | .193                               | .137  | .131  | .155                                    |
| <b>Ansiedade (EASP)</b>                 | .092                               | .152  | .089  | .120                                    |
| <b>Superproteção (EASP)</b>             | .111                               | .136  | .164  | .170                                    |
| <b>Confronto (EASP)</b>                 | .341                               | .216  | .063  | .258                                    |

Nota. \* p <.05 \*\* p<.01

Como se pode verificar na tabela 6, associações estatisticamente significativas foram encontradas entre a dimensão específica de neofobia alimentar e todas as dimensões de impacto da alergia alimentar na qualidade de vida das crianças com esta

patologia. Neste sentido, quanto maiores os níveis de neofobia das crianças maior é a percepção materna do impacto que a alergia alimentar tem na qualidade de vida das crianças, considerando a dimensão emocional, a ansiedade relacionada com os alimentos e a limitação social e dietética. Também foram encontradas associações positivas estatisticamente significativas entre a dimensão neuroticismo (NEO-FFI) e a percepção materna acerca do impacto da alergia alimentar na qualidade de vida das crianças. De forma particular, maiores scores de neofobia alimentar surgem associados a um maior impacto emocional, limitação social e dietética causados pela alergia alimentar.

Considerando os fatores que se mostraram significativamente associados ao impacto percebido pela mãe da alergia alimentar na qualidade de vida das crianças, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla pelo método *stepwise*, para avaliar o peso preditivo das diferentes variáveis identificadas na variável dependente em análise. Os resultados obtidos demonstram que o neuroticismo ( $\beta = .417$ ;  $t = 2.510$ ,  $p < .05$ ) é o preditor do modelo que apresenta o maior peso na predição do impacto da alergia alimentar na qualidade de vida das crianças com esta patologia, explicando isoladamente 14.6% da variabilidade observada na qualidade de vida ( $F_{(1, 31)} = 6.303$ ,  $p < .05$ ). A este fator associa-se a dimensão específica de neofobia, explicando estas duas variáveis 31.8% da variabilidade observada no impacto da alergia alimentar na qualidade de vida ( $F_{(2,31)} = 8.229$ ,  $p < .01$ ). De acordo com este modelo, quanto maiores os níveis de neuroticismo materno ( $\beta = .442$ ;  $t = 2.975$ ,  $p < .01$ ) e os níveis de neofobia alimentar ( $\beta = .435$ ;  $t = 2.927$ ,  $p < .01$ ) das crianças, maior o impacto percebido da alergia alimentar na qualidade de vida das crianças com esta patologia.

## DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O presente estudo pretende contribuir para um maior conhecimento na área ao analisar a associação entre a neofobia alimentar das crianças dos 0 aos 12 anos e as características de personalidade, sintomatologia psicológica e ansiedade e superproteção parental das mães, considerando crianças com e sem alergia alimentar. De forma particular, a presente investigação teve como objetivos específicos: 1) comparar a neofobia alimentar (dimensão de neofobia, dimensão de neofilia e escala total) entre crianças com alergia alimentar e crianças sem alergia alimentar; 2) analisar a associação entre a neofobia alimentar das crianças e as características de personalidade, sintomatologia psicológica e ansiedade e superproteção parental das mães, considerando o grupo de crianças com alergia alimentar vs. o grupo de crianças sem alergia alimentar; e 3) estudar o peso preditivo das características psicológicas maternas e da neofobia alimentar das crianças na qualidade de vida das crianças com alergia alimentar.

Relativamente ao primeiro objetivo, os resultados obtidos permitiram verificar maiores níveis de neofobia alimentar em crianças com alergia alimentar comparativamente a crianças sem esta patologia, observando-se o inverso para os comportamentos neofílicos, que apresentam maior incidência em crianças sem alergia alimentar. Dado que a neofobia alimentar é caracterizada pela relutância em consumir ou a falta de vontade de experimentar alimentos desconhecidos (Pliner, 1994) e a neofilia alimentar é a tendência à exploração, necessidade de mudança, de novidade e de variedade (Fischler, 1990), os resultados obtidos parecem reforçar a perspectiva evolucionista, segundo a qual os comportamentos neofóbicos são úteis para minimizar riscos de ingestão de alimentos prejudiciais à saúde. Neste sentido, pode-se hipotetizar que hipótese que estas crianças (com alergia alimentar) tendam a ser mais neofóbicas porque desta forma minimizam o risco de reações alérgicas graves ou até mesmo fatais decorrentes do consumo de alergénicos (Knaapila et al., 2007).

No que respeita às características maternas respeitantes à personalidade, sintomatologia psicológica e ansiedade e superproteção parental associadas à neofobia alimentar das crianças foi possível verificar que estas características são distintas em função do grupo em causa. Enquanto no grupo de crianças sem alergia alimentar foi encontrada uma associação entre a extroversão materna e o comportamento alimentar neofílico das crianças, o que parece ser congruente com a atenuação da neofobia alimentar ao longo da vida do indivíduo promotora de uma variedade alimentar essencial para a sobrevivência do indivíduo (Cooke & Wardle, 2005), no caso do grupo de crianças

com alergia alimentar foi possível verificar a existência de uma associação negativa entre a abertura materna à experiência e a neofobia alimentar. Neste sentido, a condição de neofobia das crianças é, deste modo, maior nas crianças de mães que apresentam menor abertura à experiência. Segundo Almeida (2010), a neofobia está associada a traços de personalidade-ansiedade, sugerindo também que esta pode ser hereditária. Ou seja, as crianças tendem a seguir os hábitos de seus pais em virtude do vínculo afetivo (Maratos & Staples, 2015).

Adicionalmente, foi possível verificar que maiores níveis de neofilia das crianças com alergia alimentar se associaram a maiores níveis de stress da mãe, colocando-se como hipótese que estes possam estar associados a um maior receio perante a possibilidade de introdução de novos alimentos na alimentação dos seus filhos, ficando estes níveis de stress mais reduzidos quando é percebido um maior controlo/evitamento da exposição a eventuais alergénicos.

Tendo-se verificado que as características maternas associadas à neofobia alimentar eram distintas nos dois grupos de crianças, com e sem alergia alimentar, procurou-se também verificar, no caso específico das crianças com alergia, quais os fatores que se associavam a um maior impacto desta condição clínica na qualidade de vida das crianças e a que níveis. Os resultados obtidos mostraram que maiores traços de neuroticismo materno predizem um maior impacto negativo da alergia alimentar na qualidade de vida das crianças com esta patologia. Em associação também a neofobia alimentar das crianças surge relacionada no mesmo sentido, sendo acompanhada por uma pior perceção de qualidade de vida nas crianças com esta patologia, quer a nível emocional, quer quanto à ansiedade relacionada com os alimentos e às limitações sociais e dietéticas impostas. A realidade de viver com alergia alimentar, ou cuidar de alguém com esta patologia não é fácil. Quando se trata de crianças com alergia alimentar, a preocupação dos pais é grande, o facto de não poderem ter um controlo absoluto e a sensação de impotência em caso de ingestão acidental fá-los viver em constante sobressalto (Cummings et al., 2010). O mesmo se aplica às crianças, que devido a esta condição acabam por ter o seu desenvolvimento pessoal, bem-estar psicológico e físico afetados, afetando conseqüentemente a sua qualidade de vida (Soares-Weiser et al., 2013). De facto, a gravidade dos sintomas alérgicos, nomeadamente o risco de anafilaxia, assume um profundo impacto psicossocial nas crianças, adolescentes e suas famílias, em particular, pela vigilância constante necessária para evitar os alergénios, com conseqüente impacto na gestão diária das atividades e eventos sociais (Cummings et al., 2010; DunnGalvin et al., 2015). Esta gestão diária acaba por causar frustração e ansiedade nos pais. A ansiedade provoca

reações normais e esperadas da adaptação por parte dos pais devido ao facto de terem um filho com uma condição exigente (Klennert & Robinson, 2008). Avery e colaboradores (2003) sugeriram que elevados níveis de ansiedade em crianças com alergia alimentar, apesar de afetarem negativamente a sua qualidade de vida, poderiam ser interpretados como benéficos na sua proteção, isto porque as estimulava a cumprir as adequadas medidas de prevenção e planos de gestão. Afirmando assim que níveis apropriados de ansiedade podem ser necessários para que as famílias possam gerir corretamente a doença. Isto sugere que um certo nível de ansiedade é necessário para uma adequada à doença. Ainda assim, altos níveis de ansiedade podem não ser benéficos e resultar numa resposta maladaptativa, ao colocar restrições irrealistas nas crianças (Cummings et al., 2010), pelo que importa debater medidas que promovam o acompanhamento psicológico das crianças com alergia alimentar e respetivas famílias no sentido de rastrear as famílias em risco de desajustamento perante a doença, promovendo a sua intervenção e, desta forma, beneficiando a adaptação familiar.

Apesar da pertinência do presente estudo, é importante referir algumas limitações do mesmo, nomeadamente a extensão do protocolo de investigação na recolha de dados, o que eventualmente limitou o número de participantes; a escassa literatura em torno do estudo da neofobia alimentar em pacientes com alergia alimentar o que dificulta a discussão dos resultados e a sua compreensão; a não consideração das variáveis paternas, as quais se sabe que são cada vez mais importantes na prestação de cuidados e determinação do desenvolvimento infantil; e, por último, por se tratar de um estudo de carácter transversal não conseguimos analisar a trajetória de evolução da neofobia alimentar e a forma como ela co-existe com a condição clínica de alergia alimentar. Por todos estes motivos, considera-se este um estudo de natureza exploratória, devendo as suas conclusões ser ponderadas com cautela.

Por último, o presente estudo levanta questões pertinentes para futuras investigações, tais como: a neofobia e o neuroticismo das mães serão respostas (des)adaptativas à alergia alimentar ou se podem ser anteriores a esta condição; a neofobia alimentar e o neuroticismo da mãe podem de facto ser fatores perpetuadores da severidade da alergia alimentar; e qual o nível de stress e de neofobia 'saudável' nas mães e crianças com alergia alimentar.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos estudos realizados com crianças com alergia alimentar centra-se em dietas restritas, em impactos psicológicos e sociais devido a esta condição. Escassos são os estudos que procuram avaliar os efeitos da neofobia alimentar neste impacto. Neste sentido, os resultados do presente estudo são bastante importantes para começar a compreender as influências mútuas entre estas duas condições, destacando-se as seguintes conclusões: a neofobia alimentar é maior em crianças com alergia alimentar comparativamente a crianças sem esta patologia; as características associadas à neofobia alimentar são diferentes em crianças com alergia alimentar e sem esta condição, sendo que a personalidade materna se destaca como um fator com impacto relevante em ambos os grupos, enquanto que o stress materno exerce uma influência específica especialmente relevante para as crianças com neofobia alimentar; e, por último, o neuroticismo da mãe e a neofobia alimentar das crianças são importantes fatores psicológicos a trabalhar com as famílias de crianças com alergia alimentar, no sentido da diminuição do impacto da alergia alimentar na qualidade de vida das crianças.

Existem determinadas estratégias que podem ser benéficas para as crianças com alergia alimentar e para as suas famílias, assim como programas - e.g., Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (Graça et al., 2017). É necessário educar os cuidadores, as crianças e toda a família, mas também os amigos e a comunidade em geral, para compreender a necessidade de uma constante vigilância com eventual necessidade de tratamento de emergência, a par do desenvolvimento de esforços para manter certa normalidade no seu dia-a-dia em casa, na escola e nos eventos sociais (Cummings et al., 2010; Flammarión et al., 2011).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Addessi, E., Galloway, A. T., Visalberghi, E., & Birch, L. L. (2005). Specific social influences on the acceptance of novel foods in 2-5-year-old children. *Appetite*, 45(3), 264-271. <https://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2005.07.007>
- Aldalur, E. M., Mateo, C. M., & Lasa, N. B. (2014). Neofobia y otros trastornos restrictivos alimentarios en la infancia y consumo de frutas y verduras: revisión. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 20(4), 150-157. <https://dx.doi.org/10.14642/RENC.2014.20.4.5029>
- Almeida, A. T. M. D. S. (2010). *O treino do paladar: marcadores precoces de uma alimentação saudável para a vida* [Master's thesis, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/54777>
- Avery, N. J., King, R. M., Knight, S., & Hourihane, J. O. B. (2003). Assessment of quality of life in children with peanut allergy. *Pediatric Allergy and Immunology*, 14(5), 378-382. <https://dx.doi.org/10.1034/j.1399-3038.2003.00072.x>
- Cooke, L. J., & Wardle, J. (2005). Age and gender differences in children's food preferences. *British Journal of Nutrition*, 93(5), 741-746. <https://dx.doi.org/10.1079/BJN20052389>
- Costa, P. T. Jr., & McCrae, R. R. (1989). *The NEO-PI/NEO-FFI manual supplement*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Couto, M., Silva, D., Piedade, S., Borrego, L. M., Flokstra-de Blok., & Morais-Almeida, M. (2016). Translation to Portuguese and cultural adaptation of Food Allergy Quality of Life Questionnaire-Parent Form (FAQLQ-PF). *European Annals of Allergy and Clinical Immunology*, 48(3), 82-87. <https://dx.doi.org/10.1186/2045-7022-5-S3-P101>
- Cummings, A. J., Knibb, R. C., King, R. M., & Lucas, J. S. (2010). The psychosocial impact of food allergy and food hypersensitivity in children, adolescents and their families: a review. *Allergy*, 65(8), 933-945. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1398-9995.2010.02342.x>
- Day, R. L., Coe, R. L., Kendal, J. R., & Laland, K. N. (2003). Neophilia, innovation and social learning: a study of intergeneric differences in callitrichid monkeys. *Animal Behaviour*, 65(3), 559-571. <https://dx.doi.org/10.1006/anbe.2003.2074>

- Dias, M. C. A. P., Freire, L. M. S., & Franceschini, S. D. C. C. (2010). Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. *Revista de Nutrição*, 23(3), 475-486. <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000300015>
- DunnGalvin, A., De BlokFlokstra, B. M. J., Burks, A. W., Dubois, A. E. J., & Hourihane, J. O. B. (2008). Food allergy QoL questionnaire for children aged 0-12 years: content, construct, and cross-cultural validity. *Clinical & Experimental Allergy*, 38(6), 977-986. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2222.2008.02978.x>
- DunnGalvin, A., Dubois, A. E. J., Flokstra-de Blok, B. M. J., & JO"B, H. (2015). The effects of food allergy on quality of life. *Food Allergy: Molecular Basis and Clinical Practice*, 101, 235-252. <https://dx.doi.org/10.1159/000375106>
- EAACI. (2012). Food Allergy and Anaphylaxis Public Declaration. *European Academy of Allergy and Clinical Immunology*. <http://dgaki.de/wp-content/uploads/2014/04/FoodAllergyAnaphylaxisPublicDeclarationCombined.pdf>
- Faith, M. S., Heo, M., Keller, K. L., & Pietrobelli, A. (2013). Child food neophobia is heritable, associated with less compliant eating, and moderates familial resemblance for BMI. *Obesity*, 21(8), 1650-1655. <http://dx.doi.org/10.1002/oby.20369>
- Falciglia, G. A., Couch, S. C., Gribble, L. S., Pabst, S. M., & Frank, R. (2000). Food neophobia in childhood affects dietary variety. *Journal of the American Dietetic Association*, 100(12), 1474-1481. [https://dx.doi.org/10.1016/S0002-8223\(00\)00412-0](https://dx.doi.org/10.1016/S0002-8223(00)00412-0)
- Fischler, C. (1990). *L' Homnivore: Sur les Fondamentaux de la Biologie et de la Philosophie*. Odile Jacob. <https://books.google.com.br/books?id=ydnaAAAQBAJ&lpg=PT9&ots=T0lznc4S2c&dq=L'Homnivore.%20Le%20go%C3%BBt%2C%20la%20cuisine%20et%20le%20corps.&lr&hl=pt-PT&pg=PT9#v=onepage&q=L'Homnivore.%20Le%20go%C3%BBt,%20la%20cuisine%20et%20le%20corps.&f=false>
- Flammarion, S., Santos, C., Guimber, D., Jouannic, L., Thumerelle, C., Gottrand, F., & Deschildre, A. (2011). Diet and nutritional status of children with food allergies. *Pediatric Allergy and Immunology*, 22(2), 161-165. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1399-3038.2010.01028.x>

- Gedrich, K. (2003). Determinants of nutritional behaviour: a multitude of levers for successful intervention? *Appetite*, 41(3), 231-238. <https://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2003.08.005>
- Gillespie, A. H., & Achterberg, C. L. (1989). Comparison of family interaction patterns related to food and nutrition. *Journal of the American Dietetic Association*, 89(4), 509-512. PMID: 2784810
- Gillespie, A., Woodgate, R. L., Chalmers, K. I., & Watson, W. T. (2007). "Living with risk": mothering a child with food-induced anaphylaxis. *Journal of Pediatric Nursing*, 22(1), 30-42. <https://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2006.05.007>
- Gomes, A. I., Barros, L., Pereira, A. I., Roberto, M. S., & Mendonça, M. (2018). Assessing children's willingness to try new foods: Validation of a Portuguese version of the child's food neophobia scale for parents of young children. *Food Quality and Preference*, 63, 151-158. <https://dx.doi.org/10.1016/j.foodqual.2017.09.002>
- Graça, A., Camolas, J., Gregório, M., Sousa, S., Andrade, C., & Santos, G. (2017). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. *Direção Geral da Saúde*. <http://hdl.handle.net/10400.26/21050>
- Haas, A. M. (2010). Feeding disorders in food allergic children. *Current Allergy and Asthma Reports*, 10(4), 258-264. <https://dx.doi.org/10.1007/s11882-010-0111-5>
- Jawabiri, R. H., & Silva, M. C. (2018). *Neofobia alimentar em crianças e suas consequências*. Repositório da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília. <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/12644>
- King, R. M., Knibb, R. C., & Hourihane, J. O. B. (2009). Impact of peanut allergy on quality of life, stress and anxiety in the family. *Allergy*, 64(3), 461-468. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1398-9995.2008.01843.x>
- Klennert, M. D., & Robison, J. L. (2008). Addressing the psychological needs of families of food-allergic children. *Current Allergy and Asthma Reports*, 8(3), 195-200. <https://dx.doi.org/10.1007/s11882-008-0033-7>
- Knaapila, A., Silventoinen, K., Broms, U., Rose, R. J., Perola, M., Kaprio, J., & Tuorila, H.M. (2011). Food neophobia in young adults: genetic architecture and relation to personality, pleasantness and use frequency of foods, and body mass index—a twin study. *Behavior Genetics*, 41(4), 512-521. <https://dx.doi.org/10.1007/s10519-010-9403-8>

- Knaapila, A., Tuorila, H., Silventoinen, K., Keskitalo, K., Kallela, M., Wessman, M., & Perola, M. (2007). Food neophobia shows heritable variation in humans. *Physiology & Behavior*, 91(5), 573-578. <https://dx.doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.03.019>
- Knibb, R. C. (2015). Effectiveness of cognitive behaviour therapy for mothers of children with food allergy: a case series. *Healthcare*, 3(4), 1194-1211. Multidisciplinary Digital Publishing Institute. <https://dx.doi.org/10.3390/healthcare3041194>
- Lau, G. Y., Patel, N., Umasunthar, T., Gore, C., Warner, J. O., Hanna, H., ... & Boyle, R. J. (2014). Anxiety and stress in mothers of food-allergic children. *Pediatric Allergy and Immunology*, 25(3), 236-242. <https://dx.doi.org/10.1111/pai.12203>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [https://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A. J., Costa, J. J., Costa, M. J., Costa, P., & Lima, M. P. D. (2014). NEO-FFI: Psychometric properties of a short personality inventory in Portuguese context. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(4), 642-657. <https://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.201427405>
- Maratos, F. A., & Staples, P. (2015). Attentional biases towards familiar and unfamiliar foods in children. The role of food neophobia. *Appetite*, 91, 220-225. <https://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2015.04.003>
- Medeiros, R. T. P. (2008). *Caracterização da neofobia alimentar em crianças de três a seis anos* [Doctoral dissertation]. Repositório Universidade Federal do Rio Grande do Norte. <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/17262>
- Nunes, M., Barros, R., Moreira, P., Moreira, A., & Morais-Almeida, M. (2012). *Alergia Alimentar* [Doctoral dissertation] Repositório Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/65706>
- Nwaru, B. I., Hickstein, L., Panesar, S. S., Muraro, A., Werfel, T., Cardona, V., ... & EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group. (2014). The epidemiology of food allergy in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Allergy*, 69(1), 62-75. <https://dx.doi.org/10.1111/all.12305>

- Parletta, N., Peters, J., Owen, A., Tsiros, M. D., & Brennan, L. (2012). Parenting Styles, communication and child/adolescente diets and weight status: let's talk about it. *Early Child Development and Care*, 182(8), 1089-1103. <https://doi.org/10.1080/03004430.2012.678597>
- Pereira, A. I., Barros, L., & Beato, A. (2013). Escala de avaliação da ansiedade e superproteção parentais: estudo psicométrico numa amostra de pais e mães de crianças em idade escolar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 1(35), 35-55. ISSN: 1135-3848
- Peters, J., Sinn, N., Campbell, K., & Lynch, J. (2012). Parental influences on the diets of 2-5-year-old children: systematic review of interventions. *Early Child Development and Care*, 182(7), 837-857. <https://doi.org/10.1080/03004430.2011.586698>
- Pliner, P. (1994). Development of measures of food neophobia in children. *Appetite*, 23(2), 147-163. <https://dx.doi.org/10.1006/appe.1994.1043>
- Pliner, P., & Loewen, E. R. (1997). Temperament and food neophobia in children and their mothers. *Appetite*, 28(3), 239-254. <https://dx.doi.org/10.1006/appe.1996.0078>
- Ramalho, C., Sampaio, M., Rocha, N., & Poínhos, R. (2016). Neofobia alimentar em crianças do 1º ciclo e seus cuidadores. *Acta Portuguesa de Nutrição*, (7), 10-13. <http://dx.doi.org/10.21011/apn.2016.0703>
- Ramos, M., & Stein, L. M. (2000). Development children's eating behavior. *Jornal de Pediatria (Rio Janeiro)*, 76(Supl 3), 229-237. <https://dx.doi.org/10.2223/jped.160>
- Ribeiro, J. L. P., Honrado, A. A. J. D., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) DE 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239. ISSN: 1645-0086
- Rigal, N. (2005). La consommation répétée permet-elle de dépasser la néophobie alimentaire? Application chez des enfants français soumis à des produits salés. *European Review of Applied Psychology*, 55(1), 43-50. <https://dx.doi.org/10.1016/j.erap.2004.06003>
- Rioux, C., Picard, D., & Lafraire, J. (2016). Food rejection and the development of food categorization in young children. *Cognitive Development*, 40, 163-177. <https://dx.doi.org/10.1016/j.cogdev.2016.09.003>

- Rouf, K., White, L., & Evans, K. (2012). A qualitative investigation into the maternal experience of having a young child with severe food allergy. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17(1), 49-64. <https://dx.doi.org/10.1177/1359104511415636>
- Schreier, H. M., & Wright, R. J. (2014). Stress and food allergy: mechanistic considerations. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 112(4), 296-301. <https://dx.doi.org/10.1016/j.anai.2013.08.002>
- Sicherer, S. H., Noone, S. A., & Munoz-Furlong, A. (2001). The impact of childhood food allergy on quality of life. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 87(6), 461-464. [https://dx.doi.org/10.1016/S1081-1206\(10\)62258-2](https://dx.doi.org/10.1016/S1081-1206(10)62258-2)
- Silva, C. M. D., & Teixeira, T. (2018). Comportamento alimentar infantil e atitudes parentais face à alimentação das crianças. 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Promover e Inovar em Psicologia da Saúde: Actas. *Instituto Superior de Psicologia Aplicada*. <http://hdl.handle.net/10400.6/6882>
- Silva, G. A., Costa, K. A., & Giugliani, E. R. (2016). Infant feeding: beyond the nutritional aspects. *Jornal de Pediatria*, 92(3), 2-7. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.02.006>
- Soares-Weiser, K., Panesar, S. S., Rader, T., Takwoingi, Y., Werfel, T., Muraro, A., ... & Sheikh, A. (2013). The diagnosis of food allergy: protocol for a systematic review. *Clinical and Translational Allergy*, 3(1), 1-5. <https://dx.doi.org/10.1186/2045-7022-3-18>
- Torres, T. D. O., Gomes, D. R., & Mattos, M. P. (2021). Fatores associados à neofobia alimentar em crianças: revisão sistemática. *Revista Paulista de Pediatria*, 39. <https://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2020089>
- Viveiros, C. C. O. (2012). *Estudo do comportamento alimentar, preferências alimentares e neofobia alimentar em crianças pré-escolares e da eficácia de um programa de promoção de comportamentos alimentares saudáveis em contexto escolar: um estudo exploratório* [Master's thesis, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/8063>

## **ANEXOS**



**Anexo 1.** Questionário Sociodemográfico e clínico construído para recolha de dados sociodemográficos, informações relativamente ao historial clínico e sintomas de alergia alimentar, perceção da saúde mental, entre outros aspetos.

**Centro Hospitalar [REDACTED] / Universidade Portucalense Infante**

**D. Henrique**

**Investigação “Alergia alimentar infantil: Fatores psicológicos maternos e relativos à criança determinantes da adesão ao tratamento”**

No âmbito da investigação “Alergia alimentar infantil: Fatores psicológicos maternos e relativos à criança determinantes da adesão ao tratamento”, resultante da parceria entre o Centro Hospitalar [REDACTED] e a Universidade Portucalense Infante D. Henrique pretendem-se estudar os potenciais fatores psicológicos maternos e relativos à criança que possam determinar a adesão ao tratamento para a alergia alimentar infantil, contribuindo, deste modo, para a melhoria das intervenções realizadas a este nível e na sua eficácia.

Neste sentido, solicitamos a sua preciosa colaboração nos seguintes momentos de avaliação:

1. Na Consulta de Imunoalergologia destinada à realização das provas de provocação, através do preenchimento de um conjunto de questionários, com uma duração total de cerca de 30 minutos;
2. Um mês após a consulta de confirmação do diagnóstico, para novo preenchimento dos questionários, com uma duração total de cerca de 20 minutos;
3. Seis meses após a consulta de confirmação do diagnóstico, com aplicação repetida dos questionários, com uma duração total de cerca de 20 minutos.

Salientamos que a sua participação é voluntária e que a qualquer momento poderá interrompê-la, sem qualquer tipo de consequência para si ou para a sua família. A sua participação é, além disso, anónima e as suas respostas absolutamente confidenciais, sendo que os participantes apenas são identificados pelo código atribuído no início da investigação.

Os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para este estudo, sendo posteriormente analisados e, após publicação, eliminados. Não há respostas certas ou erradas, apenas respostas muito importantes para esta investigação.

Por favor, responda com sinceridade a todas as questões.

Caso aceite participar nesta investigação e necessite de algum esclarecimento adicional ou pretenda conhecer as principais conclusões do estudo, poderá contactar-nos através do seguinte endereço eletrónico: [food.allergy@upt.pt](mailto:food.allergy@upt.pt).

A investigadora responsável:



## Consentimento Informado

ID \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que tive conhecimento dos objetivos e procedimentos do estudo “Alergia alimentar infantil: Fatores psicológicos maternos e relativos à criança determinantes da adesão ao tratamento” e todas as questões que coloquei me foram esclarecidas. Mais declaro que aceito participar no mesmo e que autorizo que os dados que fornecer, de carácter anónimo, sejam usados exclusivamente para fins investigação.

Adicionalmente, dou autorização para que me contactem pelos meios a seguir indicados, exclusivamente para fins da presente investigação, nomeadamente, para a utilização dos momentos de avaliação previstos de 1 e a 6 meses após a consulta do diagnóstico.

E-mail: \_\_\_\_\_

Contacto telefónico: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## Questionário Sociodemográfico e Clínico

|               |     |       |
|---------------|-----|-------|
| Identificação | ID: | Data: |
|---------------|-----|-------|

Género: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Nacionalidade:

Portuguesa

Outra: \_\_\_\_\_

Estado Civil:

Solteiro/a

Casado/a

União de facto

Divorciado/a

Viúvo/a

Habilitações Literárias:

1º Ciclo

2º Ciclo

3º Ciclo

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Sem escolaridade

Estatuto ocupacional:

Empregado

Desempregado

Estudante

Outro: \_\_\_\_\_

Número de elementos do agregado familiar: \_\_\_\_\_

Quem faz parte do agregado familiar?

\_\_\_\_\_

Como classifica a sua situação económica atualmente?

Má

Média

Alta

#### Histórico de saúde psicológica

Já teve algum problema de saúde mental?

Não

Sim

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Já alguma vez recorreu a ajuda psicológica?

Não

Sim

Se sim, qual o motivo? \_\_\_\_\_

A quem recorreu? \_\_\_\_\_

Como perceciona o seu estado de saúde mental (saúde psicológica) atual?

Muito má

Má

Nem boa nem má

Boa

Muito boa

#### Regime alimentar familiar

Qual acha ser o estilo alimentar que melhor representa a sua família (agregado familiar) atualmente?

Deficitário

Saudável

Calórico

Muito variável nos diferentes elementos que constituem o agregado familiar

As confeções das refeições são da sua responsabilidade?

Sim

Não

Se não, quem é o responsável \_\_\_\_\_

Quantas refeições é que a família faz em casa (por dia)? \_\_\_\_\_

Durante a semana: \_\_\_\_\_

Quais? \_\_\_\_\_

Ao fim-de-semana: \_\_\_\_\_

Quais? \_\_\_\_\_

Quantas refeições é que a família faz fora de casa (por dia)? \_\_\_\_\_

Durante a semana: \_\_\_\_\_

Quais? \_\_\_\_\_

Ao fim-de-semana: \_\_\_\_\_

Quais? \_\_\_\_\_

Identificação do filho/a (com alergia alimentar)

Género: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Número de irmãos: \_\_\_\_\_

Regime alimentar do filho/a (com alergia alimentar)

Foi amamentado com leite materno?

Sim, em exclusivo até à introdução de alimentos sólidos

Sim, com leite materno em exclusivo inicialmente e depois com leite materno e leite artificial

Sim, sempre com leite materno e leite artificial em conjunto

Não (exclusivamente leite artificial)

Até que idade da criança amamentou em exclusivo (meses)? \_\_\_\_\_

Durante quanto tempo amamentou no total (meses)? \_\_\_\_\_

Com que idade foram introduzidos alimentos sólidos na alimentação do seu filho(a)?

\_\_\_\_\_

Situação clínica do filho/a relativamente à alergia alimentar

Quando surgiram os sintomas de alergia alimentar do seu filho?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No caso de existirem irmãos, estes tiveram ou têm alergia alimentar?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quais os sintomas que mais se destacaram no seu filho?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Que problemas os sintomas causaram no seu filho?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



A que alimentos faz reação alérgica?

Cereais com glúten (trigo, cevada, centeio...)

Amendoins

Frutos de casca rija (avelã, nozes, amêndoa...)

Marisco

Peixe

Leite

Soja

Ovos

Outro, qual? \_\_\_\_\_

O seu filho(a) teve anteriormente algum problema de saúde?

Sim

Não

Se sim, qual (ais)? \_\_\_\_\_

Faz algum tipo de medicação?

Sim

Não

Se sim, qual(ais)? E para quê?

---

---

---



R. Dr. António Bernardino de Almeida,  
541/619, 4200-072 Porto

T +351 22 557 20 00  
M +351 96 977 39 67  
[upt@upt.pt](mailto:upt@upt.pt)

GPS  
41° 10' 49.16" N  
8° 36' 18.17" W

[www.upt.pt](http://www.upt.pt)