

QUESTIONÁRIO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DA CRIANÇA (CEBQ)*

VICTOR VIANA, SUSANA SINDE & JENNIFER SAXTON

1. Indicações

1.1. *Dimensões avaliadas*

O Questionário do Comportamento Alimentar da Criança (CEBQ) avalia o comportamento alimentar ou estilo alimentar das crianças e jovens. Entende-se por comportamento alimentar as atitudes e factores psicossociais implícitos na selecção e decisão de quais os alimentos a ingerir. Estilo alimentar refere-se à categorização do comportamento alimentar de acordo com algumas dimensões psicológicas atribuídas ao estilo, tais como: *Resposta à saciedade* (SR), *Ingestão lenta* (SE), *Selectividade* (FF) e *Sub-ingestão emocional* (EUE) consideradas como traduzindo no seu conjunto "evitamento da comida"; *Resposta à comida* (FR), *Prazer em comer* (EF), *Sobre-ingestão emocional* (EOE) e *Desejo de beber* (DD) que traduzem "atração pela comida" (as siglas referem-se às iniciais dos factores em língua inglesa).

1.2. *População – alvo*

O CEBQ foi criado para estudar o comportamento alimentar de crianças dos 3 aos 13 anos de idade, num contexto de obesidade ou risco

* Mantém-se a sigla que se refere às iniciais da denominação original em língua inglesa: *Child Eating Behaviour Questionnaire*.

de obesidade. Pode ser indicado, ainda, para a investigação do estilo alimentar em crianças saudáveis ou com comportamento alimentar atípico, por exemplo com perturbações alimentares.

2. História

A construção do CEBQ passou por um processo que implicou diversas fases e diferentes amostras de mães e pais que se pronunciaram sobre as atitudes dos seus filhos face aos alimentos. Começando com um grande conjunto de itens estes foram sendo estatisticamente depurados até se chegar à solução de 35 itens do questionário definitivo e à estrutura de oito escalas internamente consistentes (Wardle et al., 2001).

Foi elaborado um primeiro questionário que avaliava os diversos constructos identificados na investigação até então realizada, e outros obtidos através da experiência clínica. Este instrumento preliminar foi discutido com um outro grupo de pais e o questionário resultante foi, então, distribuído por diversas escolas e Jardins-de-infância. De 500 questionários foram devolvidos 131 completamente preenchidos dizendo respeito a 62 raparigas e 69 rapazes cujas idades médias eram de 4,2 anos. A análise destas respostas permitiu eliminar alguns itens. Foram eliminados os itens em que 90% dos pais ou mais respondiam da mesma maneira. Foram depois eliminados os itens que, numa primeira *análise dos componentes principais* apresentavam índices de saturação fracos. Foram ainda eliminados os itens que na análise da consistência interna dos constructos identificados (constituindo as subescalas) faziam baixar os índices de *alfa*.

Resultou destes procedimentos um questionário composto por 57 itens a que responderam 187 pais de crianças dos dois sexos, com idade média de 4, 2 anos. Foi novamente realizado um trabalho de depuração estatística tendo em conta critérios de homogeneidade e consistência interna de cada subescala.

O resultado foi o questionário definitivo de 35 itens. Este foi administrado a uma última amostra de 308 pais de modo a ser investigada e confirmada a estrutura factorial, investigada a fidelidade teste-reteste, e examinadas as variações do estilo alimentar em função do sexo e da idade.

3. Fundamentação teórica

O CEBQ foi desenhado tendo como referente teórico o conhecimento actual sobre as causas alimentares da obesidade, privilegiando, entre estas, a determinante comportamental (Wardle, 2007). Embora se reconheça a importância dos factores hereditários na obesidade infantil, não há dúvida que é o estilo alimentar, associado a outros aspectos do estilo de vida da criança e particularmente o padrão de actividade física, o principal responsável pelo peso em excesso (Janssen et al., 2005).

Prazer em comer, preferência por alimentos com excesso de gordura ou bebidas doces (salgados, pastéis, refrigerantes, etc.), uma grande sensibilidade a factores externos associados aos alimentos (estímulos sensoriais como o gosto e o aroma, por exemplo), dificuldade em regular a ingestão em função da fome ou saciedade e factores emocionais encontram-se entre as determinantes do estilo alimentar relacionadas com o grande incremento da prevalência da obesidade em crianças (Braet & van Strien, 1997).

O questionário avalia oito dimensões relacionadas com o apetite das crianças e jovens. Estas incluem a *Resposta à saciedade* (SR), que reflecte a sensibilidade às pistas internas de saciedade e, por isso, maior eficácia no controlo da ingestão calórica e constituindo alguma protecção face ao consumo alimentar em excesso. Esta sensibilidade e controlo da ingestão parece ser em parte hereditária e reflectir-se na ingestão energética, na quantidade ingerida a cada refeição e na frequência de refeições (de Castro, 1993). A resposta à saciedade parece estar relacionada com a idade, sendo as crianças mais jovens as que apresentam maior eficácia no ajuste da ingestão de modo a compensar uma refeição anterior (Carnell & Wardle, 2006).

O *Prazer na comida* (EF) e *Resposta à comida* (FR) representam um maior interesse pelos alimentos e uma maior resposta às pistas externas com eles relacionadas (externalidade). Estes comportamentos tornam-se mais pronunciados conforme as crianças se tornam menos neo-fóbicas e mais autónomas face à alimentação (Wardle et al. 2001). Verifica-se uma grande variabilidade entre indivíduos e os que apresentam resultados mais elevados poderão estar em maior risco de obesidade. Jansen e colaboradores (2003) verificaram que, em situação experimental, crianças com excesso de peso e obesas não ajustavam a ingestão depois de uma refeição anterior ou depois de passado algum tempo a cheirar alimentos com

grande palatabilidade, enquanto crianças normo-ponderais respondiam a esta última situação com redução do apetite. Pelo contrário, *Ingestão lenta* (SE) e *Selectividade alimentar* (FF) reflectem falta de prazer e de interesse pelos alimentos e estão associadas ao baixo peso em crianças (Viana, Sinde & Saxton, 2008).

A *Sobre-ingestão emocional* (EOE) e a *Sub-ingestão emocional* (EUE) implicam a reactividade emocional à comida, com consequências opostas em termos de peso. Atitudes restritivas dos pais e pressão para ingerir alimentos “saudáveis” parecem estar associados à sobre-ingestão emocional, traduzindo-se em desinibição e externalidade que perturbam o mecanismo de controlo da saciedade em meninas (Carper et al., 2000). Também o tipo de reactividade ao stress em crianças parece interagir com a restrição, resultando em sobre ou sub-ingestão. Roemmich e colaboradores (2002) verificaram, em situação experimental, que crianças com “alta reactividade” e “altamente restritivas” ingeriam mais “snacks” devido à desinibição induzida por stress comparativamente a crianças com “baixa reactividade” e ao grupo de controlo.

A investigação sobre o *Desejo de bebida* (DD) e relações com o Índice de Massa Corporal (IMC) descreve que o consumo de bebidas ricas em açúcar, refrigerantes e sumos, está associado a uma maior ingestão calórica diária e ao desenvolvimento da obesidade (O’Connor et al., 2006).

4. Estudos realizados em Portugal

4.1. Data e objectivos

A investigação da validade da adaptação portuguesa do CEBQ decorreu entre 2003 e 2005 (Viana & Sinde, 2008). Este estudo insere-se num projecto que tem como objectivo disponibilizar instrumentos de investigação psicológica, adaptados à população portuguesa no domínio do comportamento alimentar. O questionário foi também já utilizado para classificar e quantificar o comportamento alimentar de crianças com perturbações alimentares (Viana et al., 2007).

4.2. Amostra e metodologia

Os itens da versão inglesa foram traduzidos para português e esta versão foi então retrovertida para inglês por uma pessoa estranha à investigação. A versão portuguesa foi enviada aos autores do questionário. O instrumento foi então administrado às mães de uma amostra de conveniência de 249 crianças e jovens, dos quais 128 eram do sexo feminino e 121 do sexo masculino. As idades distribuíam-se dos 3 aos 13 anos, sendo a média de 7.9 (D.P. = 2.6).

Para além das respostas aos itens do questionário foram recolhidos o peso e altura de todas crianças. Estes dados permitiram calcular o Índice de Massa Corporal (IMC) (Garrow & Webster, 1985).

Calcularam-se as médias e desvios-padrão dos resultados obtidos nas 8 dimensões previstas do questionário, distribuídos por quatro grupos de estatuto de peso, por sexos e por grupos etários.

4.3. Resultados relativos à precisão

A fiabilidade de cada uma das oito subescalas do questionário, na nossa amostra, foi investigada através do coeficiente *alfa de Cronbach*. No quadro seguinte (Quadro I) pode observar-se que os valores de *alfa* de cada uma das oito subescalas previstas no questionário original são elevados, traduzindo uma boa consistência interna das subescalas.

Quadro I. Fiabilidade

	CEBQ Sub-escala	alfa de Cronbach
FR	Resposta à comida	0.88
EF	Prazer na comida	0.89
SR	Resposta à Saciedade	0.79
SE	Ingestão lenta	0.88
FF	Selectividade	0.73
EOE	Sobre-ingestão emocional	0.77
EUE	Sub-ingestão emocional	0.70
DD	Desejo de bebida	0.82

4.4. *Resultados relativos à validade*

Num primeiro passo os resultados foram sujeitos à análise factorial, procedimento dos “componentes principais” e com rotação *varimax*, de modo a ser verificada a validade de constructo.

Foram extraídos os factores com *valor próprio* superior a 1, de acordo com a definição prévia do programa estatístico. Obtiveram-se assim 6 factores que no total explicavam 60.5% da variância. O primeiro factor incluía os itens das dimensões EF e FR, o segundo incluía os itens das dimensões SR e SE, o terceiro compreendia os itens de FF, o quarto os itens de EOE, o seguinte continha os de EUE e o último, os itens de DD.

No Quadro II podem observar-se os itens agrupados por factores, os valores de percentagem de variância explicada por cada um desses factores, e ainda os índices de saturação factorial de todos os itens. Neste quadro observa-se que o item 30 da escala SR e o item 24 da escala FF apresentam valores de saturação factorial débeis. Decidimos manter estes itens na versão portuguesa do questionário pois os seus conteúdos são consistentes com a subescala a que originalmente pertencem e, deste modo, preservamos a estrutura original do instrumento.

Dado que no questionário original foram identificados sete factores que constituíam oito subescalas (dimensões) (os itens de duas subescalas incluíam-se no mesmo factor), procedemos à investigação da homogeneidade dessas 8 subescalas, realizando análises factoriais com os itens incluídos, à partida, em cada uma delas. Em 7 das dimensões foi encontrado apenas um factor com *valor próprio* superior a 1, sugerindo homogeneidade dos itens respectivos, enquanto que numa dimensão, Selectividade, foram encontrados dois factores (Viana & Sinde, 2008).

Quadro II. Percentagem de variância e índices de saturação dos itens do questionário distribuídos por seis factores

EF (Prazer em comer) / FR (Resposta à comida) % variância 20.1

5. O meu filho(a) interessa-se por comida. *	0.81
1. O meu filho(a) adora comida. *	0.79
22. O meu filho(a) adora comer. *	0.76
12. O meu filho(a) está sempre a pedir comida.	0.71
14. Se o deixassem o meu filho(a) comeria demais.	0.70
20. O meu filho(a) está sempre à espera da hora das refeições. *	0.69
19. Se tivesse oportunidade o meu filho(a) passaria a maior parte do tempo a comer.	0.67
34. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) estaria sempre com comida na boca.	0.59
28. Mesmo se já está cheio o meu filho(a) arranja espaço para comer um alimento preferido.	0.54

* Estes itens pertencem à sub escala *Prazer em comer*, os demais pertencem a *Resposta à comida*.

SR (Resposta à saciedade) / SE (Ingestão lenta): % variância 10.5

35. O meu filho(a) come cada vez mais devagar ao longo da refeição. *	0.85
8. O meu filho(a) come vagarosamente. *	0.78
18. O meu filho(a) gasta mais que 30 minutos para terminar uma refeição. *	0.77
4. O meu filho(a) termina as refeições muito rapidamente. *	0.68
21. O meu filho(a) fica cheio(a) antes de terminar a refeição.	0.50
17. O meu filho(a) deixa comida no prato no fim das refeições.	0.41
26. O meu filho(a) fica cheio(a) muito facilmente.	0.40
3. O meu filho(a) tem um grande apetite.	0.30
30. O meu filho(a) é incapaz de comer a refeição se antes tiver comido alguma coisa.	0.13

* Estes itens pertencem à sub escala *Ingestão lenta*, os demais pertencem a *Resposta à saciedade*.

FF (Selectividade): % variância 8.3

32. O meu filho(a) interessa-se por experimentar alimentos que nunca provou antes.	0.82
10. O meu filho(a) gosta de experimentar novos alimentos.	0.81
7. Perante novos alimentos o meu filho(a) começa por recusa-los.	0.74
33. O meu filho(a) decide que não gosta de um alimento mesmo que nunca o tenha provado.	0.61
16. O meu filho(a) gosta de uma grande variedade de alimentos.	0.58
24. O meu filho(a) é difícil de contentar com as refeições.	0.12
EOE (Sobre-ingestão emocional) % variância 8.1	
13. O meu filho(a) come mais quando está aborrecido(a).	0.74
15. O meu filho(a) come mais quando está ansioso(a).	0.71
2. O meu filho(a) come mais quando anda preocupado(a).	0.69
27. O meu filho(a) come mais quando não tem nada para fazer.	0.50
EUE (Sub-ingestão emocional) % variância 6.7	
25. O meu filho(a) come menos quando anda transtornado(a).	0.74
9. O meu filho(a) come menos quando está zangado(a).	0.70
11. O meu filho(a) come menos quando está cansado(a).	0.68
23. O meu filho(a) come mais quando está feliz.	0.67
DD (Desejo de beber) % variância 6.8	
29. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) passaria o dia a beber continuamente (refrigerantes ou sumos).	0.89
31. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) estaria sempre a tomar uma bebida (refrigerantes ou sumos).	0.83
6. O meu filho(a) anda sempre a pedir de beber (refrigerantes ou sumos).	0.83

A sensibilidade do instrumento foi investigada recorrendo ao método dos grupos de referência. A amostra foi organizada em quatro categorias de IMC, baixo peso, peso normal, excesso de peso e obesos, tendo em conta os critérios recomendados no nosso país e de acordo com as curvas de crescimento do CDC (Kuczmarsk et al., 2002). No quadro III observam-se os resultados das subescalas do CEBQ distribuídos pelos grupos de peso, assim como os resultados da “análise univariada”.

Verifica-se no quadro que os valores das subescalas FR, EF, e EOE vão progressivamente aumentando conforme aumenta o estatuto de peso. Os valores de SR, SE, FF e EUE vão diminuindo conforme aumenta o "peso". A distribuição do resultado de DD não varia de modo significativo em função do estatuto de peso.

Quadro III. Média e Desvio Padrão das subescalas por grupos de IMC

	CEBQ Subescala	Baixo-peso (N=11)	Normo- ponderal (N=118)	Excesso de peso (N=49)	Obeso (N=71)	F (3,245)	p
FR	<i>Resposta à comida</i>	1.5 (0.4)	2.0 (0.8)	2.4 (1.0)	3.2 (1.2)	7.300	0.001
EF	<i>Prazer na comida</i>	1.9 (0.7)	2.8 (0.9)	3.2 (1.0)	3.9 (0.9)	32.746	0.001
SR	<i>Resposta à saciedade</i>	3.8 (1.0)	3.2 (0.9)	2.7 (0.8)	2.3 (0.7)	20.130	0.001
SE	<i>Ingestão lenta</i>	3.9 (0.8)	3.2 (1.2)	2.9 (1.0)	2.2 (0.9)	18.340	0.001
FF	<i>Selectividade</i>	3.4 (0.8)	2.9 (0.9)	2.8 (0.6)	2.6 (0.8)	4.194	0.006
EOE	<i>Sobre-ingestão emocional</i>	1.8 (0.5)	2.0 (0.7)	2.4 (0.8)	2.7 (1.1)	11.972	0.001
EUE	<i>Sub-ingestão emocional</i>	2.9 (0.9)	2.9 (0.8)	3.1 (1.0)	2.5 (0.8)	4.653	0.003
DD	<i>Desejo de bebida</i>	2.8 (1.0)	2.7 (1.0)	2.3 (0.8)	2.7 (1.0)	2.309	n.s.

4.5. Procedimentos de aplicação e correcção

O questionário é composto por 3 páginas. Na primeira página encontram-se espaços destinados ao preenchimento dos dados dos sujeitos e as instruções do preenchimento. Nas duas páginas seguintes estão os itens que são avaliados numa escala de 5 pontos. É de ter em conta que os itens 3, 4, 10, 16 e 32 são cotados numa escala inversa dos restantes (ver Quadro I). Os resultados em cada subescala são as respectivas pontuações médias.

5. Interpretação dos resultados

5.1. Dimensões e sua interpretação

Para além das subescalas descritas, podemos considerar os dois grupos em que estas se associam. São estes o conjunto de escalas que avaliam o comportamento de “*atração pela comida*” que inclui: EF, FR, EOE e DD e o conjunto de escalas que traduzem “*evitamento da comida*” que são: SR, SE, FF e EUE.

O resultado numa destas dimensões implica um modo de reagir aos alimentos, modo que se traduz num padrão ou estilo alimentar, com repercussões no estado de nutrição e estatuto de peso, como se descreveu anteriormente (Fundamentação teórica).

5.2. Normas, critérios ou parâmetros

Os dados que se apresentam são os resultados médios obtidos na nossa amostra para cada dimensão ou factor, distribuídos por sexos.

Estes valores, que se observam no quadro IV, são próximos das normas da versão original inglesa (Wardle et al., 2001). Testadas as diferenças destes resultados em função dos sexos, verifica-se que são estatisticamente significativas as diferenças nos valores em *Ingestão lenta*, resultados mais elevados no grupo feminino, e *Desejo de bebida* com resultados mais elevados no grupo masculino.

Quadro IV. Médias e desvios padrão das subescalas por géneros

	CEBQ Subescala	Feminino (N=121)	Masculino (N=128)	t (df=247)	p
FR	<i>Resposta à comida</i>	2.4 (1.1)	2.4 (1.1)	0.379	n.s.
EF	<i>Prazer na comida</i>	3.1 (1.1)	3.2 (1.0)	0.712	n.s.
SR	<i>Resposta à saciedade</i>	2.9 (1.0)	2.8 (0.9)	-0.959	n.s.
SE	<i>Ingestão lenta</i>	3.0 (1.1)	2.7 (1.2)	-2.072	0.039
FF	<i>Selectividade</i>	2.8 (0.8)	2.9 (0.9)	0.230	n.s.
EOE	<i>Sobre-ingestão emocional</i>	2.2 (0.9)	2.3 (0.9)	0.699	n.s.
EUE	<i>Sub-ingestão emocional</i>	2.8 (0.8)	2.9 (0.9)	1.406	n.s.
DD	<i>Desejo de bebida</i>	2.5 (0.9)	2.8 (1.0)	2.448	0.015

No Quadro V apresentam-se os resultados de cada uma das subescalas distribuídos por quatro grupos de idades: 3 a 5 anos, 6 e 7 anos, 8 e 9 anos e 10 a 13 anos. Observa-se no quadro que os valores dos índices que se referem à “atração pela comida”, como FR, EF e EOE, vão aumentando conforme aumenta a idade. Alguns dos resultados que reflectem "evitamento da comida" diminuem conforme aumenta a idade, é o caso de SE, FF e SR, de modo menos marcado neste último. Em EUE e DD as diferenças não foram significativas, não se confirmando um padrão de evolução com a idade. Estes resultados permitem pensar que a desinibição e dificuldades de auto-regulação do apetite vão aumentando com o aumento da idade.

Quadro V. Médias e desvios padrão das subescalas por grupos etários

CEBQ Subescala	<6 anos (n=78)	6-7 anos (n=65)	8-9 anos (n=51)	10-13 anos (n=55)	F (3,245)	p
FR <i>Resposta à comida</i>	2.4 (0.9)	2.2 (1.0)	2.2 (1.1)	2.7 (1.3)	3.195	0.024
EF <i>Prazer na comida</i>	3.1 (1.0)	2.9 (1.0)	3.0 (1.0)	3.5 (1.1)	4.725	0.003
SR <i>Resposta à saciedade</i>	2.8 (0.8)	3.1 (0.9)	3.1 (1.0)	2.6 (0.9)	4.521	0.004
SE <i>Ingestão lenta</i>	3.1 (1.0)	3.2 (1.1)	3.0 (1.1)	2.4 (1.2)	5.602	0.001
FF <i>Selectividade</i>	3.1 (0.7)	3.1 (0.9)	2.6 (0.8)	2.7 (0.7)	6.109	0.001
EOE <i>Sobre-ingestão emocional</i>	2.1 (0.8)	2.1 (0.9)	2.2 (0.8)	2.6 (1.0)	4.201	0.006
EUE <i>Sub-ingestão emocional</i>	2.8 (0.9)	3.1 (0.9)	2.8 (0.8)	2.7 (0.9)	2.242	n.s.
DD <i>Desejo de bebida</i>	2.8 (1.0)	2.6 (0.9)	2.7 (1.1)	2.4 (0.9)	1.702	n.s.

6. Avaliação crítica

6.1. Vantagens e potencialidades

A investigação sobre comportamento alimentar e nutrição é um aspecto fundamental da investigação em saúde. As doenças que, nos países desenvolvidos, actualmente apresentam maiores taxas de morbilidade e mortalidade estão inequivocamente associadas à alimentação; tal é o caso do cancro, doenças cardiovasculares, trombose, diabetes e obesidade. A obesidade é hoje reconhecida como doença crónica com características epidémicas (WHO, 1997), com implicações no estado de saúde em geral, e também psicológicas, particularmente na infância e juventude (Janssen et al., 2004).

Para além de implicações na investigação e, por consequência, no desenvolvimento de programas de educação para a saúde, este assunto revela-se igualmente importante no âmbito da abordagem clínica das perturbações do comportamento alimentar e da obesidade. O conhecimento do comportamento alimentar permite a planificação da intervenção psicológica conforme as diferenças individuais avaliadas (Stunkard & Messick, 1985). Este instrumento foi dos primeiros a ser desenvolvidos destinado especificamente a crianças e jovens. Foi desenhado com vista à investigação no domínio do comportamento alimentar e à intervenção na obesidade nestes grupos etários.

6.2. *Limitações*

O CEBQ, como todos os demais questionários, não explica o que acontece ao estilo alimentar quando a criança muda o seu estatuto de peso. Embora se reconheça que uma criança com valores elevados na dimensão “atração pela comida” sofra um risco elevado de se tornar obeso, se ainda não o for, tal não foi ainda verificado empiricamente. Ou pelo contrário, será que uma criança obesa que perde peso de modo persistente, por força de uma dieta bem conseguida ou outro método, muda o seu estilo alimentar? Também neste caso a resposta será provavelmente afirmativa, falta no entanto a confirmação. Apesar de se verificarem diferenças conforme as categorias de IMC, não há ainda estudos longitudinais que permitam esclarecer estes aspectos.

Na nossa amostra não foi encontrada associação entre a dimensão *Desejo de bebida* (DD) e o estatuto de "peso", ao contrário do que verificaram O'Connor e colaboradores (2006). Este factor refere-se ao consumo de bebidas açucaradas e altamente energéticas como são, por exemplo, os refrigerantes. Será que esta ingestão não era excessiva na nossa amostra e, por isso, não se repercutiu no seu estatuto de peso? Estudos futuros permitirão caracterizar o consumo de sumos e refrigerantes crianças e jovens portugueses e esclarecer a sua influência enquanto determinante comportamental da obesidade.

7. Bibliografia fundamental

- BRAET, C., & VAN STRIEN, T. (1997). Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve-year-old obese and non-obese children. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 863-873.
- CARNELL, S., & WARDLE, J. (2006). Measuring behavioural susceptibility to obesity: Behavioural validation of the Child Eating Behaviour Questionnaire. *Appetite*, 48, 104-113.
- CARPER, J., FISHER, J., & BIRCH, L. (2000). Young girls' Emerging dietary restraint and disinhibition are related to parental control in child feeding. *Appetite*, 35, 121-129.
- de Castro, J. (1993). Genetic influences on daily intake and meal patterns of humans. *Physiology and Behaviour*, 53, 777- 782.
- GARROW, J., & WEBSTER, J. (1985). Quetelet index (W/H²) as a measure of fatness. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*, 9, 147-153.
- JANSEN, A., THEUNISSEN, N., SLECHTEN, K., NEDERKOORN, C., BOON, B., MULKENS S., & ROEFS, A. (2003). Overweight children overeat after exposure to food cues. *Eating Behaviors*, 4, 197-209.
- JANSSEN, I., CRAIG, W., BOYCE, W., & PICKETT, W. (2004). Associations between overweight 235 and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics*, 5, 1187-1194.
- JANSSEN, I., CURRIE, C., MULVIHILL, C., KATZMARZYK, P., BOYCE, W., ROBERTS, C., & PICKETT, W. (2005). Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obesity Reviews*, 6, 123-132.
- KUCZMARSKI, R., OGDEN, C., GUO, S., et al. (2002). *2000 CDC Growth Charts for the United States: Methods and Development*. *Vital and Health Statistics*, 11, (246). Hyattsville, DHHS.
- O'CONNOR, T., YANG, S., & NICKLAS, T. (2006). Beverage intake among preschool children and its effect on weight status. *Pediatrics*, 118, 1010-1018.
- VIANA V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4, 611-624.
- VIANA V., GUERRA P., MIRA COELHO A., ALMEIDA P., GUARDIANO M., VAZ R., & GUIMARÃES J. (2007). Caracterização do estilo alimentar de crianças com perturbações alimentares e definição de estratégias de abordagem comportamental. *Alimentação Humana*, 13, 2, 11.
- VIANA, V., & SINDE, S. (2008). O comportamento alimentar em crianças: adaptação e validação de um questionário para a população portuguesa (CEBQ). *Análise Psicológica*, 26, 111-120.
- VIANA, V., SINDE, S., & SAXTON, J. (2008). The Children's Eating Behaviour

- Questionnaire: Associations with BMI in Portuguese Children. *British Journal of Nutrition*, 100, 445-450.
- WARDLE, J. (2007). Eating behaviour and obesity. *Obesity Reviews*, 8, 73-75.
- WARDLE, J., GUTHRIE, C., SANDERSON, S., & RAPOPORT, L. (2001). Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 963-970.
- WHO (1997). *Preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization consultation on obesity*. Geneva, 3-5 June.

8. Material

O material é composto pelo questionário, um caderno de 3 páginas. Na primeira página são registados os dados da identificação e da caracterização social, assim como os valores da avaliação antropométrica: peso, altura e Índice de massa corporal (IMC). Na segunda e terceira página encontram-se os 35 itens do questionário assim como as respectivas opções de resposta.

9. Edição e distribuição

O questionário poderá ser facultado a quem o solicitar desde que seja adequadamente justificada a sua utilização.

10. Contacto dos autores

Victor Viana (victorviana@fcna.up.pt). Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. Rua Dr. Roberto Frias. 4200 - 465 Porto.