

CENTRO UNIVERSITÁRIO SAGRADO CORAÇÃO

STEPHANE KOCH

PRESENÇA DE NEOFOBIA ALIMENTAR EM CRIANÇAS E SEUS FATORES
DE RISCO

BAURU

2021

STEPHANE KOCH

PRESENÇA DE NEOFOBIA ALIMENTAR EM CRIANÇAS E SEUS FATORES
DE RISCO.

Trabalho de Conclusão de Curso de
Graduação apresentado como parte dos
requisitos para obtenção do título de
bacharel em Nutrição –Centro
Universitário do Sagrado Coração.

Orientadora: Prof.^a M.^a Maria Grossi
Machado

Co-orientadora: Prof.^aM.^aRenata Camilla
Favarin Froes

BAURU

2021

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

K76p	<p>Koch, Stephane</p> <p>Presença de neofobia alimentar em crianças e seus fatores de risco / Stephane Koch. -- 2021. 81f.</p> <p>Orientadora: Prof.^aM.^a Maria Grossi Machado Coorientadora: Prof.^aM.^aRenata Camilla Favarin Froes</p> <p>Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO - Bauru - SP</p> <p>1. Neofobia Alimentar. 2. Introdução Alimentar. 3. Aleitamento Materno. 4. Gestação. I. Machado, Maria Grossi. II. Froes, Renata Camilla Favarin. III. Título.</p>
------	---

STEPHANE KOCH

PRESENÇA DE NEOFOBIA ALIMENTAR EM CRIANÇAS E SEUS FATORES DE
RISCO.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como parte dos requisitos para
obtenção do título de bacharel em Nutrição -
Centro Universitário Sagrado Coração.

Aprovado em: __/__/__.

Banca examinadora:

Prof.^a M.^a. Maria Grossi Machado
Docente do Centro Universitário do Sagrado Coração

Prof.^a M.^a. Renata Camilla Favarin Froes
Docente do Centro Universitário do Sagrado Coração

Prof.^a Dra.^a. Maria Angélica M. L. Rezende
Docente do Centro Universitário do Sagrado Coração

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por tantas bênçãos e por me iluminar nessa jornada.

Aos meus pais, Maria Cristina e Georg, por me apoiarem e incentivarem em todas as minhas escolhas e conquistas, pelo amor incondicional e por toda a força.

A minha irmã, Karoline, por todo apoio e conselho e por sempre acreditar em mim.

A todos os meus familiares e amigos que, de alguma maneira, contribuíram e me apoiaram desde o início da graduação.

Agradeço a todo o corpo docente do curso de nutrição da UNISAGRADO, Maria Angélica, Maria Grossi, Mariane, Milene, Natália, Renata e Roseli. Por todos os aprendizados colhidos durante esse período, pelo incentivo, amor e dedicação de todas vocês. Em especial, agradeço a minha orientadora, Maria Grossi, que me mostrou a nutrição infantil de forma encantadora, a quem tenho grande admiração, respeito e inspiração. A minha co-orientadora, Renata Froes, que me acolheu com muito carinho, disposta a me auxiliar e me mostrar o melhor caminho a ser seguido durante a realização deste trabalho. E a minha banca, Maria Angélica, pelo tempo disponibilizado para ler o meu trabalho com tanto carinho.

Por fim, agradeço a todos os meus colegas de graduação, por dividirem conquistas, desafios e alegrias durante esses anos.

RESUMO

A neofobia alimentar é definida quando há episódios recorrentes de falta de apetite, medo e relutância no consumo de alimentos desconhecidos. Esse comportamento está associado a fatores individuais, biológicos, psicológicos, econômicos e socioculturais. Este estudo teve como objetivo identificar a presença de neofobia alimentar em crianças e avaliar os seus fatores de riscos. A metodologia utilizada foi realizada através do questionário adaptado por meio de Pliner (1994) e Wardle (2007) com dados demográficos e gerais, juntamente com uma escala de Neofobia para avaliar comportamentos neofóbicos, questionário de frequência alimentar infantil e comportamento dos pais frente as refeições das crianças. Devido a pandemia do Covid-19, a coleta de dados foi realizada através da plataforma do Google Forms, com participação dos pais e responsáveis de crianças com faixa etária de 2 a 6 anos de idade. A casuística do estudo foi composta por 52 indivíduos. Nos resultados foi observado maior prevalência de crianças de 3 anos e 1 mês até 4 anos. Em relação à gestação das mães, observou-se maior frequência de 37 a 42 semanas de gestação com predomínio do parto cesárea. No questionário de frequência alimentar das mães, houve alto consumo de frutas, verduras e vegetais durante o período abordado. Durante o aleitamento materno, houve prevalência do aleitamento complementado, com tempo médio de até 1 ano e 6 meses. A introdução alimentar das crianças estudadas foi marcada por início nos 6 meses de idade utilizando uma abordagem participativa: papas e BLW. Quando analisado os hábitos alimentares atuais das crianças, observou-se realização das refeições sempre a mesa, com os mesmos alimentos da família e no mesmo horário, destacando a comensalidade presente na rotina das famílias. O consumo alimentar das crianças analisado, apresentou baixa ingestão de folhas e legumes. As atitudes dos pais frente às refeições também foram analisadas e a mais abordada foi a mistura de outros alimentos mais palatáveis. Em relação à neofobia alimentar, a pontuação média obtida foi de 26,88 com desvio-padrão de 5,17. Portanto, concluiu-se que houve presença de comportamentos neofóbicos em crianças com faixa etária de 3 anos e 1 mês até 4 anos de idade, ressaltando que comportamentos anteriores ao período em que a criança inicia o desenvolvimento dos seus hábitos e preferências alimentares estão associados no surgimento de comportamentos neofóbicos.

Palavras-Chaves: Neofobia alimentar. Introdução Alimentar. Aleitamento Materno. Gestação.

ABSTRACT

Food neophobia is defined as recurrent episodes of lack of appetite, fear and reluctance to consume unfamiliar foods. This behavior is associated with individual, biological, psychological, economic and sociocultural factors. This study aimed to identify the presence of food neophobia in children and assess its risk factors. The methodology used was carried out through a questionnaire adapted from Pliner (1994) and Wardle (2007) with demographic and general data, besides a neophobia scale to assess neophobic behaviors, a child food frequency questionnaire and parents' behavior towards children's meals. Due to the Covid-19 pandemic, data collection was performed by the Google Forms platform, which was answered by the parents and guardians of children aged from 2 to 6 years old. The study sample consisted of 52 individuals. The results showed a higher prevalence of children aged 3 years and 1 month to 4 years. Regarding the mothers' pregnancy, there was a higher frequency of 37 to 42 weeks of gestation, with a predominance of cesarean labor. In the mothers' pregnancy food frequency questionnaire, there was a high consumption of fruits, vegetables and vegetables during the period covered. During breastfeeding, there was a prevalence of supplemented breastfeeding, with an average duration of up to 1 year and 6 months. The food introduction of the studied children was marked by starting at 6 months of age using a participatory approach: baby food and BLW. When analyzing the children's current eating habits, meals were always eaten at the table, with the same foods as the family and at the same time, highlighting the commensality present in the families' routine. The children's food consumption analyzed showed a low intake of leaves and vegetables. Parental attitudes towards meals were also analyzed and the most discussed was the mixture of other more palatable foods. Regarding food neophobia, the mean score obtained was 26.88 with a standard deviation of 5.17. Therefore, it is concluded that there was the presence of neophobic behaviors in children aged from 3 years and 1 month to 4 years of age, noting that behaviors prior to the period in which the child begins to develop their habits and eating preferences are associated with the emergence of neophobic behaviors.

Keywords: Food neophobia. Food Introduction. Breastfeeding. Gestation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características dos responsáveis das crianças do estudo.....	20
Tabela 2 – Características sociodemográficas dos responsáveis das crianças do estudo.....	20
Tabela 3 – Idade e Gênero das crianças participantes do estudo.....	21
Tabela 4 – Realização e tipo de atividade física das crianças participantes do estudo.....	22
Tabela 5 – Análise da gestação das participantes.....	23
Tabela 6 – Questionário de Frequência Alimentar do período de gestação.....	25
Tabela 7 – Período de aleitamento materno das crianças do estudo.....	27
Tabela 8 – Introdução Alimentar das crianças do estudo.....	27
Tabela 9 – Abordagem escolhida para introdução alimentar e quantidade ofertada às crianças do estudo.....	30
Tabela 10 – Hábitos e preferências das crianças do estudo.....	31
Tabela 11 – Características das refeições das crianças do estudo.....	33
Tabela 12 – Questionário de Frequência Alimentar das crianças do estudo.....	33
Tabela 13 – Atitudes dos responsáveis x crianças durante a refeição.....	39
Tabela 14 – Escala de Neofobia Alimentar das crianças do estudo.....	40
Tabela 15 – Média e Desvio Padrão da pontuação da escala da neofobia.....	43
Tabela 16 – Frequência das crianças com presença ou ausência de comportamentos neofóbicos.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ENANI	Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO	Error! Bookmark not defined.
2JUSTIFICATIVA	Error! Bookmark not defined.6
3OBJETIVOS	Error! Bookmark not defined.7
3.1 OBJETIVO GERAL	Error! Bookmark not defined.7
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	Error! Bookmark not defined.7
4MATERIAIS E MÉTODOS	Error! Bookmark not defined.8
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	Error! Bookmark not defined.8
4.2 PROCEDIMENTO OPERACIONAL	Error! Bookmark not defined.8
4.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	Error! Bookmark not defined.9
5RESULTADOS E DISCUSSÕES	Error! Bookmark not defined.0
5.1 ANÁLISE DOS RESPONSÁVEIS DAS CRIANÇAS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	20
5.2 ANÁLISE DAS CRIANÇAS PARTICIPANTES DO ESTUDO	2Error!
Bookmark not defined.	
5.3 ANÁLISE DO PERÍODO DA GESTAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	22
5.4 ANÁLISE DO ALEITAMENTO MATERNO DAS CRIANÇAS DO ESTUDO.....	Error! Bookmark not defined.6
5.5 ANÁLISE DA INTRODUÇÃO ALIMENTAR DAS CRIANÇAS DO ESTUDO.....	Error! Bookmark not defined.8
5.6 ANÁLISE DA ALIMENTAÇÃO ATUAL DAS CRIANÇAS DO ESTUDO	31
5.7 NEOFOBIA ALIMENTAR	39
7CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	53
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	55
ANEXO B – CARTA CONVITE PARA PARTICIPAR DA PESQUISA	57
ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE NEOFOBIA ALIMENTAR	

1 INTRODUÇÃO

Uma alimentação saudável e equilibrada, com ênfase no consumo de alimentos in-natura (frutas, verduras e legumes), é fundamental para uma boa qualidade de vida. Em especial no ciclo da infância, cuja adequação contribui no crescimento, desenvolvimento apropriado e na prevenção de doenças. (BRASIL, 2014)

Desta maneira, os primeiros mil dias do bebê, conhecido como “intervalo de ouro” são determinantes para o desenvolvimento de hábitos que poderão intervir e influenciar no futuro da criança. Nesse período, determinado pelo primeiro dia de gestação até os 2 anos de idade, as células do corpo são formadas e os fatores decisivos da mãe interferem diretamente no feto. (BRASIL, 2014)

O Ministério da Saúde (2014) demonstra que uma alimentação adequada durante esse período, desde a gestação, aleitamento materno e introdução alimentar auxiliam em uma vida saudável do adulto.

No decorrer da gestação, o feto consegue identificar odors diferenciados pela ingestão do líquido amniótico, o qual é influenciado pela dieta da gestante. Além disso, também é exposto por substâncias incluindo glicose, frutose, ácido láctico, ácido piruvato, aminoácidos dentre outras que contribuem para a preferência do sabor doce já nesta fase. (VALLE; MELLO; EUCLYDES, 2007).

Ventura e Worobey (2013) expressam que o mecanismo olfativo e gustativo do feto ainda no útero possibilita experiências sensoriais precocemente, preparando o feto para experiências pós-natal.

Um estudo realizado na cidade de Recife avaliou recém-nascidos sujeitos a estímulos com substâncias de glicose, cloreto de sódio, ácido cítrico e ureia, foi encontrados que 40% dos RN não apresentaram nenhuma expressão quanto a glicose. Já quanto ao sabor azedo e amargo, 53,3% apresentaram expressão negativa. Confirmando o princípio da preferência do sabor doce no início da vida. (ARAÚJO; BRAGA; VALOIS, 2016)

As percepções de sabores e odors continuam durante o aleitamento materno. A criança consegue distinguir sabores que são consumidos pela mãe através do leite materno. Esse fator é benéfico uma vez que pode facilitar a aceitação dos alimentos na introdução alimentar posteriormente. (BRASIL, 2019)

Somando-se a isto, durante esse período os níveis de lactose diminuem e

aumentam os níveis de cloreto, alterando o sabor do leite para levemente salgado, e favorecendo a aceitação de alimentos salgados. (BEAUCHAMP; MENELLA, 1999)

Isso se difere para aquelas crianças que não foram amamentadas ao peito e recebem fórmula infantil ou leite de vaca, em razão das mesmas se acostumarem com o gosto constante e terem uma menor tolerância e aceitação quando expostas a novos alimentos. (BRASIL, 2019).

A partir dos seis meses de idade a criança já desenvolve reflexos necessários para a deglutição e deve-se iniciar a introdução de novos alimentos que serão complementares ao leite materno. Devendo ser oferecidos uma variedade de nutrientes, com cores, sabores, texturas e odores diferentes para formação dos hábitos alimentares da criança. (BRASIL, 2019)

Os alimentos in natura devem ser predominantes, visto que aqueles com alto teor energético são os preferidos devido à palatabilidade e podem prejudicar a saúde da criança por possuírem alta taxa de gordura, açúcar, carboidrato e sal. (BRASIL, 2019)

A alimentação complementar deve prover suficientes quantidades de água, energia, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais, por meio de alimentos seguros, culturalmente aceitos, economicamente acessíveis e que sejam agradáveis à criança. (BRASIL, 2019)

É nesse momento que a criança começa a ter um contato e exposição maior aos alimentos, e inicia-se o desenvolvimento dos hábitos e preferências alimentares. Viveiro (2012) assegura que uma introdução alimentar adequada juntamente com um ambiente social bom e agradável é de grande importância para uma determinação de preferências alimentares saudáveis que irão persuadir durante o resto da vida.

A família tem o papel fundamental para promover um aprendizado adequado e sutil em relação à alimentação da criança. Junto a isso, fatores ambientais e genéticos, herdado dos pais, também contribuem em conjunto para a formação do comportamento alimentar da criança. (BIRCH, 1999).

Essa formação ocorre por diversas influências do meio externo, podendo ter interferência pelo tipo de aleitamento, introdução alimentar, hábitos familiares, condições socioeconômicas e culturais. As preferências alimentares vão determinar a ingestão ou não de certos alimentos durante toda a infância. (VITOLLO, 2015).

Com o passar do tempo, a criança entra em um período chamado de pré-

escolar, cuja faixa etária é de 1 a 6 anos de idade. É nessa fase que acontece uma diminuição no crescimento e por conseguinte, uma diminuição no apetite. Isto ocorre pelo interesse e atenção maior em outras atividades externas como por exemplo, brincadeiras com os colegas. (VITOLLO, 2015)

Características fisiológicas também sofrem alterações. Mesmo que o sistema metabólico e digestivo demonstre funções relacionadas ao adulto, o volume gástrico se mantém pequeno, variando entre 200 a 300ml. Por esses motivos, a criança perde interesse pela hora da alimentação. (VITOLLO, 2015)

Nessa condição, podem surgir episódios recorrentes de recusas alimentares e medo de experimentar novos alimentos com diferentes sabores, denominado neofobia. A neofobia é definida pela falta de vontade, medo e relutância no consumo de alimentos novos e está associada a fatores individuais, biológicos, psicológicos, econômicos e socioculturais. (PLINER, 1994). Comportamentos neofóbicos são vistos, na maior parte, em crianças de 2 a 6 anos e estão associados ao menor consumo de vegetais, frutas e verduras. (BIRCH *et al.*, 2003)

Essa monotonia alimentar acaba por restringir nutrientes específicos e necessários para contribuição de um desenvolvimento saudável, e pode se estender por muito tempo, afetando o sistema nervoso da criança e danificando capacidades cognitivas e motoras da criança, além de possível desnutrição por baixo peso e estatura. (MEDEIROS, 2008)

Ramos e Stein (2000) destacam que pais que não expõem mais vezes os mesmos alimentos para as crianças acabam tornando o cardápio monótono e muitas vezes, hipercalórico. Uma vez que a ausência de frutas, verduras e legumes pode prejudicar o crescimento e aumentar o consumo e preferência por alimentos com alto teorenergético. O ministério da saúde recomenda uma exposição de oito a dez vezes de um mesmo alimento desconhecido para que a criança se habitue com o mesmo. (BRASIL, 2019)

Estudos mostram que estratégias tomadas pelos pais e familiares nessa hora, a fim de incentivar a criança a comer determinados alimentos, podem aumentar ainda mais a rejeição pelas mesmas, incluindo oferta de recompensas, distrações e castigos. (NEWMAN, 1992; STANEK, 1990).

Outro estudo avaliou que a privação e restrição de alimentos, normalmente preferidos pelas crianças, estimulam ainda mais o consumo dos mesmos em momentos de liberdade. (BIRCH; FISHER, 1997).

Birch (1999) descreve que o ato de forçar a criança a ingerir algum alimento, pode levar ao ganho de peso excessivo, e conseqüentemente o desenvolvimento de obesidade. A criança prontamente possui sinais de fome e saciedade, e deve-se respeitá-los.

Bem como as estratégias realizadas, o comportamento e hábitos alimentares dos pais também influenciam nas atitudes da criança. Isto pode contribuir com a diminuição ou aumento de comportamentos neofóbicos. A alimentação dos responsáveis têm influência decisiva na alimentação infantil. (RAMOS; STEIN, 2000)

Deste modo, o presente trabalho tem como identificar a presença de neofobia em crianças e seus fatores de risco para o desenvolvimento de comportamentos neofóbicos.

2 JUSTIFICATIVA

Muitos pais e responsáveis se sentem confusos e incertos quanto a alimentação dos seus filhos. Em especial no primeiro contato da criança com o alimento durante a introdução alimentar. Isso ocorre devido a falta de orientação propagada por profissionais da saúde que não são nutricionistas, familiares, e crenças já existentes na sociedade. Nesse momento, existe uma possibilidade da criança não ter uma boa relação com a comida e iniciar sinais e sintomas neofóbicos, que são interpretados pelos pais como características da própria criança em não desejar comer um alimento em si. Entretanto, esses comportamentos podem se tornar cada vez mais frequentes e gerar uma maior preocupação nos pais e responsáveis quanto a saúde da criança, uma vez que os mesmos desconhecem alternativas para melhorar a relação na hora da refeição. Tendo em vista esses aspectos, é necessário que os nutricionistas sejam capazes de acolher as inseguranças dos pais bem como identificar e orientar sobre a neofobia alimentar, buscando soluções para uma melhora na alimentação da criança.

3 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Identificar a presença de neofobia alimentar em crianças e seus fatores de risco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Compreender a gestação e lactação das mães, bem como comportamentos alimentares e tipo de aleitamento;
- b) Verificar a introdução alimentar da criança e o acesso aos alimentos.
- c) Descrever o comportamento dos pais e responsáveis durante as refeições.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo com caráter descritivo, transversal e quantitativo que visa analisar a presença de neofobia alimentar em crianças e seus fatores de risco.

4.2 PROCEDIMENTO OPERACIONAL

A amostra da pesquisa foi constituída por grupo de pais e responsáveis de crianças, de ambos os gêneros, com idade de 2 a 6 anos, que aceitaram participar do estudo através de um questionário após a pesquisa ser aceita pelo comitê de ética em pesquisa. (APÊNDICE A)

Os critérios de exclusão utilizados para realização da pesquisa foram: crianças recém-nascidas com até 2 anos de idade, crianças com mais de 6 anos de idade e crianças com patologias no sistema digestório bem como: refluxo gastroesofágico, alergia alimentar e/ou intolerâncias alimentares.

Para o levantamento de dados, foi aplicado um questionário virtual através da plataforma do Google Forms, evitando-se assim o contato presencial devido a pandemia do COVID-19.

Este questionário foi adaptado pela autora por meio de Pliner (1994) e Wardle (2007) conta com dados demográficos e gerais, juntamente com uma escala de neofobia para avaliar comportamentos neofóbicos, questionário de frequência alimentar infantil e comportamento dos pais frente as refeições das crianças. Os pais deveriam responder ao questionário através de uma escala do tipo likert de 5 pontos (“Concordo plenamente, concordo, nem concordo nem discordo, discordo e discordo completamente”). Os resultados desta escala podem variar entre 10 e 50 pontos, considerando concord completamente = 1 e discord completamente =5. Os

resultados mais baixos indicavam um nível de neofobi alimentar mais elevado. (ANEXO B)

Como convite para participação do estudo, a pesquisadora enviou uma mensagem formal através de grupos na rede social Whatsapp, familiares e amigos, instagram pessoal e outros que abordem o tema materno-infantil. (ANEXO C)

Para poder constituir a amostra da pesquisa, os adultos deveriam ter conhecimento sobre os hábitos alimentares diários da criança, ter capacidade de preenchimento do questionário de forma autônoma e fazer o consentimento da participação após ler e assinalar que está de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi elaborado seguindo os preceitos da Resolução CNS nº196/1996 e descreve os objetivos da pesquisa realizada. (ANEXO A)

4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram tabulados em planilha do Microsoft Office Excel 2016, descritos por meio de frequências absolutas e relativas (n), também foram apresentados em formato de gráficos e tabelas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 ANÁLISE DOS RESPONSÁVEIS DAS CRIANÇAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A casuística do estudo foi composta por 52 indivíduos responsáveis das crianças, com prevalência do gênero feminino (92,3%), sendo apenas 7,7% a frequência do gênero masculino participante. Com intervalo de idade maior entre 35 e 44 anos (46,1%), conforme pode ser verificado na Tabela 1.

Tabela 1 – Características dos responsáveis das crianças do estudo.

Idade	n	%
Entre 18 e 24 anos	3	5,8
Entre 25 e 34 anos	20	38,5
Entre 35 e 44 anos	24	46,1
Entre 45 e 54 anos	4	7,7
Mais de 55 anos	1	1,9
Sexo		
Feminino	48	92,3
Masculino	4	7,7

Fonte: Elaborada pela autora.

Aos resultados das características sociodemográficas, a amostra apresenta uma prevalência de participantes com 9 a 12 salários mínimos (36,6%), no estado civil, foi avaliado que a maioria dos participantes eram casados (84,6%), conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2 – Características sociodemográficas dos responsáveis das crianças do estudo.

Renda Mensal	n	%
De 1 a 3 saláriosmínimos	6	11,5
De 3 a 6 saláriosmínimos	14	26,9
De 6 a 9 saláriosmínimos	13	25
De 9 a 12 salários mínimos	19	36,6
Estado Civil		
Solteiro	7	13,5
Casado	44	84,6
Divorciado	1	1,9
Viúvo	-	-

Fonte: Elaborada pela autora.

5.2 ANÁLISE DAS CRIANÇAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A Tabela 3 demonstra os resultados das características das crianças, quanto a faixa etária e o gênero, no qual foi observado que a faixa etária com maior prevalências foi com crianças de 3 anos e 1 mês até 4 anos e de 4 anos e 1 mês até 5 anos (25,0%). Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), em 2018 o Brasil possuía 35,5 milhões de crianças até 12 anos de idade, sendo 50,9% do gênero masculino e 49,1% do gênero feminino.

Tabela 3 – Idade e Gênero das crianças participantes do estudo.

Faixa Etária	n	%
De 2 anos até 3 anos	12	23,1
De 3 anos e 1 mês até 4 anos	13	25,0
De 4 anos e 1 mês até 5 anos	13	25,0
De 5 anos e 1 mês até 6 anos	8	15,4
Até 6 anos e 11 meses	6	11,5
Sexo		
Feminino	27	51,9
Masculino	25	48,1

Fonte: Elaborada pela autora.

Quando questionado a prática de atividade física nas crianças participantes, os resultados demonstraram, de acordo com as respostas dos responsáveis, que a maioria (51,9%) não realizava a prática de atividade física, porém 48,1% relataram prática de atividade física frequente ou as vezes. Dentre as que praticam, foi observado que a modalidade mais frequente foi natação (28%) e educação física (24%). Em um estudo realizado por Schwarzfischer *et.al.* (2019) também foi observado um declínio na prática de exercício físico entre crianças de 6 a 11 anos, com aumento no comportamento sedentário. O gênero feminino se destacou por ser mais ativo em atividade de intensidade leve, e o masculino em atividades de alta intensidade.

Esse aumento do sedentarismo pode ser explicado pelo aumento da carga horária na escola. Entretanto, autores revelam que nos finais de semana ou dias sem ir à escola, as crianças também deixam de se exercitar, preferindo ficar em

frente as telas. (HARDING; FALCONER; COOPER, 2015). De acordo com as Recomendações Globais sobre Atividade Física para a Saúde, publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2020, as crianças devem praticar atividade física pelo menos 60 minutos por dia de intensidade moderada a vigorosa, a fim de garantir um crescimento saudável e prevenir doenças.

Tabela 4 – Realização e tipo de atividade física das crianças participantes do estudo.

Realização de Atividade Física	n	%
Sim	17	32,7
Não	27	51,9
Às vezes	8	15,4
Tipo de Atividade Física		
Ballet	2	8,0
Natação	7	28,0
Bicicleta	3	12,0
Patins	2	8,0
Futebol	2	8,0
Judô	3	12,0
Educação Física	6	24,0

Fonte: Elaborada pela autora.

5.3 ANÁLISE DO PERÍODO DA GESTAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Na gestação das crianças participantes do estudo, os responsáveis responderam sobre o tempo de duração da gestação e o tipo de parto realizado no nascimento, sendo verificado que a maioria das gestantes (90,4%) teve uma gestação de 37 a 42 semanas e o tipo de parto apresentou prevalência na cesárea (67,3%), conforme pode ser verificado na Tabela 5.

Essa frequência do tempo de gestação também se assemelha ao estudo de Shorkpouret *al.* (2019) que estudou 124 gestantes entre a trigésima sétima e quadragésima segunda semana de gestação e obteve resultado médio de trabalho de parto na trigésima nona semana.

Sobre o tipo de parto realizado, o estudo feito por Diniz *et al.* (2016) afirma que no sistema privado, a incidência de cesárea é maior com nascimento do feto entre a trigésima sétima e trigésima nona semana de gestação. Nesse mesmo estudo foi verificado que na Região Sudeste, 52,9% dos nascimentos ocorreu entre a trigésima nona e quadragésima semana, enquanto 60,4% nasceram entre a trigésima sétima e trigésima oitava semana.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza uma taxa menor que 15% de partos cesáreos, enquanto a taxa de nascimento no Brasil por essa via de parto é de 56%, sendo o segundo país com a maior taxa de cesáreas do mundo. (RUDEY *et al.*, 2020)

Tabela 5 – Análise da Gestação das Participantes.

Duração da Gestação	n	%
Menos de 37 semanas	3	5,8
De 37 a 42 semanas	47	90,4
Mais de 42 semanas	2	3,8
Tipo de Parto		
Cesárea	35	67,3
Normal	17	32,7

Fonte: Elaborada pela autora.

Na tabela 6, está sendo demonstrado os resultados do questionário de frequência alimentar aplicado referente ao período da gestação, no qual pode-se verificar que havia um consumo de arroz e feijão durante a gestação, sendo a maioria (57,7%) com o consumo todo os dias. O grupo dos laticínios, a prevalência (63,5%) foi de consumo diário.

No grupo dos pães, cereais, biscoito e bolacha a porcentagem menor (3,8%) foi de um consumo diário, sendo a maioria (30,8%) com frequência de 1x/semana. No questionamento sobre pizza e hambúrguer, a maioria (53,9%) referiu consumir 1x/semana e o refrigerante, a maior parte da amostra (55,8%) respondeu consumir nunca ou raramente.

Ao grupo dos folhosos (alface, rúcula e espinafre), a maioria (44,2%) respondeu consumir todos os dias, em relação ao grupo dos legumes, 40,4% assinalaram consumir diariamente. O grupo das frutas foi observado um consumo diário na maioria no período da gestação de 48,1%.

Esses números encontrados se diferenciam de um estudo realizado no Pará no ano de 2011, o qual encontrou porcentagens de consumo diário de doces e biscoitos pelas gestantes participantes de 23,3%. Os embutidos tiveram prevalência de 40% das gestantes no consumo raro, assim como a ingestão de refrigerante (73,3%). (FILHO, 2011) Os resultados diferentes podem ser explicados pela diversidade de costumes, culturas e hábitos alimentares que o país apresenta em suas regiões.

Falando ainda sobre o estudo de Filho (2011), as 30 gestantes participantes deste relataram consumo diário de 36,7% de vegetais, 50% de legumes e 80% de fruta, porcentagens semelhantes ao encontrado no estudo, com prevalência de consumo diário de frutas, verduras e legumes. Isso se difere de outro estudo abordado por Da Silva *et al.* (2020) que observou que 28,4% das gestantes que participaram consumiam legumes e verduras somente às vezes.

Uma alimentação variada e balanceada é importante para o desenvolvimento das funções fisiológicas da mãe e do feto e por isso, a gestante deve garantir um aporte de nutrientes adequados durante todo o período gestacional. Sendo importante também pelo fato do feto iniciar o contato com os diferentes sabores e aromas por meio do líquido amniótico, podendo influenciar nas escolhas alimentares da criança posteriormente. (SANTOS; MAMEDE; BERNARDI, 2011)

No grupo de doces, bolos e chocolate houve um predomínio de 44,2% das participantes realizarem o consumo de 2 a 4x/semana. Os alimentos embutidos, 53,9% apresentaram um consumo raro ou nunca, porém 28,8% realizaram consumo 1x/semana.

Algumas pesquisas feitas revelam também o crescente aumento do uso de açúcar, sal, gorduras e óleos por mulheres gestantes. (JAIME *et al.*, 2015). Entretanto, um estudo realizado nos Estados Unidos, aborda que o consumo diário de até 30g de chocolate acima de 60% de cacau pode prevenir complicações durante o período gestacional. (TRICHE, 2010)

Vieira, Vanicolli e Rapley(2020) demonstra que uma alimentação adequada, saudável e sem excesso de sal e açúcar é fundamental para prevenção de pré-eclâmpsia e possíveis complicações durante toda a gestação.

Tabela 6 – Questionário de Frequência Alimentar do período de gestação.
(continua)

Alimento	n	%
Arroz e Feijão		
Todos os dias	30	57,7
2 a 4 vezes por semana	20	38,5
1 vez por semana	2	3,8
1 a 3 vezes por mês	-	-
Nunca ou raramente	-	-
Laticínios (leite, queijo e iogurte)		
Todos os dias	33	63,5
2 a 4 vezes por semana	13	25,0
1 vez por semana	1	1,9
1 a 3 vezes por mês	1	1,9
Nunca ou raramente	4	7,7
Pães e Cereais		
Todos os dias	2	3,8
2 a 4 vezes por semana	14	26,9
1 vez por semana	16	30,8
1 a 3 vezes por mês	9	17,3
Nunca ou raramente	11	21,2
Biscoito ou bolacha		
Todos os dias	2	3,8
2 a 4 vezes por semana	14	26,9
1 vez por semana	16	30,8
1 a 3 vezes por mês	9	17,3
Nunca ou raramente	11	21,2
Hambúrguer e pizza		
Todos os dias	2	3,8
2 a 4 vezes por semana	4	7,7
1 vez por semana	28	53,9
1 a 3 vezes por mês	10	19,2
Nunca ou raramente	8	15,4
Refrigerante		
Todos os dias	3	5,8
2 a 4 vezes por semana	6	11,5
1 vez por semana	10	19,2
1 a 3 vezes por mês	4	7,7
Nunca ou raramente	29	55,8
Folhosos (alface, rúcula, espinafre)		
Todos os dias	23	44,2
2 a 4 vezes por semana	21	40,4
1 vez por semana	6	11,5
1 a 3 vezes por mês	-	-

Nunca ou raramente	2	3,9
--------------------	---	-----

Tabela 6 – Questionário de Frequência Alimentar do período de gestação.
(conclusão)

Legumes (abobrinha, beterraba, cenoura)		
Todos os dias	21	40,4
2 a 4 vezes por semana	20	38,5
1 vez por semana	8	15,4
1 a 3 vezes por mês	2	3,8
Nunca ou raramente	1	1,9
Frutas		
Todos os dias	25	48,1
2 a 4 vezes por semana	22	42,3
1 vez por semana	4	7,7
1 a 3 vezes por mês	-	-
Nunca ou raramente	1	1,9
Doces, bolos e chocolate		
Todos os dias	11	21,1
2 a 4 vezes por semana	23	44,2
1 vez por semana	13	25,0
1 a 3 vezes por mês	2	3,9
Nunca ou raramente	3	5,8
Embutidos (salame, presunto, salsicha)		
Todos os dias	1	1,9
2 a 4 vezes por semana	-	-
1 vez por semana	15	28,8
1 a 3 vezes por mês	8	15,4
Nunca ou raramente	28	53,9

Fonte: Elaborada pela autora.

5.4 ANÁLISE DO ALEITAMENTO MATERNO DAS CRIANÇAS DO ESTUDO

Na tabela 7 podemos verificar as características referentes ao período do aleitamento materno, sendo o tipo, duração e se houve uso de mamadeira. Da análise ao tipo de aleitamento, houve 34,7% das crianças recebendo aleitamento complementado, ou seja, materno exclusivo com o início da introdução alimentar e 26,9% da amostra receberam o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade. O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (Enani) feito pelo Ministério da Saúde, avaliou 14.505 crianças com faixa etária menor que 5 anos e observou que mais da metade (53%) das crianças foram amamentada

exclusivamente no primeiro ano de vida. Sendo que as menores de seis meses o índice foi de 45,7% e nas menores que quatro meses, 60%.

Em relação a duração do aleitamento, houve prevalência com 25% das crianças que realizaram aleitamento exclusivo até 1 ano e seis meses e o menor valor com 3,8% para as crianças que foram amamentadas com mais de 3 anos. Sobre a utilização da mamadeira, houve empate, no qual 23,1% dos responsáveis responderam que as crianças não utilizaram mamadeira e 23,1% utilizaram mamadeira até 4 anos. Um estudo realizado na cidade de Araçatuba – SP, com 100 mães de crianças até 12 meses de idade, observou que 22,2% apresentou prevalência de aleitamento exclusivo com duração de até 3,6 meses, uma média menor ao encontrado neste estudo. Uma das variáveis associadas ao desmame foi o uso de mamadeira. (SALIBA *et al.*, 2008)

Afonso (2007) afirma que uma criança que não faz uso de mamadeira, tem 30,7% de chance de estar e permanecer em aleitamento materno exclusivo, do que aquela que usa. O Ministério da Saúde orienta que a criança receba o aleitamento até dois anos de vida ou mais, isso devido aos inúmeros benefícios que o mesmo traz para a mãe e para o bebê, prevenindo doenças, auxiliando no desenvolvimento da criança e aumentando o vínculo afetivo com a mãe. (BRASIL, 2019)

Crianças que receberam o aleitamento materno possuem uma maior facilidade na introdução alimentar, devido a dieta consumida pela mãe ser percebida pela criança por meio dos diferentes sabores e odores do leite materno. Isso se difere daquelas que receberam outros tipos de leite. (BRASIL, 2019)

Tabela 7 – Período de aleitamento materno das crianças do estudo.

(continua)		
Tipo de Aleitamento	n	%
Materno exclusivo até os 6 meses	14	26,9
Materno exclusivo até 1 ano	3	5,8
Artificial desde o nascimento até os 6 meses	2	3,8
Artificial depois dos 6 meses	1	1,9
Misto desde o nascimento até 6 meses	5	9,6
Misto depois dos 6 meses	3	5,8
Misto depois de 1 ano	6	11,5
Complementado exclusivo com a introdução alimentar	18	34,7

Tabela 7 – Período de aleitamento materno das crianças do estudo.
(conclusão)

Duração do aleitamento		
Até 6 meses	9	17,3
Até 1 ano	6	11,5
Até 1 ano e 6 meses	13	25,0
Até 2 anos	12	23,1
Até 3 anos	10	19,3
Mais de 3 anos	2	3,8
Uso de mamadeira		
Não	12	23,1
Até 1 ano	8	15,4
Até 2 anos	9	17,3
Até 3 anos	6	11,5
Até 4 anos	12	23,1
5 anos ou mais	5	9,6

Fonte: Elaborada pela autora.

5.5 ANÁLISE DA INTRODUÇÃO ALIMENTAR DAS CRIANÇAS DO ESTUDO.

A Tabela 8 mostra os resultados sobre a introdução alimentar da criança, com a idade que iniciou e a oferta de alimentos antes dos 6 meses.

De acordo com a Tabela 8, 75% não ofertaram nenhum alimento ou líquido antes dos seis meses e 84,7% dos participantes iniciaram a introdução alimentar de seus filhos aos seis meses. Os resultados obtidos nesse estudo se diferem de um estudo feito por Lopes *et al.* (2018) com 545 crianças que demonstrou ingestão de líquido anterior aos seis meses de idade, com água sendo o principal líquido a ser ofertado (56,8%), seguido de suco natural (15,5%) e leite de vaca (10,6%). As frutas também foram ofertadas aos cinco meses de idade por 45% dos participantes da pesquisa. Esses dados também se assemelham a outro estudo realizado em Itapira-SP, que constatou 23,6% das crianças com ingestão de água aos três meses de idade. (AUDI; CORREA; LATORRE, 2001)

A oferta de líquidos antes dos seis meses não é recomendado pelo Ministério da Saúde, podendo trazer prejuízos a saúde da criança. O leite materno é suficiente para atender todas as necessidades da criança. (BRASIL, 2019)

A partir dos seis meses de idade, além do leite materno, a criança deve iniciar o consumo de outros alimentos para suprir as necessidades nutricionais e para o

fornecimento de energia e de micronutrientes específicos como ferro, zinco, fósforo, magnésio, cálcio, entre outros. (BRASIL, 2019)

Oliveira, Parreira e da Silva (2014) obtiveram resultados parecidos com o presente estudo, cujos resultados mostram que mais da metade das crianças participantes iniciaram a introdução alimentar aos seis meses de idade.

Tabela 8 – Introdução Alimentar das crianças do estudo.

Início da introdução alimentar	n	%
4 meses	1	1,9
5 meses	6	11,5
6 meses	44	84,7
16 meses	1	1,9
Oferta de alimento antes dos 6 meses		
Sim	13	25,0
Não	39	75,0

Fonte: Elaborada pela autora.

Quando questionado sobre a abordagem escolhida para introdução alimentar, houve 46,1% para abordagem participativa, sendo essa mista de papa e BLW. A quantidade ofertada às crianças houve prevalência (69,2%) de quanto à criança desejasse como oferta, mas observou que 21,2% dos responsáveis optaram por oferecer de 2 a 3 colheres de sopa, como pode ser verificado na Tabela 9. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo por Vieira, Ambrósio e Japur (2007) cuja amostra foi constituída de 601 mães de bebês com um a dois anos de idade. Houve prevalência da abordagem mista com (35,8%), seguido pela abordagem tradicional com papas (34,6%) e uma menor frequência ao BLW (25,1%). Os autores citados demonstraram que as crianças que iniciaram com a abordagem BLW compartilharam mais os mesmos alimentos da família, sentando-se a mesa adequadamente, do que aqueles que optaram por outra abordagem.

Outro estudo que foi realizado na Nova Zelândia também observou que as crianças que estavam em introdução alimentar com BLW eram expostas aos mesmos alimentos que a família consumia (96%), diferentemente daquelas que estavam em introdução alimentar tradicional e recebiam papas, muitas vezes industrializadas. As que realizavam o método BLW consumiam menos alimentos ultraprocessados, com maior predomínio de alimentos saudáveis como frutas, verduras e legumes. (CAMERON; TAYLOR; HEATH 2013).

O início da alimentação complementar deve ser um momento de tranquilidade e aprendizado. Por isso, é fundamental que o ambiente seja acolhedor e calmo, e que os pais e responsáveis tenham uma boa relação com a criança de forma a influenciar de maneira positiva na aceitação de novos alimentos. (BRASIL, 2019)

A oferta de novos alimentos para crianças que não foram amamentadas pelo leite materno pode ser diferente, visto que as crianças que receberam leite materno tiveram um contato com os diferentes sabores e odores pelo consumo de alimentos da mãe. (BRASIL, 2019)

A introdução deve ser lenta e gradual. Em um primeiro momento, a criança pode rejeitar as primeiras ofertas dos alimentos pela novidade do ato de se alimentar. A quantidade de alimentos ofertada é pequena, e depende da idade de cada uma, bem como a frequência que os alimentos estão sendo ofertados. Entretanto, os pais devem respeitar e se atentar aos sinais de fome e saciedade que a criança demonstra, e quando perceber, respondê-los de forma carinhosa e respeitosa. (BRASIL, 2019)

Tabela 9 – Abordagem escolhida para Introdução Alimentar e quantidade ofertada as crianças do estudo.

Abordagem Escolhida	n	%
Papas: consistência grossa	20	38,5
BLW (baby-led-weaning)	8	15,4
Participativa: mista de papa com BLW	24	46,1
Quantidade da oferta		
2 a 3 colheres de sopa	11	21,2
3 a 4 colheres de sopa	4	7,7
4 a 5 colheres de sopa	1	1,9
O quanto a criança desejasse	36	69,2

Fonte: Elaborada pela autora.

5.6 ANÁLISE DA ALIMENTAÇÃO ATUAL DAS CRIANÇAS DO ESTUDO

A tabela 10 demonstra os resultados obtidos conforme os hábitos e preferências das crianças do estudo atualmente. A maioria (51,9%) das crianças não realizam todas as refeições principais. Quando questionado a oferta de lanche durante os intervalos das refeições principais, 86,5% consomem algum alimento.

Estudo feito por Barbosa, Arruda e De Carvalho (2020) difere dos resultados encontrados neste estudo. Segundo os autores, a realização das três principais

refeições do dia (café da manhã, almoço e jantar) estavam presentes em 85% das crianças com faixa etária de 2 a 4 anos. Isso pode ser explicado pelo fato dos pais com maior contato com a criança, terem um controle do que é ofertado e consumido.

A oferta de lanche intermediário também foi prevalente em um estudo com crianças de todas as regiões do Brasil, cuja frequência foi de 97,46% de consumo das crianças, com maior prevalência no lanche da manhã. No horário em que os lanches são realizados, as crianças estão em períodos escolares ou dentro de instituições que muitas vezes são responsáveis pela própria oferta, isso contribui com a alta taxa de frequência de consumo como encontrado nesse estudo. (FRISBERG, 2016)

Tabela 10 – Hábitos e Preferências das crianças do estudo.

Realização de todas as refeições principais	n	%
Sim	14	26,9
Não	27	51,9
Às vezes	11	21,2
Oferta de lanche durante o intervalo das refeições		
Sim	45	86,5
Não	3	5,8
Às vezes	4	7,7

Fonte: Elaborada pela autora.

Foi verificada as características das refeições realizadas pelas crianças em relação à realização das refeições no mesmo horário da família, consumida mesma refeições que a família, local das refeições, e acompanhamento das refeições. Desta forma, verificou que 63,5% das crianças realizam a refeição no mesmo horário da família, 26,9% realiza somente aos finais de semana e 9,6% realizam em horário diferente ao restante da família. A maioria das crianças analisadas consome a mesma refeição da família (80,8%). O local que as refeições são realizadas, a maioria (84,6%) é em casa, sempre a mesa, 13,5% em frente à TV e 1,9% em restaurantes. Em relação a acompanhamento de líquido durante as refeições, a maioria (36,5%) não consomem nada.

Com relação ao local das refeições, dados diferentes foram encontrados em estudos analisado. O uso de televisão, computador e/ou celular durante o momento da refeição foi verificado em 75,7% das crianças entre 2 a 4 anos. (BARBOSA *et al.*, 2020)

O Guia Alimentar para a População Brasileira informa que as refeições devem ser realizadas em ambientes apropriados com aparelhos de televisão e telefones celulares desligado no momento, a fim de proporcionar concentração e tranquilidade durante a refeição. (BRASIL, 2014)

O uso de aparelhos eletrônicos foi associado a uma piora das preferências e hábitos alimentares das crianças em idade escolar, bem como um menor tempo de prática de atividade física. O excesso em frente às telas está associado ao desenvolvimento de excesso de peso durante o desenvolvimento da criança e para complicações futuras como doenças cardiovasculares. (NIELSEN *et al.*, 2011)

Rotenberg e Vargas (2004) afirmam que a criança no primeiro ano de vida sofre uma transição entre o leite materno para os alimentos em consistência pastosa, até chegar na comida que a família consome. No estudo, houve distinção entre a alimentação dos familiares e das crianças, com predomínio de oferta de sopas e papas. Diferentemente do encontrado no presente estudo, que mostra predomínio da mesma refeição entre toda a família.

A realização da refeição em família, em um mesmo horário, é fundamental para incentivar a criança a se alimentar de forma saudável e adequada, além de criar maiores laços afetivos entre a família, e desenvolver habilidades sociais. (BRASIL, 2019)

Burguess-Champoux *et al.*(2009) descrevem em seu estudo que crianças que compartilhavam o mesmo horário da refeição de seus pais aumentaram o consumo de frutas, legumes e verduras, além de diminuir o consumo de fastfood em 50% e o consumo de doces e bebidas adoçadas.

Wit *et al.*(2015) também encontraram uma melhor auto regulação do apetite e hábitos mais saudáveis entre crianças que realizam refeições familiares com maior frequência.

Foi observado que os pais que realizavam as refeições junto aos seus filhos, e aproveitavam para dialogar sobre os benefícios e os sabores dos alimentos, tinham crianças com maior consumo de alimentos saudáveis. Também foi observado o mesmo resultado em pais que aumentavam a exposição de um mesmo alimento, oferecendo-o várias vezes mesmo com a rejeição da criança. (BLAINE *et al.*, 2017)

Tabela 11 – Características das refeições das crianças do estudo.

Mesmo horário da família	n	%
Sim	33	63,5
Não	5	9,6
Somente aos finais de semana	14	26,9
Mesma refeição da família		
Sim	42	80,8
Não	10	19,2
Local das refeições		
Em casa, sempre a mesa	44	84,6
Em casa, em frente a TV	7	13,5
Em restaurantes	1	1,9
Acompanhamento líquidos nas refeições		
Água	13	25,0
Suco Natural	14	26,9
Suco Artificial	3	5,8
Refrigerante	3	5,8
Nada	19	36,5

Fonte: Elaborada pela autora.

Na tabela 12 está sendo demonstrado o questionário de frequência alimentar das crianças do estudo, no qual verificou no grupo de arroz e feijão, um consumo diário em 71,2% da amostra, e 42,4% no consumo de 1x/semana de macarrão. No grupo de pães e cereais, 44,2% relataram que as crianças consomem de 2-4x/semana e 42,4% possuem consumo diário. Em relação ao grupo de biscoito ou bolacha, a maioria (40,4%) das crianças consome de 2-4x/semana.

No grupo da batata frita, pizza e hambúrguer, não houveram respostas para o consumo diário, porém a maioria com 55,8% responderam que durante a semana existe o consumo desses alimentos pelas crianças. Os tubérculos, a maioria (53,9%) realiza consumo de 2-4x/semana. Os alimentos folhosos, a maioria (44,3%) apresenta consumo de 2-4x/semana e 21,1% nunca ou raramente realizam o consumo. No grupo dos legumes, 28,9% das crianças consomem 1 vez por semana e 21,1% consomem nunca ou raramente.

Foi relatado consumo de nunca ou raramente de refrigerante com 77,0% das crianças e 13,5% com consumo de uma vez por semana. Em relação ao grupo dos doces, bolos e chocolates, 50% relataram consumo das crianças de 2-4x/semana. Os alimentos embutidos, 40,4% das crianças consomem nunca ou raramente, porém 21,1% têm consumo de 1x/semana. No consumo de frutas, a maioria (84,6%)

das crianças consome mais de duas por dia, entretanto 5,8% não consomem nenhuma.

O consumo de verduras e legumes também se mostrou inadequado e baixo por um estudo realizado no Ceará, com frequência de 48,4% de consumo diário. A presença de verduras e legumes deve estar frequente na refeição das crianças e da família, de forma a favorecer os níveis adequados de saúde, de crescimento e de desenvolvimento cognitivo, assim como manter o estado nutricional adequado. (BARBOSA *et al.*, 2020)

Este baixo consumo de legumes e verduras também foi associado em um estudo realizado na cidade de Viçosa-MG, que demonstraram maior consumo em sucos artificiais e refrigerantes (76%). O mesmo estudo verificou que as crianças de maior classe econômica apresentavam um consumo alimentar voltado para fastfood e alimentos ultraprocessados, com menor adesão ao consumo tradicional de arroz, feijão e carne. (VILLA *et al.*, 2015)

O consumo de feijão observado nesse estudo também se assemelha ao encontrado no mesmo estudo citado anteriormente. Com ingestão de 85% de consumo diário pelas crianças entre 2 a 4 anos. (VILLA *et al.*, 2015)

Os dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2018 identificou que, mesmo a ingestão do feijão ainda ser alta na população brasileira, houve redução no consumo em comparação com inquéritos realizados anteriormente.

Em relação ao consumo de alimentos ultraprocessados, o mesmo estudo feito por Barbosa *et al.* (2020) verificou ingestão superior a 50% nas crianças participantes do estudo. Essa taxa elevada pode estar associada ao excesso de ganho de peso nas crianças juntamente com complicações na saúde.

Os dados presentes neste estudo evidenciam baixo consumo de alimentos como pizza e hambúrguer, assim como o estudo realizado por Michereff *et al.* (2014) que observou baixo consumo de alimentos embutidos, macarrão instantâneo e frituras. Esses fatores contribuem positivamente na dieta das crianças.

Tabela 12 – Questionário de Frequência Alimentar das crianças do estudo.

		(continua)
	n	%
Arroz e Feijão		
Todos os dias	37	71,2
2 a 4 vezes por semana	12	23,1
1 vez por semana	2	3,8
1 a 3 vezes por mês	-	-
Nunca ou raramente	1	1,9
Macarrão		
Todos os dias	2	3,8
2 a 4 vezes por semana	19	36,5
1 vez por semana	22	42,4
1 a 3 vezes por mês	9	17,3
Nunca ou raramente	-	-
Pães e Cereais		
Todos os dias	22	42,4
2 a 4 vezes por semana	23	44,2
1 vez por semana	2	3,8
1 a 3 vezes por mês	2	3,8
Nunca ou raramente	3	5,8
Biscoito ou bolacha		
Todos os dias	7	13,5
2 a 4 vezes por semana	21	40,4
1 vez por semana	9	17,3
1 a 3 vezes por mês	9	17,3
Nunca ou raramente	6	11,5
Batata frita, hambúrguer e pizza		
Todos os dias	-	-
2 a 4 vezes por semana	15	28,9
1 vez por semana	14	26,9
1 a 3 vezes por mês	4	7,7
Nunca ou raramente	19	36,5
Tubérculos		
Todos os dias	12	23,1
2 a 4 vezes por semana	28	53,9
1 vez por semana	6	11,5
1 a 3 vezes por mês	2	3,8
Nunca ou raramente	4	7,7
Folhosos (alface, rúcula, espinafre)		
Todos os dias	7	13,5
2 a 4 vezes por semana	23	44,3
1 vez por semana	5	9,6
1 a 3 vezes por mês	6	11,5
Nunca ou raramente	11	21,1
Legumes (abobrinha, beterraba, cenoura)		
Todos os dias	8	15,4
2 a 4 vezes por semana	10	19,2
1 vez por semana	15	28,9
1 a 3 vezes por mês	8	15,4
Nunca ou raramente	11	21,1

Tabela 12 – Questionário de Frequência Alimentar das crianças do estudo.
(conclusão)

Refrigerante		
Todos os dias	2	3,8
2 a 4 vezes por semana	2	3,8
1 vez por semana	7	13,5
1 a 3 vezes por mês	1	1,9
Nunca ou raramente	40	77,0
Doces, bolos e chocolate		
Todos os dias	6	11,5
2 a 4 vezes por semana	26	50,0
1 vez por semana	13	25,0
1 a 3 vezes por mês	4	7,7
Nunca ou raramente	3	5,8
Embutidos (salame, presunto e salsicha)		
Todos os dias	3	5,8
2 a 4 vezes por semana	5	9,6
1 vez por semana	11	21,1
1 a 3 vezes por mês	12	23,1
Nunca ou raramente	21	40,4
Quantidade de fruta/dia		
Nenhuma	3	5,8
1 fruta	5	9,6
Mais de 2	44	84,6

Fonte: Elaborada pela autora.

Na tabela 13 está demonstrado os resultados das perguntas relacionadas as atitudes dos responsáveis no momento da refeição das crianças. Em relação a quantidade ofertada, 30,8% dos responsáveis relataram que a criança deve comer todos os alimentos que está no prato, 42,3% relataram que as crianças consomem o que elas desejam naquele dia e 26,9% os responsáveis que determinam os alimentos consumidos pelas crianças.

O Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos sugere que os pais e responsáveis não forcem a criança a consumir todos os alimentos que estão no prato, em razão do prejuízo que esses comportamentos podem trazer na habilidade de controlar o apetite e no ganho de peso excessivo. (BRASIL, 2019)

Ao responder sobre as atitudes feitas no momento da recusa alimentar, as respostas mais frequentes foram de misturar com os outros alimentos (34,7%), seguido de esperar a próxima refeição (21,1%), oferecer alguma recompensa (17,3%), uso de celular ou tablet ou brinquedo (11,5%), substituir por bolacha e

biscoito (7,7%), esperar na mesa até comer tudo o que está no prato (3,8%) e realizar substituição por leite (3,8%). Sobre os sentimentos dos responsáveis após o momento de recusa, 38,5% relatou permanecer com angústia mas com tranquilidade, 23,1% tranquilo, 13,5% angústia com medo, 11,5% nervoso e 7,7% incapaz.

Um estudo feito por Klazine e Ester (2017) demonstrou que pais com comportamento autoritário, que colocavam pressão para as crianças comerem alimentos saudáveis, restringindo e proibindo os de alta densidade energética, tinham resultados ao contrário do desejado. As crianças aproveitavam os alimentos “proibidos” quando eram disponíveis, consumindo-os em excesso.

Diferentemente de práticas de modelagem e monitoramento sem pressão. Um estudo feito com 75 crianças com idade entre 12 e 36 meses observou que os pais que exerciam a modelagem, oferecendo uma alimentação variada e adequada, tinham crianças com maior consumo de alimentos saudáveis e com maior variedade de alimentos. Essa modelagem parental pode se manifestar de várias maneiras, por meio da compra e preparo de alimentos saudáveis, comer em família e ensinar sobre a importância do consumo de alimentos saudáveis. (DECOSTA; MOLLER; OLSEN, 2017)

Outro estudo feito com 90 pais de crianças com idade entre dois e quatro anos observou que as práticas de maior pressão alimentar e oferta de recompensas alimentares foram associadas a uma menor aceitação da criança a experimentar novos alimentos, aumentando a seletividade alimentar da criança. Enquanto a prática de consumir alimentos saudáveis junto aos seus filhos foi relacionada com maior aceitação de novos alimentos pelos filhos. As crianças aprendem sobre o alimento observando os outros. É possível identificar que existem similaridades entre pais e filhos em relação às preferências alimentares, aceitação e disposição em experimentar novos alimentos, sugerindo que os pais sejam os maiores exemplos de seus filhos. (TYLKA; LUMENG; ENELI, 2015)

Estratégias utilizadas de recompensa ou de esconder um alimento no prato podem contribuir para que a criança construa uma relação de dependência entre a comida e a recompensa. A utilização de aparelhos eletrônicos como celular ou tablet podem gerar um desinteresse da criança pela comida, atrapalhando no processo de aprendizagem, visto que a criança não presta atenção na refeição e consome os alimentos de forma automática. (BRASIL, 2019)

A pressão alimentar exigida pelos pais para os filhos aumentarem o consumo de alimentos saudáveis são as mais utilizadas. Porém, esse comportamento está associado a diminuição da percepção dos sinais de saciedade, fazendo com que a criança utilize os sinais externos (comida preferida, cheiro e emoções) como sinal de fome e saciedade, dependendo desses aspectos para iniciar e terminar as refeições. (VANDEWEGHE *et al.*, 2017)

A restrição de alguns alimentos pelos próprios pais promove pensamentos contraditórios nas crianças, as quais desenvolvem uma maior atração e consumo excessivo quando esses alimentos ficam disponíveis. Uma vez que esses alimentos são mais consumidos em momentos agradáveis de socialização e celebração, como festas de aniversário e casamentos. (LARSEN *et al.*, 2015)

Tabela 13 – Atitudes dos responsáveis x crianças durante a refeição.

Quantidade de comida ofertada	n	%
Comer todos os alimentos do prato	16	30,8
O que ele deseja comer naquele dia	22	42,3
Você determina o que ele come	14	26,9
Atitudes feitas quando há recusa de alimentação		
Esperar até a próxima refeição	11	21,2
Substituição por bolacha e biscoito	4	7,7
Esperar na mesa até comer tudo	2	3,8
Usar celular/tablete ou brinquedo	6	11,5
Oferecer recompensa	9	17,3
Misturar com outros alimentos	18	34,7
Substituição por leite	2	3,8
Sentimento dos pais após recusa alimenta		
Angústia com medo	7	13,5
Angústia mas com tranquilidade	20	38,5
Tristeza	3	5,8
Tranquilidade	12	23,1
Incapacidade	4	7,7
Nervosismo	6	11,5

Fonte: Elaborada pela autora.

5.7 NEOFOBIA ALIMENTAR

A Tabela 14 analisa a frequência das respostas obtidas no questionário de Plinner (1992), sendo que para as 10 questões aplicadas, 4 foram pontuadas inversamente por apresentarem critérios que distanciamda Neofobia Alimentar, no qual, estão representadas por (I) na tabela.

As respostas das perguntas abordadas na escala de Neofobia Alimentar podem ser verificadas na tabela 14, sendo que as respostas dadas pelos responsáveis relatam que os filhos não estão interessados em experimentar alimentos novos e diferentes (30,77%), ficando desconfiados quanto a alimentos nunca provados anteriormente (34,63%) e 36,54% demonstram que se o filho não identificar o alimento presente, o mesmo pelo menos prova. Quando questionados em relação a alimentos de culturas diferentes, 50% demonstraram não concordar e nem discordar que os filhos apreciam esse tipo de comida, entretanto 40,38% relataram discordar de que os mesmos não gostam desses alimentos. Apontando que não concordam e nem discordam que seus filhos gostem de ir a locais que sirvam esse tipo de refeição. (51,92%)

Em situações diferentes do cotidiano como em festas e outros convívios, os pais relataram que os filhos experimentam alimentos novos (42,31%), reforçando a ideia de que mesmo que o filho não tenha consumido o alimento anteriormente, ele a prova (34,63%).

Quanto a criança comer qualquer tipo de alimento, houveram porcentagens iguais para respostas de concordo, não concordo e nem discordo (42,31%). O mesmo resultado foi encontrado quando perguntado sobre o filho apresentar características esquisitas em relação a alimentação, os responsáveis relataram não concordar, nem discordar, e discordar (42,31%).

Tabela 14 – Escala de Neofobia Alimentar das crianças do estudo (%).
(continua)

	CC	C	NC ND	D	DC
O(A) meu(minha) filho(a) está interessado em provar alimentos novos e diferentes. (I)	11,54	13,46	26,92	17,31	30,77
O(A) meu(minha) filho(a) fica desconfiado em relação a alimentos novos.	15,38	34,63	21,15	19,23	9,61
Se o(a) meu(minha) filho(a) não souber o que tem em uma determinada comida, ele nem a prova	5,77	30,76	23,08	36,54	3,85
O(A) meu(minha) filho(a) gosta de alimentos de culturas diferentes (I)	7,69	23,08	50,0	15,38	3,85

Tabela 14 – Escala de Neofobia Alimentar das crianças do estudo (%).
(conclusão)

Para o(a) meu(minha) filho(a), os alimentos de culturas diferentes da nossa não o (a) agradam	3,85	15,38	38,46	40,38	1,93
Em festas ou outros convívios, é muito provável que o(a)meu(minha) filho(a) não prove alimentos novos	7,69	23,08	19,23	42,31	7,69
O(A) meu(minha) filho(a) tem receio em comer alimentos que nunca provou antes	9,61	30,76	21,15	34,63	3,85
O(A) meu(minha) filho(a) é capaz de comer qualquer alimento (I)	5,77	42,31	42,31	5,76	3,85
O(A) meu(minha) filho(a) é muito esquisito com os alimentos que come.	1,93	5,76	42,31	42,31	7,69
O(A) meu(minha) filho(a) gosta de ir a lugares onde sirvam comida de outras culturas diferentes da nossa (I)	3,85	21,15	51,92	17,31	5,77

Legenda: CC = concordo completamente (pontuação 1), C= concordo (pontuação 2), NCND= nem concordo e nem discordo (pontuação 3), D= discordo (pontuação 4), DC = discordo completamente (pontuação 5)

Fonte: Elaborada pela autora.

Em relação à pontuação encontrada pela escala de Neofobia Alimentar, a tabela 15 demonstra média e o desvio-padrão da mesma. Considerando a pontuação menor representado pelo intervalo de 10 pontos e a maior 50 pontos, foi encontrada média de 26,88 na amostra estudada, podendo considerar próximo do valor de 10 pontos, quando existe quadro de Neofobia Alimentar.

Babo e Almeida (2013) verificaram a presença de neofobia alimentar em 72 crianças, a média encontrada através da Escala de Neofobia Alimentar foi de 33,24, caracterizando um valor de comportamento neofóbico e Pataco (2013) também encontrou valor médio com uma pontuação de 29,76 em relação aos comportamentos neofóbicos das crianças em seu estudo, sendo valores próximos, em ambos os estudos citados, ao encontrado no presente estudo.

Cooke, Wardle e Gibson (2003) observaram em seu estudo que quando o índice de neofobia é alto, o consumo de alimentos ricos em gorduras e açúcares é superior ao recomendado e a ingestão de alimentos saudáveis, importantes nessa fase de desenvolvimento da criança é baixa. Esses dados são alarmantes, uma vez que uma dieta sem variedade na infância prediz uma dieta monótona também na idade adulta.

As hortaliças e as frutas são mais susceptíveis a neofobia alimentar, visto que as folhas podem ter difícil digestão. Além disso, a maneira de como o alimento é exposto e ofertado a criança, influencia diretamente na resposta de neofobia. (HEATH; HOUNSTON-PRICE; KENNEDY, 2011)

Russel e Worsley (2008) também associaram a neofobia alimentar com a baixa preferência por vegetais e dietas monótonas, o que pode interferir na qualidade da alimentação da criança. Essa monotonia alimentar pode interferir diretamente na aceitação das preparações, além de não garantir a ingestão adequada de vitaminas e minerais. Entre os nutrientes mais restritos, destacam-se vitamina E, folato, cálcio, zinco e fibras (MENEGAZZO *et al.*, 2011)

Medeiros (2008) afirma que essas deficiências nutricionais decorridas do comportamento neofóbico podem acarretar um baixo desenvolvimento físico e intelectual, além de comprometer o sistema nervoso e imunológico e desenvolvimento futuro de doenças crônicas não transmissíveis.

As experiências positivas da criança durante a refeição ao longo do tempo contribuem para a diminuição da neofobia alimentar e da relutância da criança em consumi-lo. Autores confirmam que para que um alimento se torne habitual na alimentação infantil, a exposição deve ser feita mais de 15 vezes. (WARDLE; CARNELL; COOKE, 2005)

Os comportamentos neofóbicos afetam diretamente a dieta das crianças, envolvendo diversos fatores intrínsecos e extrínsecos que estão ligados ao consumo de um alimento desconhecido. A identificação desses comportamentos é fundamental, pelo fato de ser um período de novas descobertas táteis, gustativas e olfativas em que há o início da formação dos hábitos alimentares que perdurarão por toda a vida desses indivíduos. (GENDRICH, 2003)

Tabela 15- Média e Desvio Padrão da pontuação da escala de neofobia alimentar.

	N	Média	Desvio Padrão (DP)
Pontuação	52	26,88	5,17

Fonte: Elaborada pela autora.

Na tabela 16 está sendo demonstrado a frequência das crianças com presença ou ausência de comportamentos neofóbicos. 57,69% das crianças não

apresentaram comportamentos neofóbicos, entretanto 42,31% das crianças apresentam.

Dentre as crianças que manifestaram tendências de neofobia alimentar, 54,55% foram do gênero masculino e 45,45% do gênero feminino. A maior frequência foi à faixa etária de 3 anos e 1 mês até 4 anos (31,81%).

Os dados obtidos nesse estudo corroboram com outros autores analisados, que revelam que a neofobia alimentar tende reduzir conforme a idade aumenta. (BIRCH *et al.*, 2003; PLINER; HOBDEN, 1999).

Addessiet *al.* (2005) identificou que durante essa faixa etária, de dois a seis anos, as respostas neofóbicas apresentam uma maior manifestação. Os mesmos resultados também foram encontrados em outros estudos, no qual estudaram a mesma população. (BENTON, 2004; VIVEIROS, 2012)

Em relação ao gênero, os estudos mostram contradições. Gaiga (2014) encontrou uma frequência maior de neofobia alimentar em crianças do gênero feminino, enquanto Cooke, Wardle e Gibson (2003) observaram maior presença de comportamentos neofóbicos em meninos, similar ao encontrado nesse estudo. Russel e Worsley (2008) não identificaram nenhuma relação da frequência de neofobia com o sexo.

Tabela 16- Frequência das crianças com presença ou ausência de comportamentos neofóbicos.

	Presença de comportamentos neofóbicos	Ausencia de comportamentos neofóbicos
	(%)	(%)
Total	42,31	57,69
Faixa Etária		
De 2 anos até 3 anos	22,73	23,33
De 3 anos e 1 mês até 4 anos	31,81	20,0
De 4 anos e 1 mês até 5 anos	22,73	26,66
De 5 anos e 1 mês até 6 anos	13,64	16,67
Até 6 anos e 11 meses	9,09	13,34
Sexo		
Feminino	45,45	53,33
Masculino	54,55	46,67

Fonte: Elaborada pela autora.

6. CONCLUSÃO

É possível concluir que houve presença de neofobia alimentar em crianças com três anos e um mês até quatro anos de idade. Sendo que, outras faixas etárias analisadas tiveram maior predomínio de ausência de comportamentos neofóbicos, com diferença mínima apresentada. Vale ressaltar que comportamentos anteriores bem como a gestação e hábitos alimentares, lactação, introdução alimentar da criança e atitudes dos pais e responsáveis durante a refeição podem ser marcadores para contribuir ou não, para o início de neofobia alimentar. Para isso, mais estudos na área são necessários, a fim de investigar o desenvolvimento da neofobia alimentar das crianças.

REFERÊNCIAS

- ADDESSI, E. *et al.* Specific social influences on the acceptance of novel foods in 2–5-year-old children. **Appetite**, London, v. 45, n. 3, p. 264-271, Dec. 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16239048/>. Acesso em: 20 out. 2021.
- AFONSO, V. W. **Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em Juiz de Fora, MG**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/4581>. Acesso em: 19 out. 2021.
- ARAÚJO, L.N.; BRAGA M.; VALOIS R.
Respostas Faciais aos Sabores Básicos em Recém-nascidos Prematuros. Orientador: Dr. João Guilherme Bezerra Alves. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso - Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, 2016. p. 16. Disponível em: http://higia.imip.org.br/bitstream/123456789/451/1/Artigo%20Final_Marina%20Souto%20da%20Cunha%20Brendel%20Braga.pdf. Acesso em 06 fev. 2021.
- AUDI, C.A.; CORREA, A.M.; LATORRE, M.R. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 3, n. 1, p.85-93, jan./mar. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/qjwcV3vwGM7rcLBf86RhgcG/?lang=pt>. Acesso em: 21 out. 2021.
- BABO, M.; ALMEIDA, M.D.V. Determinantes da Neofobia Alimentar em crianças dos 3 aos 5 anos. **Revista SPCNA**, Porto, v. 19, n.1, p.1, 2013. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71095/2/47109.pdf>. Acesso em: 26 out. 2021.
- BARBOSA, B. B.; ARRUDA, C. M. ; DE CARVALHO, N. S. Vigilância Alimentar e Nutricional: práticas alimentares de crianças maiores de dois anos. **SANARE**, Sobral, v. 20, n. 1, p. 35-43, jan./jun.2021. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1548>. Acesso em: 22 out. 2021.
- BEAUCHAMP, G. K.; MENNELLA, J.A. Períodos sensíveis no desenvolvimento da percepção dos sabores e na sua escolha pelo ser humano. *In: ANAIS NESTLÉ*, 57., 1999, São Paulo. **Anais Nestlé: Sabor e Saciedade**. São Paulo: Nestlé Brasil Ltda, 1999. p.21-34. Disponível em: https://www.ufjf.br/renato_nunes/files/2010/08/sabor-e-saciedade.pdf. Acesso em: 08 fev. 2021.
- BIRCH, L.L. Development of food preferences. **Annu.Rev. Nutr.**v.19, p.41-62,,jul. 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10448516/>. Acesso em: 09 fev. 2021.
- BIRCH, L.L. Os padrões de aceitação do alimento pelas crianças. *In: ANAIS NESTLÉ*, 57., 1999, São Paulo. **Anais Nestlé: Sabor e Saciedade**. São Paulo: Nestlé Brasil Ltda, 1999. p.12-20. Disponível em: <http://docplayer.com.br/37542913-Anais-nestle-57-anais-nestle-sabor-e-saciedade-nestle-nutrition-services-volume-sabor-e-saciedade-nestle-nutrition-services.htm>. Acesso em: 08 fev. 2021.

BIRCH L.L.; FISHER J.A. The role of experience in the development of children's eating behavior. In: Capaldi ED, ed. **Why We Eat What We Eat: The Psychology of Eating**. Washington, DC, 1997. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1998-07236-005>. Acesso em: 09 fev. 2021.

BIRCH, L. L.; FISHER, J. O.; DAVISON, K.K. Learning to overeat: Maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 78, n.2, p. 215-220, Aug. 2003. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/10640004_Learning_to_overeat_Maternal_use_of_restrictive_feeding_practices_promotes_girls%27_eating_in_the_absence_of_hunger. Acesso em: 24 out. 2021.

BLAINE R.E., *et al.* Food parenting and child snacking: a systematic review. **Int J Behav Nutr Phys Act**, v.14. Nov.2017. Disponível em: <https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12966-017-0593-9>. Acesso em: 19 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** – 2. ed. Brasília :Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Alimentar-para-a-pop-brasiliera-Miolo-PDF-Internet.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Secretaria de Atenção Básica à Saúde; Brasília, 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf. Acesso em: 09 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, DF : Editora do Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos); (Cadernos de Atenção Básica, n. 23). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf. Acesso em: 9 fev. 2021.

BURGESS-CHAMPOUX L.L. *et al.* Are family meal patterns associated with overall diet quality during the transition from early to middle adolescence? **J Nutr Educ Behav**, v.41, n.2, p.79-86, Mar./Apr. 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19304252/>. Acesso em: 27 out. 2021.

CAMERON S.L.; TAYLOR R.W.; HEATH A.L.M. Parent-led or baby-led? Associations between complementary feeding practices and health related behaviours in a survey of New Zealand families. **BMJ Open**, v.3, n.12, Dec. 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/259271626_Parent-led_or_baby-led_Associations_between_complementary_feeding_practices_and_health-related_behaviours_in_a_survey_of_New_Zealand_families. Acesso em: 12 out. 2021.

CARNELLS.; WARDLE J. Measuring behavioural susceptibility to obesity: Validation of the child eating behaviour questionnaire. *Appetite*, v.48, n.1, p.104-113, Jan. 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16962207/>. Acesso em: 15 fev. 2021.

COOKE L.J.; CARNELL S.; WARDLE J. Food neophobia and mealtime food consumer in 4-5 year old children. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.*, v.3, n.14, Jul.2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16824218/>. Acesso em: 17 out. 2021.

COOKE L.; WARDLE J.; GIBSON E.L. Relationship between parental report of food neophobia and everyday food consumption in 2-6-year-old children. *Appetite*, v. 41, n.2, p.205-206, Oct 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14550320/>. Acesso em: 17 out. 2021.

DA SILVA, M. G. *et al.* Estado Nutricional e Hábitos Alimentares de Gestantes Atendidas na Atenção Primária de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.24, n.4, p.349-356, 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964056/35688-97569-1-pb.pdf>. Acesso em: 20 out. 2021.

DA SILVA, C.S.M. *et al.* Vigilância Alimentar e nulidade da alimentação de crianças e implicações do perfil socioeconômico e estímulo a alimentação saudável na família tradicional. **Revista de Ciências Humana**: vol. 20, n.1, jan./jun. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/RCH/article/view/11041/6212>. Acesso em: 18 out. 2021.

DE COSTA P.; MOLLER P.; FRST M.B.; OLSEN A. Changing Children's seating behaviour - A review of experimental research. *Appetite*, v. 113, p.327-357, jun. 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666317303549?via%3Dihub>. Acesso em: 19 out. 2021.

DINIZ, C. S.; DE MIRANDA, M.J.; REIS-QUEIROZ J.; QUEIROZ M. R.; SALGADO H.O. Por que as mulheres no setor privado têm gestações mais curtas no Brasil?: Desvio à esquerda da idade gestacional, cesárea e inversão da disparidade esperada. **J. Hum. Growth Dev.** São Paulo. v.26, n.1, p.33-40, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822016000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2021.

DOMÍNGUEZ, P. R. Development and Acquisition of Flavor and Food Preferences in Children: An Update Until 2010. **Journal of Food Research**, Toronto, v. 3, n. 1, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/275265299_Development_and_Acquisition_of_Flavor_and_Food_Preferences_in_Children_An_Update_Until_2010. Acesso em: 10 fev. 2021.

DOVEY, T. *Met al.* Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: A review. *Appetite*, v.5, n.3, p.181-193, Mar./May. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17997196/>. Acesso em: 17 out. 2021.

ESTUDO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO INFANTIL, ENANI. **Resultados Preliminares: Indicadores de Aleitamento Materno no**

Brasil. Rio de Janeiro, ago. 2020. Disponível em: https://crn8.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Relatorio-preliminar-AM_ENANI-2019-1.pdf. Acesso em: 19 out. 2021.

FILIFE, A.P.P.S.P. **Neofobia Alimentar e Hábitos Alimentares em Crianças Pré-escolares e Conhecimentos Nutricionais Parentais.** 2011. Mestrado Integrado em Psicologia (Secção de Psicologia Clínica da Saúde Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença) - Universidade de Lisboa, 2011. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5093/1/ulfpie039693_tm.pdf. Acesso em: 20 out. 2021.

FILHO, M.A.. **Práticas Alimentares Saudáveis Durante o Período Gestacional.** 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/876/1/PDF%20-%20Maur%C3%ADlio%20Adelino%20Alves%20Filho.pdf>. Acesso em: 21 out. 2021.

FISBERG, M. *et al.* Hábito alimentar nos lanches intermediários de crianças escolares brasileiras de 7 a 11 anos: estudo em amostra nacional representativa. **International Journal of Nutrology**, v.9, n.4, p.225-236, set./dez. 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/312939548_Habito_alimentar_nos_lanches_intermediarios_de_crianças_escolares_brasileiras_de_7_a_11_anos_estudo_em_a_mostra_nacional_representativa_Between_meal_snacks_and_food_habits_in_schooler_brazilian_childre. Acesso em: 26 out. 2021.

GAIGA, Camilla Azevedo. **Neofobia alimentar e desenvolvimento infantil.** 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Nutrição) - Universidade Estadual de Campinas, 2014. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000973500&opt=1>. Acesso em: 16 out. 2021.

GENDRICH K. Determinantsofnutritionalbehaviour: a multitude of levers for successfulintervention? **Appetite**, v.41, n.3, p.231-238, Dec. 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14637320/>. Acesso em: 24 out. 2021.

HARDING, S.K. *et al.* Mudanças longitudinais no tempo sedentário e na atividade física durante a adolescência. **Int. J. Behav. Nutr. Phys. Acy.**, v.12, mar./abr. 2015. Disponível em: <https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12966-015-0204-6>. Acesso em: 23 out. 2021.

HARE-BRUNN H. *et al.* Televisionviewing, food preferences, and food habitsamongchildren: a prospectiveepidemiologicalstudy. **BMC Public Health**, v.11, n.311, May. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21569476/>. Acesso em: 24 out. 2021.

HEATH, Philippa; HOUSTON-PRICE, Carmel; KENNEDY, Orla B. Aumentando a familiaridade alimentar sem as lágrimas. Um papel para exposição visual? **Appetite**, v.57, n.3, p.832-838, dez. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21683747/>. Acesso em: 20 out. 2021.

HERTZLER, A.A. Children's food patterns—a review. II. Family and group behavior. **J. Am. Diet. Assoc.**, v.83, n.5, p.555-560, Nov.1983. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6355251/>. Acesso em: 12 fev. 2021.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa de Orçamento Familiares 2017-2018**. 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101742.pdf>. Acesso em: 22 out. 2021.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde : 2019 : ciclos de vida : Brasil**. 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101846>. Acesso em: 22 out. 2021.

JAIME, P.C. *et al.* Prevalência e distribuição sociodemográfica de marcadores de alimentação saudável. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.24, n.2, jun. 2015.. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/FNmww74jSWy5WJZn8jFHFZD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2021.

KLAZINE V.D.H.; ESTER F.C.S. Parenting styles, feeding styles and food related parenting practices in relation to toddlers' eating styles: A cluster-analytic approach. **PLoS One**, v.12, n.5, May. 2017. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0178149>. Acesso em: 20 out. 2021.

LARSEN, J.K. *et al.* How parental dietary behavior and food parenting practices affect children's dietary behavior. Interacting sources of influence? **Appetite**, v.89, n.1, Jun. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666315000598?via%3Dihub>. Acesso em: 19 out. 2021.

LAZARI, T. A, *et al.* **Importância da educação nutricional na infância**. In: Congresso Multiprofissional em saúde., 2012, Londrina: Unifil. 2012.

LONGO-SILVA, G. *et al.* Introduction of soft drinks and processed juice in the diet of infants attending public day care centers. **Rev. Paul. Pediatr.**, v.33, n.1, Jan./Mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/dvLkkrD9HhYmt7nGTM7vFSP/?lang=en>. Acesso em: 18 out. 2021..

LOPES, W.C *et al.* Alimentação de Crianças nos dois primeiros anos de vida. **Rev. paul. pediatr.**, v.36, n.2, abr./jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/r8tJMQJJZxCP7n6q4zTwmWx/?lang=pt>. Acesso em: 22 out. 2021.

MEDEIROS R.T. **Caracterização da neofobia alimentar em crianças de três a seis anos**. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/17262>. Acesso em: 09 mar 2021.

MELLER, F. O.; ARAÚJO, C. L.; MADRUGA, S.W.. Fatores associados ao excesso de peso em crianças brasileiras menores de cinco anos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.19, n.3, mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/sVS4c8qX3GZWdRTNXFRMSNP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2021.

MENEGAZZO, M. *et al.* Avaliação qualitativa das preparações do cardápio de centros de educação infantil. **Rev. Nutr.**, v.24, n.2, abr. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/rh937cVrrZcWL3nLYH6wx6q/?lang=pt>. Acesso em: 26 out. 2021.

MICHEREFF, A.L.P. *et al.* Associação da qualidade da dieta com as características do ambiente familiar em escolares de ITAJAÍ-SC. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v.38, n.3, 2014. Disponível em: http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/155565/A06.pdf. Acesso em: 25 out. 2021.

NEWMAN J.; TAYLOR A. Effect of a means: end contingency on young children's food preferences. **J. Exp. Child. Psychol.**, v.53, n.2, p.200-216, abr. 1992. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/002209659290049C>. Acesso em: 15 mar. 2021.

NIELSEN, B. M. *et al.* Visualização televisiva, preferências alimentares e hábitos alimentares entre crianças: um estudo epidemiológico prospectivo. **BMC Saúde Pública**, v.11, n. 311, mai. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21569476/>. Acesso em: 20 out. 2021.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Novas diretrizes sobre atividade física e comportamento sedentário**. 2020. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/102689-oms-lanca-novas-diretrizes-sobre-atividade-fisica-e-comportamento-sedentario>. Acesso em: 22 out. 2021.

OLIVEIRA, B.B.; PARREIRA, B.D.M.; SILVA, S.R. Introdução da alimentação complementar em crianças menores de um ano: vivência e prática de mães. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**. v.3, n.1, p.2-13, 2014.

PATACO, J. S.F.. **Estudo da relação entre temperamento, neofobia alimentar e preferências alimentares em crianças pré-escolares**. 2013. Tese de mestrado (Psicologia (Secção de Psicologia Clínica e da Saúde - Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença) - Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/9486>. Acesso em: 26 out. 2021.

PELCHAT, M. L. **Picky eater profile: What is normal?** Pediatric Basics, 1996.

PLINER P. Development of measures of food neophobia in children. **Appetite**, v.23, n.2, p.147-163, 1994. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7864609/>. Acesso em: 20 fev. 2021.

PLINER, P.; HOB DEN, K.. Desenvolvimento de uma escala para medir o traço da neofobia alimentar em humanos. **Appetite**, v.19, n.2, out. 1992. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/019566639290014W?via%3Dihub>. Acesso em: 24 out. 2021.

RAMOS, M.; STEIN, L. M. Desenvolvimento do

comportamento alimentar infantil. **Jornal de Pediatria**, v.76, n.3, p.229 – 237, 2000. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/Enpacs/pesquisaArtigos/desenvolvimento_do_comportamento_alimentar_infantil_ramos_2000.pdf. Acesso em: 10 mar. 2021.

ROTENBERG, S.; DE VARGAS, S.. Práticas Alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife, v.4, n.1, p.85-94, mar. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/N6QJK6M9SVbYCXqGyTBfbYg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 out. 2021.

RUDEY, E.L.; LEAL, M.C.; REGO, G. Cesarean section rates in Brazil: trend analysis using the Robson classification system. **Medicine**, v.99, n.17, Apr. 2020. Disponível em: https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2020/04240/Cesarean_section_rates_in_Brazil__Trend_analysis.70.aspx. Acesso em: 19 out. 2021.

RUSSELL, Catherine Georgina; WORSLEY, Anthony. A population-based study of preschoolers' food neophobia and its associations with food preferences. **J Nutr Educ Behav.**, v.40, n.1, p.11-19, Jan./Feb. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18174099/>. Acesso em: 20 out. 2021.

SALIBA, N.A. *et al.* Frequência e variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças com até 12 meses de idade no município de Araçatuba, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.8, n.4, dez. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292008000400014>. Acesso em: 25 out. 2021.

SANTOS, L.A.; MAMEDE, F.V.; BERNARDI, J.V.B. Orientação nutricional no pré-natal em serviços públicos de saúde no município de ribeirão preto: o discurso e a prática assistencial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.14, n.4, out. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000500008&script=sci_arttext&tlng=PT. Acesso em: 18 out. 2021.

SCHWARZFISCHER, P. *et al.* **Atividade Física e Comportamento Sedentário De 6 a 11 anos**. [S. l.], 2019. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/143/1/e20180994.full.pdf>. Acesso em: 20 out. 2021.

SHORKPOU, M. *et al.* Prevalência de Cesariana e Análise do Escore de Apgar Neonatal e o Tempo Médio da Segunda Fase do Trabalho em Gestantes. **Med Arch**, v.73, n.6, p.399-403, dez. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7007604/>. Acesso em: 22 out. 2021.

SILVA, M.L.. **Escala de comportamento dos pais durante a refeição: validação preliminar e associação com o consumo alimentar de escolares de São Paulo**. Tese. (Mestrado em Nutrição) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/22685>. Acesso em: 28 out. 2021.

SOUZA, V.L.; TRIGUEIRO, J.V.S.; TORQUATO, I.M.B. As práticas alimentares no período gestacional: uma revisão integrativa. **Rev. Univ. Vale**, Rio Verde, v.10, n.1, p.315-325, jan./jul. 2013. Disponível em:

<http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/viewFile/848/pdf>. Acesso em: 22 out. 2021.

STANEK K. Diet quality and the eating environment of preschool children. **J Am Diet Assoc**, v.90, n.11, Nov.1990. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2229855/>. Acesso em: 23 mar. 2021.

TYLKA T.L.; LUMENG J.C.; ENELI I.U. Maternal Intuitive Eating as a Moderator of the Association between Concern about Child Weight and Restrictive Child Feeding. **Apetite**, v.95, n.1, Dez.2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666315003165?via%3Dihub>. Acesso em: 19 out. 2021.

TOSATTI, A. M. *et al.* Fazer refeições em família tem efeito protetor para a obesidade e bons hábitos alimentares na juventude? Revisão de 2000 a 2016. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife, v.17, n.3, p.425-434, jul./set. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/44NFprMF3jrs6W7dCmstThB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2021.

TRICHE, E. W. *et al.* Does chocolate intake during pregnancy reduce the risks of preeclampsia and gestational hypertension? **An Epidemiol**, v.20, n.8, p.584-591, Ago.2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20609337/>. Acesso em: 26 out. 2021.

VANDEWEGHE, L. *et al.* Reward sensitivity and body weight: the intervening role of food responsive behavior and external eating. **Apetite**, v.112, n.1, p.150-156, May. 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0195666317300715?via%3Dihub>. Acesso em: 19 out. 2021.

VALLE, J.; MELLO N.; EUCLYDES, M. A formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos. **Revista APS**, v. 10, n. 1, p. 56-65, jan./jul.2007. Disponível em: <https://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Hinfancia.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2021.

VENTURA A.K.; WOROBEY J. Early Influences on the Development of Food Preferences. **Curr Biol**, v.23, n.9, p.401-408, May.2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23660363/>. Acesso em: 18 mar. 2021.

VIEIRA, M.N.C.M.; AMBRÓSIO, V.L.S.; JAPUR, C.C. **Necessidades nutricionais e práticas alimentares da gestante**. In: Monteiro JP, Júnior JSC. Caminhos da nutrição e terapia nutricional: da concepção à adolescência. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 22-65.

VIEIRA, Viviane Laudelino.; VANICOLLI, Bruna Angelo Lemes.; RAPPLEY, Gill. Comparação entre práticas relatadas da abordagem do baby-led weaning e a tradicional para a realização da alimentação complementar. **Demetra**, Rio de Janeiro, v.15, b.4, mar. 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/46047/34123>. Acesso em: 15 out. 2021.

VILLA, Julia Khéde Dourado *et al.* Padrões alimentares de crianças e determinantes socioeconômicos, comportamentais e maternos. **Rev. Paul. Pediatría**, v.33, n.3, p.302-309, out 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/5XdKVnXtP9cJfctTTdJVDVr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 out. 2021.

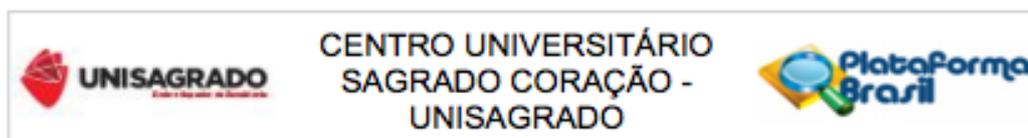
VIVEIROS, C. C. O. **Estudo do comportamento alimentar, preferências alimentares e neofobia alimentar em crianças pré-escolares e da eficácia de um programa de promoção de comportamentos alimentares saudáveis em contexto escolar: um estudo exploratório**. 2012. 55 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia De Lisboa, Universidade de Lisboa, 2012. Disponível em: <https://silo.tips/download/universidade-de-lisboa-faculdade-de-psicologia-78>. Acesso em: 29 mar. 2021.

VITOLLO, M.R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2015.

WARDLE J.; CARNELL S.; COOKE L.J. Controle dos pais sobre a alimentação e a ingestão de frutas e vegetais pelas crianças: como estão relacionados? **J Am Diet Assoc**, v.105, n.2, p.227-232, fev. 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15668680/>. Acesso em: 17 out. 2021.

WIT J.B. *et al.* Food culture in the home environment: family meal practices and values can support healthy eating and self-regulation in young people in four European countries. **App Psychol Health WellBeing**, v.7, n.1, p.22-40, Mar. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25346476/>. Acesso em: 20 out. 2021.

APÊNDICE A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRESENÇA DE NEOFOBIA ALIMENTAR EM CRIANÇAS E SEUS FATORES DE

Pesquisador: Maria Grossi Machado

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 48121321.4.0000.5502

Instituição Proponente: Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.814.263

Apresentação do Projeto:

“Trata-se de um estudo com caráter descritivo, transversal e quantitativo que visa analisar a presença de neofobia alimentar em crianças e seus fatores de risco.”

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do Projeto é “Identificar a presença de neofobia alimentar em crianças e avaliar seus fatores de risco”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo apresenta risco mínimo devido a possibilidade de constrangimento durante a aplicação do questionário.

Como benefício o estudo poderá contribuir para o entendimento da recusa alimentar em crianças.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa abordará 50 pais ou responsáveis pelas crianças, as quais deverão ter idade entre 2 a 6 anos. Para o levantamento de dados, será aplicado um questionário virtual por meio da plataforma do Google Forms. O questionário adaptado [Pliner (1994) e Wardle (2007)] contará com dados demográficos e gerais, juntamente com uma escala de neofobia para avaliar comportamentos neofóbicos, questionário de frequência alimentar infantil e comportamento dos pais frente as refeições das crianças.

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Bairro: Rua Irmã Arminda Nº 10-50

CEP: 17.011-160

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (14)2107-7260

E-mail: cep@unisagrado.edu.br



Continuação do Parecer: 4.814.263

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Nada a declarar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1774514.pdf	15/06/2021 20:53:08		Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	15/06/2021 20:52:46	Maria Grossi Machado	Aceito
Outros	cartadeaceitestephane.docx	14/06/2021 14:46:31	Maria Grossi Machado	Aceito
Outros	questionariostephane.docx	14/06/2021 14:45:53	Maria Grossi Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclestephane.docx	14/06/2021 14:43:01	Maria Grossi Machado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	preprojestephane.docx	14/06/2021 14:41:02	Maria Grossi Machado	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 29 de Junho de 2021

Assinado por:
Bruno Martinelli
(Coordenador(a))

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Bairro: Rua Irmã Arminda Nº 10-50 CEP: 17.011-160
UF: SP Município: BAURU
Telefone: (14)2107-7260 E-mail: cep@unisagrado.edu.br

ANEXO A– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

Presença de neofobia alimentar em crianças e seus fatores de risco

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, de uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, concorde na próxima seção desse formulário. Em caso de recusa, você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvida, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Sagrado Coração pelo telefone da Coordenação de pesquisa: (14) 2107-7051.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: PRESENÇA DE NEOFOBIA ALIMENTAR EM CRIANÇAS E SEUS FATORES DE RISCO

Pesquisadoras Responsáveis:

Acadêmica de Nutrição: Stephane Koch

Orientadora: Prof.^a.M^a. Maria Grossi Machado.

Telefone para contato: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato pelos telefones:

Stephane Koch: (014) 99857-4100.

Prof.^a.M^a. Maria Grossi Machado: (014) 98193-0933.

O objetivo deste estudo é identificar a presença de neofobia alimentar e seus fatores de risco. A neofobia alimentar é definida quando a criança sente medo em relação a alimentos novos e não conhecidos e os recusa. Pode vir apresentada pela criança não pegar o alimento na mão, não gostar do cheiro, não sentar à mesa e não querer contato com o alimento

Neste estudo, pretende-se avaliar sinais e sintomas de neofobia e possíveis fatores de risco através da análise do comportamento alimentar das crianças e dos pais e responsáveis. A sua participação no estudo é livre. Caso participe é importante saber que você preencherá um questionário que haverá perguntas relacionadas ao seu filho e sua alimentação. Em caso de dúvidas em relação ao preenchimento do questionário, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável.

Em virtude de preservar a sua saúde e do seu filho, o questionário é totalmente virtual e não necessita de contato algum, protegendo-os de possíveis riscos de contaminação pela pandemia do COVID-19. Os riscos que o projeto poderá oferecer serão mínimos, visto que não serão realizadas avaliações ou métodos invasivos que possam comprometer a sua saúde, sua integridade física ou de seu filho, somente poderá sentir desconforto em responder as perguntas. Você não receberá gratificação financeira ou algum tipo de remuneração por participar deste estudo e poderá retirar o seu consentimento de participação a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos para você. Todas as informações que você der são confidenciais e mantidas em sigilo, os dados da pesquisa poderão ser posteriormente apresentados e publicados em eventos científicos e literatura científica, na área da saúde. Você receberá no e-mail cadastrado abaixo uma cópia do formulário preenchido.

***Obrigatório**

E-mail *

Seu e-mail _____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido *

Eu concordo em participar do estudo "PRESENÇA DE NEOFOBIA ALIMENTAR EM CRIANÇAS E SEUS FATORES DE RISCO". Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Stephane Koch sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou prejuízo.

Próxima

**ANEXO B – CARTA CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA:
PRESENÇA DE NEOFOBIA EM CRIANÇAS E SEUS FATORES DE RISCO.**

Caro _____,

Venho por meio desta convidá-lo a participar da pesquisa intitulada: “PRESENÇA DE NEOFOBIA ALIMENTAR EM CRIANÇAS E SEUS FATORES DE RISCO”, desenvolvida por mim, Stephane Koch sob orientação da Prof. Ma. Maria Grossi Machado, do curso de nutrição, do Centro Universitário do Sagrado Coração. O objetivo da pesquisa é identificar a presença de comportamentos neofóbicos através de um questionário com perguntas de múltipla escolha realizado na plataforma do Google Forms. O tempo para realização do mesmo é de aproximadamente 15 minutos. Sua contribuição será de grande valor.

Agradecemos desde já o seu apoio. Qualquer dúvida estou a disposição.

Atenciosamente,

Stephane Koch

(14) 99857-4100

ANEXO C – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA NEOFOBIA**Pais e/ou Responsáveis**

Esta seção é destinada as suas informações pessoais.

Qual o seu nome? *

Sua resposta _____

Qual a sua idade? *

- Menos de 18 anos
- Entre 18 e 24 anos
- Entre 25 e 34 anos
- Entre 35 e 44 anos
- Entre 45 e 54 anos
- Mais de 55 anos

Sexo *

- Feminino
- Masculino

Em que cidade você mora? *

Sua resposta _____

Qual a sua renda mensal familiar? *

- Até 1 salário mínimo
 - De 1 a 3 salários mínimos
 - De 3 a 6 salários mínimos
 - De 6 a 9 salários mínimos
 - De 9 a 12 salários mínimos
 - Mais de 12 salários mínimos
-

Estado Civil: *

- Solteiro
 - Casado
 - Divorciado
 - Viúvo
-

Qual a sua escolaridade? *

- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Médio Completo
- Ensino Superior Completo
- Pós-graduação
- Mestrado
- Doutorado

Criança

Esta seção é destinada a informações do seu filho(a).

Data de Nascimento *

Data

mm/dd/yyyy 

Idade em anos e meses *

Sua resposta

Sexo *

- Feminino
- Masculino

Peso atual em kg *

Sua resposta

Altura atual em metros *

Sua resposta

Pratica atividade física? *

- Sim
- Não
- As vezes

Se sim, qual atividade e duração?

Sua resposta _____

A criança possui alguma doença? *

- Sim
- Não

Essa doença está relacionada ao sistema digestório?

- Sim, refluxo gastroesofágico
- Sim, alergia alimentar
- Sim, intolerância a lactose
- Não

Qual doença a criança possui?

Sua resposta _____

Gravidez

Esta seção é destinada a informações de quando você, ou sua parceira, estava grávida.

Qual foi a duração da gestação? *

- Menos de 37 semanas
- De 37 semanas a 42 semanas
- Mais de 42 semanas

Qual foi o tipo de parto? *

- Cesárea
- Parto normal

Durante a gravidez, com qual frequência você consumia arroz e feijão? *

- Todos os dias
- 2 a 4 vezes por semana
- 1 vez por semana
- 1 a 3 vezes por mês
- Nunca ou raramente

Durante a gravidez, com qual frequência você consumia laticíneos (leite, queijo, iogurte)? *

- Todos os dias
- 2 a 4 vezes por semana
- 1 vez por semana
- 1 a 3 vezes por mês
- Nunca ou raramente

Durante a gravidez, com qual frequência você consumia pães e cereais? *

- Todos os dias
- 2 a 4 vezes por semana
- 1 vez por semana
- 1 a 3 vezes por mês
- Nunca ou raramente

Durante a gravidez, com qual frequência você consumia biscoito ou bolacha? *

- Todos os dias
- 2 a 4 vezes por semana
- 1 vez por semana
- 1 a 3 vezes por mês
- Nunca ou raramente

Durante a gravidez, com qual frequência você consumia refrigerante? *

- Todos os dias
 - 2 a 4 vezes por semana
 - 1 vez por semana
 - 1 a 3 vezes por mês
 - Nunca ou raramente
-

Durante a gravidez, com qual frequência você consumia leite e ovos? *

- Todos os dias
 - 2 a 4 vezes por semana
 - 1 vez por semana
 - 1 a 3 vezes por mês
 - Nunca ou raramente
-

Durante a gravidez, com qual frequência você consumia folhosos (alface, rúcula, espinafre)? *

- Todos os dias
- 2 a 4 vezes por semana
- 1 vez por semana
- 1 a 3 vezes por mês
- Nunca ou raramente

Durante a gravidez, com qual frequência você consumia legumes (abobrinha, beterraba, cenoura)? *

- Todos os dias
 - 2 a 4 vezes por semana
 - 1 vez por semana
 - 1 a 3 vezes por mês
 - Nunca ou raramente
-

Durante a gravidez, com qual frequência você consumia frutas ? *

- Todos os dias
 - 2 a 4 vezes por semana
 - 1 vez por semana
 - 1 a 3 vezes por mês
 - Nunca ou raramente
-

Durante a gravidez, com qual frequência você consumia doces, bolos e chocolate ? *

- Todos os dias
- 2 a 4 vezes por semana
- 1 vez por semana
- 1 a 3 vezes por mês
- Nunca ou raramente

Durante a gravidez, com qual frequência você consumia embutidos (salame, presunto, salsicha) ? *

- Todos os dias
- 2 a 4 vezes por semana
- 1 vez por semana
- 1 a 3 vezes por mês
- Nunca ou raramente

Aleitamento

Esta seção é destinada ao período de aleitamento da criança

Qual foi o tipo de aleitamento? *

- Aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até os 6 meses
- Aleitamento materno exclusivo até 1 ano de idade
- Aleitamento artificial (fórmulas infantis) desde o nascimento até os 6 meses
- Aleitamento artificial (fórmulas infantis) depois dos 6 meses
- Aleitamento artificial (fórmulas infantis) depois de 1 ano de idade
- Aleitamento misto (materno e artificial) desde o nascimento até 6 meses
- Aleitamento misto (materno e artificial) depois dos 6 meses
- Aleitamento misto (materno e artificial) depois de 1 ano de idade

Por quanto tempo a criança fez o aleitamento? *

Sua resposta _____

Foi ofertado algum alimento ou líquido (suco, chá, água) durante os primeiros 6 meses de vida? *

- Sim
- Não

A criança fez uso de mamadeira? Se sim, até qual idade? *

Sua resposta

Introdução Alimentar

Esta seção é destinada a informações do período em que a criança iniciou o contato com os alimentos.

Com quantos meses a criança iniciou a alimentação complementar? *

Sua resposta

Qual foi a abordagem escolhida? *

- Papas: consistência grossa
- BLW (baby-led-weaning): em formas de pedaços de alimentos maiores
- Participativa : mista de papa com BLW

Quanto era ofertado? *

- 2 a 3 colheres de sopa
- 3 a 4 colheres de sopa
- 4 a 5 colheres de sopa
- O quanto a criança desejasse

A criança comia a mesma refeição da família? *

- Sim
- Não
- As vezes

Hábitos e Preferências da Criança

Esta seção é destinada a informações atuais do seu filho.

O seu filho realiza todas as refeições? (café da manhã, almoço e jantar? *

- Sim
- Não
- As vezes

Durante o intervalo das refeições principais, é ofertado algum alimento/lanche? *

- Sim
- Não
- As vezes

O seu filho acompanha as refeições com: *

- Água
- Suco natural
- Suco artificial
- Refrigerante
- Nada

As refeições do seu filho são realizadas no mesmo horário que a família? *

- Sim
- Não
- Somente aos finais de semana

A refeição da família é a mesma da criança? *

- Sim
- Não

Onde são realizadas as refeições? *

- Em casa, sempre a mesa
- Em casa, em frente a TV
- Em restaurantes

O seu filho come: *

- Todos os alimentos que está no prato
- O que ele deseja comer naquele dia
- O que você determina que ele coma

Em dias em que seu filho não come, o que é feito? Pode ser assinalado mais de uma alternativa. *

- Espera até a próxima refeição para dar comida
- Substituí alimentos por bolachas e biscoitos
- Espera na mesa até comer tudo o que está no prato
- Usa celular e tablet ou brinquedos
- Oferece recompensas para finalizar a refeição
- Deixa de castigo
- Mistura com outros alimentos mais palatáveis e que seu filho gosta
- Outro: _____

Como você se sente quando seu filho não come? *

- Angustiado e com medo
- Angustiado mas tranquilo
- Triste
- Tranquilo
- Incapaz
- Nervoso

Como são ofertados os alimentos para a criança? *

- Em forma de papa
- Todos os alimentos amassados e misturados
- Mesma consistência dos outros familiares

O seu filho participa do preparo das refeições? *

- Sim
- Não

Quais os alimentos que fazem parte do almoço e jantar do seu filho? *

- Arroz e feijão
- Carne, peixe e/oufrango
- Ovos
- Macarrão
- Batata Frita
- Embutido (salsicha, presunto, linguiça)
- Folhosos (alface, rúcula, repolho, espinafre)
- Legumes (beterraba, cenoura, abobrinha)
- Tubérculos (batata, mandioquinha, inhame)
- Sopa

Quantas frutas seu filho come por dia? *

- Nenhuma
- 1 fruta
- Mais de 2

Com qual regularidade seu filho come doces e chocolates? *

- Todos os dias
- 2 a 4 vezes na semana
- 1 vez na semana
- 1 a 3 vezes no mês
- Nunca ou raramente

Com qual regularidade seu filho come arroz e feijão? *

- Todos os dias
- 2 a 4 vezes na semana
- 1 vez na semana
- 1 a 3 vezes no mês
- Nunca ou raramente

Com qual regularidade seu filho come macarrão? *

- Todos os dias
- 2 a 4 vezes na semana
- 1 vez na semana
- 1 a 3 vezes no mês
- Nunca ou raramente

Com qual regularidade seu filho come pães e cereais? *

- Todos os dias
- 2 a 4 vezes na semana
- 1 vez na semana
- 1 a 3 vezes no mês
- Nunca ou raramente

Com qual regularidade seu filho come biscoito e bolacha? *

- Todos os dias
- 2 a 4 vezes na semana
- 1 vez na semana
- 1 a 3 vezes no mês
- Nunca ou raramente

Com qual regularidade seu filho come batata frita, hambúrguer e pizza? *

- Todos os dias
- 2 a 4 vezes na semana
- 1 vez na semana
- 1 a 3 vezes no mês
- Nunca ou raramente

Com qual regularidade seu filho come embutidos (salame, salsicha, presunto, peito de peru)? *

- Todos os dias
- 2 a 4 vezes na semana
- 1 vez na semana
- 1 a 3 vezes no mês
- Nunca ou raramente

Com qual regularidade seu filho come folhosos (alface, rúcula, espinafre)? *

- Todos os dias
- 2 a 4 vezes na semana
- 1 vez na semana
- 1 a 3 vezes no mês
- Nunca ou raramente

Com qual regularidade seu filho come legumes (cenoura, beterraba, couve-flor)? *

*

- Todos os dias
- 2 a 4 vezes na semana
- 1 vez na semana
- 1 a 3 vezes no mês
- Nunca ou raramente

Com qual regularidade seu filho come tubérculos (batata, mandioquinha, inhame)? *

*

- Todos os dias
- 2 a 4 vezes na semana
- 1 vez na semana
- 1 a 3 vezes no mês
- Nunca ou raramente

Com qual regularidade seu filho toma refrigerante? *

*

- Todos os dias
- 2 a 4 vezes na semana
- 1 vez na semana
- 1 a 3 vezes no mês
- Nunca ou raramente

Neofobia Alimentar

A neofobia alimentar é definida quando a criança sente medo em relação a alimentos novos e não conhecidos e os recusa. Pode vir apresentada pela criança não pegar o alimento na mão, não gostar do cheiro, não sentar à mesa e não querer nenhum tipo de contato com o alimento

Esta seção apresenta várias frases sobre a forma como as crianças reagem perante alimentos novos e diferentes. Leia cada uma dessas frases e assinale a opção que lhe parecer mais próxima à realidade do(a) seu(sua) filho(a), na sua perspectiva

O(A) meu(minha) filho(a) está interessado em provar alimentos novos e diferentes *

- Concordo completamente
- Concordo
- Nem concordo e nem discordo
- Discordo
- Discordo completamente

O(A) meu(minha) filho(a) fica desconfiado em relação a alimentos novos. *

- Concordo completamente
- Concordo
- Nem concordo e nem discordo
- Discordo
- Discordo completamente

Se o(a) meu(minha) filho(a) não souber o que tem em uma determinada comida, ele nem a prova *

- Concordo completamente
- Concordo
- Nem concordo e nem discordo
- Discordo
- Discordo completamente

O(A) meu(minha) filho(a) gosta de alimentos de culturas diferentes *

- Concordo completamente
- Concordo
- Nem concordo nem discordo
- Discordo
- Discordo completamente

Para o(a) meu(minha) filho(a),os alimentos de culturas diferentes da nossa não o (a) agradam *

- Concordo completamente
- Concordo
- Nem concordo e nem discordo
- Discordo
- Discordo completamente

Em festas ou outros convívios, é muito provável que o(a) meu(minha) filho(a) não prove alimentos novos. *

- Concordo completamente
- Concordo
- Nem concordo e nem discordo
- Discordo
- Discordo completamente

O(A) meu(minha) filho(a) tem receio em comer alimentos que nunca provou antes *

- Concordo completamente
- Concordo
- Nem concordo e nem discordo
- Discordo
- Discordo completamente

O(A) meu(minha) filho(a) é capaz de comer qualquer alimento *

- Concordo completamente
- Concordo
- Nem concordo e nem discordo
- Discordo
- Discordo completamente

O(A) meu(minha) filho(a) é muito esquisito com os alimentos que come. *

- Concordo completamente
- Concordo
- Nem concordo e nem discordo
- Discordo
- Discordo completamente

O(A) meu(minha) filho(a) gosta de ir a lugares onde sirvam comida de outras culturas diferentes da nossa *

- Concordo completamente
- Concordo
- Nem concordo e nem discordo
- Discordo
- Discordo completamente