



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS APLICADAS



CAMILLA AZEVEDO JÔAS GAIGA

## **Neofobia alimentar e desenvolvimento infantil**

Limeira, 2014



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS APLICADAS



CAMILLA AZEVEDO JÔAS GAIGA

## **Neofobia alimentar e desenvolvimento infantil**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requerimento parcial para a obtenção do título de bacharel em Nutrição à Faculdade de Ciências Aplicadas da Universidade Estadual de Campinas.

Orientadora: Prof(a). Dr(a). Marta Fuentes-Rojas

Limeira, 2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA PROF. DR. DANIEL  
JOSEPH HOGAN DA FACULDADE DE CIÊNCIAS APLICADAS

G124n Gaiga, Camilla Azevedo Jôas  
Neofobia alimentar e desenvolvimento infantil / Camilla Azevedo Jôas Gaiga. -  
Limeira, SP: [s.n.], 2014.  
44 f.

Orientadora: Marta Fuentes-Rojas.  
Monografia (Graduação) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de  
Ciências Aplicadas.

1. Comportamento. 2. Crianças - Crescimento. 3. Crescimento. 4. Pais –  
Atitudes. I. Fuentes-Rojas, Marta. II. Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Aplicadas. III. Título.

Título em inglês: Food neophobia and child development.

Keywords: - Behavior;  
- Children - Growth;  
- Growth;  
- Parents - Attitude

Titulação: Bacharel em Nutrição.

Banca Examinadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Carolina Junqueira Vasques.

Autor: Camilla Azevedo Jôas Gaiga

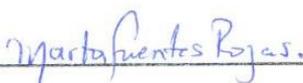
Título: Neofobia alimentar e desenvolvimento infantil

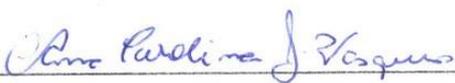
Natureza: Trabalho de Conclusão de Curso e Nome do curso

Instituição: Faculdade De Ciências Aplicadas, Universidade Estadual de Campinas

Aprovado em 17/12/2014

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
Prof(a). Dr(a). Marta Fuentes-Rojas (Orientador(a)) - Presidente  
Faculdade de Ciências Aplicadas (FCA-Unicamp)

  
\_\_\_\_\_  
Prof(a). Dr(a). Ana Carolina Junqueira Vasques (Avaliador)  
Faculdade de Ciências Aplicadas (FCA-Unicamp)

Esse exemplar corresponde à versão final da monografia aprovada.

  
\_\_\_\_\_  
Prof(a). Dr(a). Marta Fuentes-Rojas (Orientador(a))  
Faculdade de Ciências Aplicadas (FCA-Unicamp)

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por ter me dado força e discernimento para superar todas as dificuldades.

Aos meus familiares, principalmente meus pais, e ao meu namorado por terem me auxiliado dando suporte para enfrentar os problemas e ajuda para cumprir os meus objetivos.

A minha orientadora Marta Fuentes, que com muito carinho, além de me orientar e realizar as correções, também me incentivou e ajudou de tantas outras formas a concluir este trabalho.

A Prof. Dr. Ana Carolina Vasques, que no pouco tempo que lhe coube, deu atenção e apoio na elaboração deste trabalho.

Ao Dr. Flávio E. Zenun, que proporcionou a oportunidade de realização e aplicabilidade do trabalho, dando todo suporte e atenção necessárias para tal concretização.

E a todos outros amigos e profissionais que, direta ou indiretamente fizeram parte desta conquista.

GAIGA, Camilla Azevedo Jôas. Título: Neofobia Alimentar e desenvolvimento infantil. 2014. Nº:44. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Faculdade de Ciências Aplicadas, Universidade Estadual de Campinas, Limeira, 2014.

## RESUMO

Este estudo tem por objetivos: Identificar condutas neofóbicas em crianças de 2 a 6 anos de idade, com finalidade de encontrar associações com o desenvolvimento da criança, como baixa estatura e/ou peso ou sobrepeso/obesidade, e ao mesmo tempo conhecer as atitudes dos pais diante respostas neofóbicas para identificar consequências negativas ou positivas destas atitudes. Estudo é de caráter quantitativo de tipo descritivo. Instrumentos para a coleta de dados foram: análise dos prontuários das crianças cedidas pelo pediatra, Escala de Neofobia Alimentar (Pliner,1994), questionário de características comportamentais dos pais durante a alimentação do filho e entrevista com o pediatra. A amostra foi constituída de 55 crianças que se encontram na idade entre 2 e 6 anos frequentadoras de um consultório médico na cidade de Poços de Caldas – MG. Os resultados demonstram que a neofobia alimentar não está relacionada com problemas no desenvolvimento da criança, demonstrando ser uma característica fisiológica normal apresentada pelas crianças nesta fase, porém deve ser observada com cuidado pois as atitudes e estratégias utilizadas pelos pais podem interferir e piorar este problema, que se não orientado adequadamente pode perdurar por mais tempo e assim trazer consequências negativas para o padrão alimentar desta criança.

Palavras chaves: Comportamento 1. Crianças - Crescimento 2. Crescimento 3. Pais - Atitudes 4.

GAIGA, Camilla Azevedo Jôas. Título: Neofobia Alimentar e desenvolvimento infantil (Food neophobia and child development). 2014. N<sup>o</sup>:44. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Faculdade de Ciências Aplicadas, Universidade Estadual de Campinas, Limeira, 2014.

## **ABSTRACT**

This study aims to: Identify neophobic behavior in children from 2 to 6 years old, with purpose to find associations with the development of the child, such as short stature and / or weight or overweight / obesity, and at the same time know the attitudes of parents on neophobic responses to identify negative or positive consequences of these attitudes. The study character is quantitative of the descriptive type. Instruments for data collection were: analysis of medical records of children provided by the pediatrician, Food Neophobia Scale (Pliner, 1994), survey of behavioral characteristics of parents when feeding child and interviews with pediatricians. The sample consisted of 55 children in the age between 2 and 6 years frequenters of a doctor's office in the city of Pocos de Caldas - MG. The results show that food neophobia is not related to problems in child development, proving to be a normal physiological characteristic shown by the children at this stage, but should be observed carefully as the attitudes and strategies used by parents can interfere and worsen this problem, which if not properly oriented can last longer and thus have negative consequences for the dietary patterns of this child.

Keywords: Behavior 1. Children - Growth 2. Growth 3. Parents - Atitude 4

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
2.1 A Neofobia Alimentar.....	11
2.2 Crescimento e Desenvolvimento.....	13
2.3 Neofobia Alimentar x Desenvolvimento.....	15
2.4 Atitudes dos pais frente a neofobia alimentar.....	16
3 PROCESSO METODOLÓGICO.....	17
3.1 Caracterização do estudo.....	17
3.2 Seleção, caracterização e procedimentos para composição da amostra.....	17
3.3 Instrumentos de coleta de dados.....	19
3.4 Procedimentos de análise de dados.....	20
4 RESULTADOS.....	22
4.1 Caracterização da amostra.....	22
4.2 Caracterização da amostra quanto às características neofóbicas.....	23
4.3 Caracterização da amostra quanto aos problemas relatados durante a alimentação.....	26
4.4 Comportamento dos pais perante a alimentação da criança.....	27
4.5 Desenvolvimento infantil.....	28
4.6 Dados da entrevista do profissional pediatra.....	29
5 DISCUSSÃO.....	31
6 CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS.....	37
ANEXOS.....	40

## 1 INTRODUÇÃO

A alimentação é um elemento crucial para a sobrevivência do ser humano. Alimentar-se torna-se um ato cotidiano que não só satisfaz as necessidades nutricionais como também são fonte de prazer, afeto, socialização e transmissão da cultura. Estudos mostraram que, a maioria dos hábitos alimentares têm origem na infância, e a família tem papel fundamental para o aprendizado da alimentação da criança. Assim, preferências ou rejeição de sabores, odores, texturas e cores dos alimentos irão, juntamente com os hábitos, valores e costumes da família, formar seu perfil alimentar (Viveiros, 2012).

É natural no período de transição alimentar, onde ocorre a parada do aleitamento exclusivo e introdução de outros alimentos na rotina alimentar da criança, que ela estranhe os novos alimentos inseridos, já que estará lidando com experiências novas para o seu paladar. Contudo a neofobia alimentar é caracterizada pelo medo em experimentar novos alimentos, o que ocorre principalmente na faixa de 2 a 6 anos de idade, pois é um período em que a criança já estabelece uma situação de discernimento em relação ao que vai comer ou não, juntamente com as rápidas mudanças na sua alimentação.

Autores afirmam que a neofobia alimentar afeta a qualidade da dieta, privando a criança de ter uma alimentação variada e levando a monotonia alimentar, caracterizada por uma dieta pobre em variedade de nutrientes e com excesso de alguns poucos, o que pode gerar problemas nutricionais. Sabe-se que, para que o crescimento e desenvolvimento de criança ocorram de forma adequada, é necessário uma oferta de energia e nutrientes na medida apropriada para a idade, sendo que a privação ou excesso destes pode levar a desvios como baixo peso/desnutrição ou sobrepeso/obesidade (Birch et al., 1998; Ramos & Stein, 2000; Filipe, 2011). Investiga-se, neste estudo, se a neofobia alimentar pode estar relacionada com esses desvios.

Se a neofobia alimentar é o medo de experimentar alimentos novos, podemos perguntar se a prevalência da neofobia alimentar apresenta uma relação com o desenvolvimento da criança; qual é a influência da atitude dos pais diante a negação da criança de experimentar novos alimentos?

Sendo assim, o estudo pretendeu identificar que, crianças que apresentam respostas neofóbicas aos alimentos podem adquirir problemas de atraso de desenvolvimento (baixa estatura e peso) ou sobrepeso/obesidade, assim como as atitudes dos pais perante a alimentação da criança podem contribuir para o aparecimento de condutas neofóbicas aos alimentos.

Portanto, os objetivos específicos da pesquisa foram: identificar condutas neofóbicas em crianças de 2 a 6 anos de idade; identificar nos prontuários disponibilizados, o registro de queixas dos pais que pudessem indicar condutas neofóbicas da criança e o registro do desenvolvimento da criança; assim como conhecer as atitudes dos pais perante a alimentação dos seus filhos.

Estudo de caráter quantitativo de tipo descritivo. Para a realização da pesquisa e constituição da amostra, foram utilizados pacientes de um médico pediatra da cidade de Poços de Caldas – MG e selecionados a partir de três critérios: ter idade entre 2 a 6 anos, ter sido acompanhada pelo pediatra desde o seu nascimento e ter sido acompanhada no mínimo 3 vezes pelo pediatra.

Para realizar a coleta de dados foram utilizados instrumentos como a Escala de Neofobia Alimentar (Pliner, 1994), que é composta por 10 questões objetivas que avaliam a reação das crianças em situações que as submetam à um alimento novo, que deveria ser respondida pelos pais ou responsáveis juntamente com um questionário de características comportamentais dos pais durante a alimentação do filho; também foram utilizados os prontuários médicos das crianças, a fim de recolher dados do seu desenvolvimento e investigar as queixas das mães quanto à alimentação da criança; e entrevista com o pediatra, com a intenção de retratar a sua percepção da neofobia alimentar em crianças e também retratar os maiores problemas abordados pelos responsáveis em relação a alimentação da criança.

O trabalho teve como principais bases bibliográficas autores especializados em estudos de neofobia alimentar, como Birch e colaboradores, Patrícia Pliner, Ramos & Stein, Filipe e Viveiros, e também embasado em pesquisas sobre desenvolvimento infantil do Ministério da Saúde e autores como Papalia e colaboradores.

Para melhor embasamento do tema o trabalho foi dividido em grandes capítulos sendo eles: fundamentação teórica, que irá abordar o tema neofobia, desenvolvimento infantil e atitudes dos pais na alimentação do filho; processos metodológicos, descrevendo mais precisamente a caracterização do estudo, o processo de composição da amostra, os instrumentos de coleta de dados e os procedimentos de análise dos dados; resultados, mostrando os dados relevantes quanto a caracterização da amostra, a neofobia alimentar, problemas na alimentação das crianças, atitude dos pais perante a alimentação das crianças, desenvolvimento infantil e a entrevista com o médico; discussões dos resultados e conclusão.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A alimentação é um elemento crucial para a sobrevivência do ser humano assim como a promoção e prevenção da saúde da população. A escolha adequada dos alimentos oferece a possibilidades de promover um desenvolvimento saudável e a aquisição de hábitos alimentares adequados que contribuem com a promoção da saúde e prevenção de doenças (Nunes & Breda, 2001).

A maioria dos hábitos alimentares têm origem na infância, e estudos mostraram que a família tem papel fundamental para o aprendizado da alimentação da criança, mesmo que, o façam a partir da experiência, observação, educação e pouco conhecimento do valor nutricional dos alimentos (Ramos & Stein, 2000; Viveiros, 2012; Filipe 2011).

Conforme Birch et al. (1987), fatores ambientais e genéticos em conjunto agem para formar o comportamento alimentar da criança. Assim, preferências ou rejeição de sabores, odores, texturas e cores dos alimentos (até mesmo pela predisposição inata de preferir sabores doces e salgados e rejeitar azedos e amargos) irão, juntamente com os hábitos, valores e costumes da família, formar seu perfil alimentar. Estudos como os realizados por Viveiros (2012); Filipe (2011), afirmam que é de grande importância realizar uma adequada introdução dos novos alimentos no primeiro ano de vida, bem como uma correta socialização alimentar desde o início da alimentação, disponibilizando alimentos variados e entendidos como saudáveis, e também oferecer um ambiente agradável que contribua com o aparecimento de preferencias alimentares adequadas, que serão responsáveis pela determinação do padrão de consumo pelo resto da vida.

Na escolha do alimento é natural dar preferência aos alimentos conhecidos. Birch & Marlin (1982) relatam, que este fenômeno ocorre devido a fatores evolutivos, onde, há muitos anos atrás, não se tinha conhecimento abrangente sobre todos os alimentos. De acordo com isto, o próprio organismo ativa o mecanismo de autopreservação, que se manifesta em receio e negação ao aceitar um novo alimento, pois ao ingerir uma nova substância o organismo entende que é arriscado e potencialmente perigoso. Essa nova substância pode trazer consequências negativas, tóxicas, que podem provocar adoecimento e até mesmo levar a morte, o que leva a consumir alimentos que são familiares. De acordo com Pliner & Hobden (1992), o homem precisa de vários nutrientes que podem estar nos novos alimentos, o que leva a insistir no período de desenvolvimento da criança a introdução e experimentação destes para garantir um estado nutricional adequado.

## **2.1 A Neofobia Alimentar**

Quando a criança se nega a provar um alimento que não está inserido no seu contexto familiar, pode ocorrer, quando oferecido, a negação de ingeri-lo, o que de alguma forma caracteriza a neofobia, definida como o medo ou falta de vontade de experimentar alimentos novos ou tendência a rejeitá-los.

Os estudos de Birch et al. (1998); Birch (1999) apontam que, o período entre o primeiro e terceiro ano de vida é particularmente para a formação das preferências alimentares das crianças. Após a mudança na sua alimentação, em que ocorre a troca entre o leite e alimentos mais líquidos pela alimentação convencional da família, a criança estará repleta de experiências alimentares diferentes que irão modelar o seu paladar e formar as suas preferências. A introdução de outros alimentos modifica a rotina alimentar da criança e da família como um todo ocorrendo num período caracterizado por rápidas mudanças, que podem ser aceitas com mais ou menos facilidade ou dificuldade gerando na situação de alimentação ansiedade e/ou estresse nos responsáveis pela alimentação da criança. É a partir desta fase da vida que pode-se perceber manifestações de respostas neofóbicas.

De acordo com Pliner & Hobden (1992), muita novidade na hora da alimentação da criança aumenta a relutância em fazê-la comer alimentos novos, o que envolve novas texturas, sabores e odores, aumentando a probabilidade de ocorrer eventos neofóbicos. Também relatam que a relutância em experimentar um novo

alimento ocorre devido a uma associação antecipada de que aquele alimento terá um sabor ruim.

Estudos realizados apontam a importância da amamentação exclusiva até os seis meses de vida, bem como seu regressivo uso até a idade ideal, e sua clara relação com o ato de experimentar novos alimentos. O leite materno permite a familiarização de diversos sabores e formação do paladar da criança. Essa oferta de diferentes nutrientes e gostos através do leite materno já irá expor a criança a uma maior variedade de sabores que influenciarão positivamente nas suas preferências alimentares, sendo que uma maior variedade de sensações logo no início da vida leva uma chance menor de desenvolver neofobia ao alimento. Alguns destes estudos, afirmam que crianças que não são alimentadas com leite materno e sim por outro tipo de alimentação têm maiores chances de apresentar condutas neofóbicas mais tarde (Birch & Marlin, 1982; Birch et al., 1998; Birch, 1999).

Vários estudos mostram que quando a criança está por volta de 2 anos, ela já consegue decidir independentemente o que pôr ou não na boca, também nessa etapa lhe é oferecido alimentos novos que interferem na rotina da criança promovendo comportamentos de rejeição e não aceitação, que se não são considerados podem gerar e instalar-se comportamentos neofóbicos em relação a certos alimentos. A partir dos 4 anos, a criança consegue categorizar os alimentos que rejeita de acordo com as suas características sensoriais e experiências traumáticas. Sendo assim, existe um consenso nos estudos de classificar a faixa etária de 2 a 6 anos como o período em que se apresenta maior frequência a neofobia alimentar, devido a maior exploração do ambiente e pelo fato da criança conseguir comer por si só. Crianças nesta faixa etária acabam se alimentando, apenas daqueles alimentos que mais gostam e rejeitam os que não gostam mesmo sem ter tido a experiência de prova-los (Pliner & Hobden, 1992; Birch et al., 1998; Birch et al., 1987).

É importante destacar que o “aprender a gostar de um alimento” ocorre através da repetição em prová-lo, associando os sabores com suas preferências já pré-dispostas, e também a satisfação fisiológica da alimentação juntamente com a consequência após a ingestão. As crianças podem ter experiências negativas após a ingestão de um alimento, por exemplo, um mau odor, sabor desagradável, sentir náuseas ou vômito, ser obrigada a se alimentar; ou positivas como sinais de prazer e bem estar ao se alimentar (Birch et al., 1987). À medida que

esses fenômenos vão ocorrendo, então se dá a consolidação ou a aprendizagem de preferências ou aversões por algum ou alguns alimentos.

É consenso entre os especialistas de diversas áreas em pediatria que introduzir os alimentos de forma correta após os 6 meses de vida da criança é essencial tanto para o seu crescimento adequado quanto para o seu aprendizado alimentar, fazendo com que, ao passar dos anos, a neofobia aos alimentos não se pronuncie ou se pronuncie de forma mais sutil.

É importante lembrar que a introdução adequada dos alimentos compreende também evitar o excesso de energia para a idade, bem como evitar os alimentos obesogênicos até os 2 anos, aos quais inclui alimentos ricos em açúcar e gordura. Porém, infelizmente não é isso que ocorre na maioria dos lares, sendo que muitas crianças já tem acesso a esses tipos de alimentos muito antes do recomendado, o que influencia negativamente a inserção dos alimentos considerados saudáveis (Papalia et al., 2009).

## **2.2 Crescimento e Desenvolvimento**

O crescimento é considerado um dos melhores indicadores de saúde da criança, porém de modo geral o crescimento não ocorre somente na fase inicial da vida e sim é considerado um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde o nascimento até o fim da vida. Os processos de substituição e regeneração dos tecidos e órgãos estão ocorrendo de forma intensa na criança e esse desenvolvimento, que envolve todo o corpo humano, é influenciado diretamente por diversos fatores considerados intrínsecos e extrínsecos.

A saúde da criança está totalmente relacionada com esses fatores, mas principalmente com os fatores extrínsecos, relacionados ao ambiente em que ela está inserida, ou seja, essas relações são muito mais importantes para sua expressão do crescimento do que os fatores intrínsecos, como a genética, que exerce mais influência quando o indivíduo está na adolescência ou na sua juventude (Papalia et al., 2009).

Muitos fatores relacionados ao ambiente são preditores de doenças e de mudanças no desenvolvimento da criança, como a alimentação, condições de habitação e saneamento básico, acesso a serviços de saúde e outros hábitos de vida inseridos pela família. Estudos mostram que a renda familiar influencia diretamente

no crescimento da criança até 5 anos de idade, sendo que crianças da mesma nacionalidade porém de nível socioeconômico mais alto tem desenvolvimento mais adequado para idade enquanto crianças de nível socioeconômico mais baixo tem o crescimento retardado. Outros estudos também relatam que déficits de crescimento até os 2 primeiros anos de vida são passíveis de serem revertidos, enquanto que acima dessa idade os danos ficam mais difíceis de se recuperar, por isso a importância de ter bons hábitos durante esse período da vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Quando se trata de crescimento não se pode deixar de citar a tendência secular do crescimento, que é a mudança na composição corporal de uma população em um longo período de tempo, o que nos últimos séculos vem se demonstrado demasiada acelerada devido à rápida transição social, econômica e epidemiológica juntamente com a transformação dos padrões alimentares. É notável que nos países em desenvolvimento, como o Brasil, essa tendência secular do crescimento é positiva, como o aumento da estatura e maturação sexual mais precoce, e apresenta grandes repercussões na diminuição da desnutrição nesses países. Porém, os países desenvolvidos já interromperam a tendência secular positiva do crescimento e demonstram agora um aumento na incidência da obesidade, o que também já pode ser notada com sutileza em alguns países em desenvolvimento, principalmente em classes sociais com poder aquisitivo maior (Marmo et al., 2004; Santos, 2009).

De forma geral, os desvios do desenvolvimento se manifestam em duas grandes formas, déficit nutricional e o sobrepeso, que podem ter consequências mais sérias como a desnutrição e a obesidade, respectivamente (Papalia, et al. 2009). No Brasil, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) de 2006, o número de crianças com déficit de crescimento tem reduzido consideravelmente, ainda sendo prevalente na Região Norte do país, nas regiões rurais e em famílias de baixa renda e escolaridade. Muitas dessas crianças, em geral, vivem em condições de extrema privação, não só alimentar como também de saúde e saneamento. Essas privações, quando consideradas em conjunto podem levar a alterações não só no crescimento físico como também afetar o desenvolvimento cognitivo e psicossocial, levando a quadros de desnutrição, o que atualmente representa 7% das crianças com menos de 5 anos no país (BRASIL, 2006).

Para Chagas et. al. (2013), esse binômio do desenvolvimento infantil (déficit nutricional/sobrepeso) há muitos anos vem se modificando. Afirmam que o déficit nutricional está diminuindo enquanto o excesso de peso aumentando e se tornando um problema de saúde pública para o país. Segundo o PNDS, o déficit de peso em relação à altura foi de 1,5% no Brasil em 2006, enquanto o excesso de peso em relação à altura foi de 7% em crianças com até 5 anos de idade (BRASIL, 2006).

Levando em consideração os aspectos biológicos da criança, a velocidade de crescimento logo após o nascimento é acelerada até aproximadamente os 2 anos, após esse período a curva de velocidade do crescimento declina e se torna constante até a idade que a criança irá entrar na adolescência, onde o crescimento volta a acelerar. Por esse motivo, em relação à alimentação, é normal que o apetite diminua nesse período, sendo uma característica natural das crianças até por volta de 6 anos (Papalia et al., 2009).

Segundo Papalia et al. (2009), também é após os 2 anos de idade em que ocorre a passagem da fase de dependência para a autonomia, ou seja, a criança tem maior capacidade de realizar ações tendo sua própria iniciativa, tornando-se assim mais independentes. Devido a esses motivos algumas características relacionadas à alimentação começam a aparecer com mais clareza, por exemplo, nessa fase ela tende a escolher os alimentos de acordo com a sua preferência, o que, como já foi falado, foi formada desde então tendo como base os alimentos oferecidos pelos familiares.

### **2.3 Neofobia alimentar x Desenvolvimento**

Conforme autores citados por Viveiros (2012), a neofobia afeta a qualidade da dieta e as preferências alimentares nas crianças, ao mesmo tempo, associam o menor consumo de vegetais, frutas e carnes a respostas neofóbicas, não oferecendo uma dieta variada e provocando deficiências a nível nutricional. Portanto, o medo de experimentar alimentos novos leva a uma restrição na variedade da alimentação, conseqüentemente à restrição de nutrientes, inadequada nutrição e possível baixo peso e estatura resultando em desnutrição (Filipe, 2011).

Para Ramos & Stein (2000), a monotonia do cardápio é um problema decorrente da neofobia alimentar da criança. Pais que não se preocupam em expor mais os alimentos para as crianças acabam satisfazendo vontades e tornando o seu

cardápio monótono e na maioria das vezes hipercalórico, sendo que a ausência de alimentos nutricionalmente saudáveis é importante para a adequada nutrição da criança (como as verduras, legumes e frutas), além de prejudicarem seu crescimento sadio, levam ao aumento do consumo de alimentos mais ricos em gorduras e carboidratos simples. Afirmam igualmente que estas práticas podem levar a criança além de desenvolver a obesidade apresentarem graves deficiências de nutrientes, como vitaminas e minerais.

Denota-se que a neofobia deve ser considerada frente a esses dois desvios do desenvolvimento, déficit nutricional e sobrepeso, que por mais distintos que sejam, pode-se dizer que a neofobia tem relação tanto com o déficit nutricional, pela privação dos alimentos, tanto com o sobrepeso, considerando a privação dos alimentos saudáveis em detrimento da monotonia do cardápio composta por alimentos obesogênicos.

#### **2.4 Atitudes dos pais frente a neofobia**

No aparecimento da neofobia, os pais se veem obrigados a criar diversas estratégias para que a criança se alimente adequadamente. Dentro essas estratégias os pais tomam diversas atitudes entre a punição e a premiação, entre obrigar e negociar (Ramos & Stein, 2000). Esses tipos de ações, que pressionam a criança a comer da maneira como os pais desejam, podem gerar consequências negativas para o seu crescimento e desenvolvimento.

Outro tipo de consequência negativa que pode ocorrer devido ao ato de coagir a criança a comer é a obesidade. Birch (1999), relata que o ato de força-la a ingerir algum alimento, usando os mecanismos já relatados, leva a criança ao ganho de peso excessivo. Se a criança diz que não quer mais ingerir um alimento, significa que já está saciada e seu corpo não necessita de mais energia.

Outro fator decorrente é o fato das mães pensarem que se seus filhos têm um bom apetite seja sinônimo de se alimentarem bem, ou seja, o fato da criança comer bastante contribui para que as mães não reconheçam que a alimentação dos seus filhos pode não ser saudável. É comum os pais sobrestimarem a quantidade e qualidade alimentar dos filhos, o que pode vir a influenciar o comportamento alimentar das crianças futuramente. Se estes pais avaliam a dieta alimentar dos filhos como sendo boa ou muito boa apesar de não o ser, aumentam a chance de as crianças

criarem hábitos alimentares não saudáveis e preferirem alimentos com altos níveis de gordura e açúcar (Ramos & Stein, 2000; Brito & Mettel, 1986).

Quando a criança apresenta neofobia alimentar esta pode ser reduzida com algumas estratégias de aprendizagem que podem contribuir com o conhecimento sobre a alimentação e sua relação com o próprio corpo, permitindo que a criança realize algumas atividades que exercitem, por exemplo, saciedade e fome, reconhecimento de alimentos que além de gostosos permitem que ela seja saudável (Birch et al, 1987).

Ramos e Stein (2000), afirmam que não só as atitudes como também o comportamento dos pais e outros familiares na hora das refeições pode influenciar as atitudes das crianças diante e durante a alimentação. A criança tem como referência as atitudes do grupo familiar diante os alimentos, isto aponta que o comportamento dos familiares pode contribuir para a redução de respostas neofóbicas aos alimentos e possíveis desvios no seu desenvolvimento.

### **3 PROCESSO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Caracterização do estudo**

Estudo de caráter quantitativo de tipo descritivo, apropriado para quando se quer determinar o perfil de um grupo de pessoas baseando-se em características que elas têm em comum e analisando-as a partir de medidas numéricas quantificáveis. Possibilita a busca de padrões numéricos relacionados a conceitos cotidianos, conforme afirma Moresi (2003), por tanto, é um método que nos permitiu levantar dados que contribuíram para compreender condutas neofóbicas em crianças e possíveis estratégias das mães para lidar com a situação.

#### **3.2 Seleção, caracterização e procedimentos para composição da amostra**

Para a realização da pesquisa e constituição da amostra, foram utilizados pacientes do médico pediatra Dr. Flávio Elias Zenun (CRM: MG-16300) da cidade de Poços de Caldas – MG. Perante reunião formalizada, este profissional disponibilizou os prontuários dos seus pacientes para a identificação dos sujeitos e dos dados relacionados com o desenvolvimento geral da criança. As crianças escolhidas para este estudo são acompanhadas periodicamente pelo pediatra, quem atende há várias décadas na cidade citada.

A amostra foi constituída de crianças na faixa etária de 2 a 6 anos e 11 meses, e frequentadoras ativas do consultório médico-pediátrico. Trata-se de uma amostra de conveniência, ou seja, selecionada de acordo com a facilidade de acesso facilitado pelo profissional médico. Os critérios de seleção foram: 1. Ter idade entre 2 e 6 anos. 2. Ter sido acompanhada pelo pediatra desde o seu nascimento e 3. Que pelo menos tenha sido acompanhada no mínimo 3 vezes pelo pediatra.

Foram escolhidos no início do levantamento dos dados um total de 176 prontuários de crianças que cumpriam com os critérios de seleção da amostra. Foram coletados deles dados relativos à criança como idade, data de nascimento, e tinha-se a intenção de coletar algumas observações do profissional em relação ao tema em estudo que pudessem dar indício sobre possível neofobia e apontar as principais queixas dos responsáveis em relação à alimentação da criança, porém houve grande dificuldade na leitura dos mesmos, o que levou a tomar dados básicos como telefone e nome dos pais para contato. Dos prontuários escolhidos foi possível entrar em contato com 99 responsáveis pelas crianças, isto devido ao fato de alguns dados para contato encontrarem-se desatualizados ou não obter resposta no momento do contato.

O projeto foi encaminhado ao comitê de ética em pesquisa e aprovado segundo parecer No. 786.216 do 31/07/2014.

Ao entrar em contato com pais, lhes foi explicado os objetivos da pesquisa respondendo todas as dúvidas e apresentando o termo de consentimento livre e esclarecido de acordo com os preceitos da Res. 466-2012. Foi oferecido aos pais duas opções para responder o questionário, via e-mail ou entregue em casa pelo próprio pesquisador. Os pais que não possuíam internet em casa solicitaram receber em casa, um total de 4 pessoas (4,04%). Foi providenciado por e-mail o questionário montado a partir de uma ferramenta do Google, em que ele é enviado na forma de link e basta responde-lo preenchendo as lacunas, esse sistema foi utilizado para facilitar a forma de envio das respostas pelos responsáveis. Igualmente, foi enviado junto com o questionário, que contava com duas perguntas abertas, a escala de Pliner (1994) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Dos 99 questionários encaminhados por e-mail, foram respondidos 55 (55,5%) compondo assim a amostra dos dados que aqui se apresentam.

### 3.3 Instrumentos de coleta de dados

A Escala de Neofobia para Crianças de Pliner (1994), respondida pelos pais, composta por 10 itens que avaliam as respostas das crianças a alimentos novos, em que a resposta a cada item foi dada de acordo com uma escala de 7 pontos (desde “Discordo fortemente” a “Concordo fortemente”). Para este estudo, foi utilizada a versão adaptada para a língua portuguesa, proposta por Filipe (2011), que utiliza uma escala de respostas de 5 pontos (desde “Discordo completamente” a “Concordo completamente”). Os resultados desta escala podem variar entre 10 e 50 pontos, sendo que resultados mais baixos indicam um nível de neofobia alimentar mais elevado (Filipe, 2011; Viveiros, 2012).

O restante do questionário foi composto por 2 questões abertas, e teve a intenção de analisar primeiramente se, segundo o responsável, a criança apresentava algum problema relacionado à alimentação e, se positivo, quais eram eles, com a finalidade de identificar as dificuldades vivenciadas pelos pais na hora da alimentação da criança. E a segunda questão focou em quais estratégias e atitudes eram tomadas pelos pais diante das dificuldades na hora da alimentação.

A análise dos prontuários foi realizada com o intuito de se identificar 2 quesitos: a avaliação antropométrica aferida nas consultas com o pediatra, e as queixas registradas pelo profissional no prontuário. Porém ao iniciar o processo não foi possível identificar as queixas das mães devido à dificuldade de interpretação da sua ortografia e uso intenso de siglas em seu sistema de anotações. Portanto, para não perder esse dado importante para a conclusão da pesquisa, e sabendo da experiência do profissional médico pediatra, foi elaborada uma entrevista com o profissional a fim dele nos relatar essas queixas e sua experiência com a neofobia alimentar. A entrevista teve como tema, além de nos relatar os maiores problemas encontrados pelas mães em relação à alimentação das crianças, também retratou sua percepção em relação à neofobia e se aos seus olhos ele vê problemas relacionados ao desenvolvimento da criança com neofobia alimentar, sempre evidenciando as crianças da faixa etária que compreende o estudo.

A avaliação antropométrica é um dos indicadores de saúde mais sensíveis e usados por pesquisadores, sendo universalmente aplicável, é rápido e barato para determinar o estado nutricional (Xavier, 2008). A classificação foi feita por

Percentil, que é a medida de quanto o indivíduo se afasta ou se aproxima da mediana em desvios padrões. A análise por Percentil é um excelente método de estudos populacionais aceito na literatura científica. Para a análise foram utilizados os índices padrões de peso/idade, altura/idade e peso/altura investigados através das curvas WHO (World Health Organization) de 2007, consideradas curvas referenciais, que podem ser utilizadas como medida comparativa entre países (Vitolo, 2010).

### **3.4 Procedimentos de análise de dados**

A análise da escala de Neofobia foi realizada sua pontuação de acordo com a orientação para pontuação de escalas do tipo Likert, sendo que as respostas com tendência mais neofóbicas tiveram pontuação mais baixa e as respostas menos neofóbicas tiveram pontuação mais alta. Assim a variação de pontuação da escala pode ser de 10 a 50 pontos, sendo que quanto mais baixo for o valor, a tendência à neofobia alimentar é maior. A análise descritiva dos dados envolveu a utilização de medidas de tendência central, representadas pela média, mediana e moda e de dispersão, representadas pelo desvio padrão e variância. Foram também utilizados dados de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas.

Para as questões abertas do questionário, foi realizada uma análise descritiva, estabelecendo 4 categorias de análise. Quanto aos problemas alimentares das crianças as categorias em que foram subdivididas foram: “experimentar novos alimentos”, “rejeitar alimentos”, “preferências particulares” e “problemas comportamentais na hora de se alimentar”. Quando os pais citaram qualquer tipo de problema que envolvia a falta de vontade e/ou o ato de rejeitar alimentos novos oferecidos, foram categorizados em “experimentar novos alimentos”. Porém quando a rejeição era relacionada com alimentos já inseridos em seu contexto alimentar, foram categorizados em “rejeitar alimentos”. Em muitos casos foram citados como problemas as preferências das crianças por certos alimentos do que outros (como por exemplo, iogurte e pão ao invés de arroz e feijão), esses tipos de problemas foram todos agrupados em “preferências particulares”. Relatos relacionados a atos e comportamentos como preguiça, distração, falta de paciência, entre outros foram classificados em “problemas comportamentais na hora de se alimentar”.

Também foram categorizadas as estratégias utilizadas pelos pais quando a criança se recusava a comer. Essas foram divididas em: “não utilizavam nenhuma estratégia (não insistem/ não obrigam)”, “estimulação”, “punição/chantagem”, “criatividade”. Alguns pais relataram não ter nenhuma reação quando criança se recusava a comer, não a obrigavam e nem insistiam para fazê-la comer, essas foram agrupadas em “não utilizavam nenhuma estratégia (não insistem/ não obrigam)”. Na categoria “estimulação”, foram colocados todos os relatos em que os pais ou responsáveis faziam e/ou falavam coisas que davam incentivo à criança a comer, como por exemplo, falar que faz bem para a saúde, comer antes da criança e falar que é gostoso, falar que personagens ou pessoas que a criança admira também comem aquele alimento, pedir para a criança provar antes de falar que não gosta, entre outros. Alguns pais relataram utilizar de métodos mais punitivos, como também ameaçar ou fazer chantagens com a criança, esses foram categorizados em “punição/chantagem”. Utilizar da “criatividade” para fazer as crianças comerem, foram estratégias muito relatadas pelos pais, e foram alocadas neste grupo atitudes como fazer brincadeiras, esconder ou colocar de forma diferente no prato da criança, temperar, apresentar de forma atrativa, entre outras.

A análise das curvas de crescimento das crianças foi feita em momentos diferentes, já que cada criança apresentava no mínimo 2 e no máximo 4 momentos diferentes da vida avaliados, pelo profissional médico-pediatra.

Para a realização da análise das curvas utilizou-se a avaliação por percentis. Essa avaliação prevê que o ponto central da mediana (Percentil 50 – P50) significa crescimento adequado para a idade, tanto para peso, altura ou IMC. Segundo a OMS, a classificação indicada para crianças segundo seu crescimento e desenvolvimento, seria considerada como adequada para crianças que estão na faixa de Percentil maior ou igual a P3 e menor ou igual a P85. Porém, esta classificação é pouco sensível, considerando que só identifica crianças com desnutrição grave ou moderada e impede a identificação de crianças com desnutrição leve ou em risco nutricional (SIGULEM et al., 2000).

Portanto, para a realização das análises consideramos menores desvios do ponto médio da curva como tendo tendência a ter problemas no seu desenvolvimento, já que crianças em Percentil 15 e 85 devem estar em alerta quanto ao crescimento. Foram consideradas, as seguintes classificações: para peso e IMC,

crianças que estão abaixo do Percentil 15 como emagrecidos ou baixo peso e crianças acima de P85 como sobrepeso. Para estatura, crianças que estão abaixo do Percentil 15 como retardo de crescimento ou estatura baixa e crianças acima do P85 como acima da estatura para a idade (Brasil, 2002).

Os dados retirados das curvas, como a quantidade de crianças em cada faixa classificação de desenvolvimento, bem como a sua correlação com a neofobia alimentar e com a idade das crianças foram analisados com o auxílio do programa de análises IBM SPSS Statistics 20. A estatística inferencial envolveu análises do tipo não paramétrica utilizando os testes de correlação de Spearman para avaliar o comportamento entre duas variáveis contínuas; e os testes de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis para comparar a distribuição de duas ou três variáveis contínuas entre grupos independentes, respectivamente. Consideraram-se como significantes, valores de  $p < 0,05$ .

A entrevista com o profissional foi gravada, mediante sua autorização e depois transcrita em documento. No trabalho retrataremos os principais pontos abordados e assuntos mais relacionados com o tema da pesquisa.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Caracterização da amostra

Após realizada a composição da amostra as crianças foram agrupadas por idade, sendo divididas em cinco faixas etárias: de 2 a 3; de 3 a 4 anos; de 4 a 5 anos; de 5 a 6 anos e de 6 anos a 6anos e 11 meses, e por sexo. A tabela 1 mostra a prevalência da amostra de acordo com essas duas variáveis

<b>Tabela 1 – Características das crianças</b>		
	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
<b>Idade</b>		
Crianças entre 2 e 3 anos	9	16,3
Crianças entre 3 e 4 anos	14	25,4
Crianças entre 4 e 5 anos	9	16,3
Crianças entre 5 3 6 anos	9	16,3
Crianças entre 6 anos e 6 anos e 11 meses	14	25,4
<b>Sexo</b>		
Masculino	23	41,8%
Feminino	32	58,1%

No que diz respeito às características demográficas a amostra apresenta uma prevalência de crianças em dois grupos, entre 3 e 4 anos e maiores

de 6 anos. Quanto ao sexo a amostra apresentou diferença de 16,3% entre ambos os sexos, sendo a maioria do sexo feminino.

#### 4.2 Caracterização da amostra quanto às características neofóbicas

Para explorar os dados presentes na Escala de Neofobia, realizou-se uma análise descritiva dos itens. Esta análise contempla a determinação da percentagem de respostas às alternativas de cada item. A tabela 2 mostra média e desvio padrão das respostas e a frequência de respostas para cada item, em percentagem, que variavam em: CC – concordo completamente; C – concordo; NCND – nem concordo nem discordo; D – discordo; DC – discordo completamente.

<b>Tabela 2 – Análise descritiva dos itens: Média e Desvio-padrão e Frequência de respostas às alternativas de cada item (%)</b>						
<b>Itens</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>CC</b>	<b>C</b>	<b>NCND</b>	<b>D</b>	<b>DC</b>
<b>1. O(A) meu(minha) filho(a) está constantemente a provar alimentos novos e diferentes (I)</b>	3,44 (1,20)	20,3	37,0	14,8	22,2	5,5
<b>2. O(A) meu(minha) filho(a) é desconfiado em relação a apresentação de alimentos novos.</b>	2,62 (1,09)	9,2	50	16,6	16,6	7,4
<b>3. Se o(a) meu(minha) filho(a) não souber o que tem uma determinada comida, ele nem a prova.</b>	3,35 (1,14)	9,2	16,6	12,9	51,8	9,2
<b>4. O(A) meu(minha) filho(a) gosta de alimentos provenientes de culturas diferentes. (I)</b>	2,68 (0,78)	3,7	12,9	48,1	35,1	0
<b>5. Para o(a) meu(minha) filho(a), os alimentos provenientes de culturas diferentes da nossa parecem estranhos para ele comer.</b>	2,92 (0,92)	3,7	31,4	37	24	3,7

<b>6. Em festas ou outros convívios, é muito provável que o(a) meu(minha) filho(a) prove alimentos novos. (I)</b>	3,55 (1,42)	12,9	55,5	5,5	25,9	0
<b>7. O(A) meu(minha) filho(a) tem receio em comer alimentos que nunca viu antes.</b>	2,81 (1,09)	7,4	44,4	11,1	25,9	3,7
<b>8. O(A) meu(minha) filho(a) tem gosto reservado perante os alimentos que come.</b>	2,79 (0,99)	3,7	46,2	20,3	25,9	3,7
<b>9. O(A) meu(minha) filho(a) é capaz de comer praticamente qualquer alimento. (I)</b>	2,72 (1,07)	1,8	31,4	14,8	40,7	11,1
<b>10. O(A) meu(minha) filho(a) gosta de ir em locais onde sirvam comida de outras culturas diferentes da nossa. (I)</b>	2,68 (0,78)	1,8	11,1	44,4	38,8	3,7

(I)Itens invertidos

De acordo com a tabela 2 verifica-se que existem alternativas de respostas que não foram utilizadas por nenhum dos participantes. A maior percentagem de alternativa de resposta para um item foi de 55,5%. Denota-se também que das 10 questões 7 apresentam pontuação com tendência à apresentar neofobia alimentar (< 3,00), sendo que a média de pontos por item foi de 2,95.

Em relação à pontuação encontrada através da escala de neofobia, a tabela 3 mostra os valores de media, mediana, variância e desvio-padrão encontrado. Em seguida a tabela 4, apresenta os valores referentes a prevalência de crianças que apresentaram e as que não apresentam tendências neofóbicas, bem como sua estratificação por sexo e faixa etária, respectivamente.

**Tabela 3 – Análise descritiva: pontuação da Escala de Neofobia**

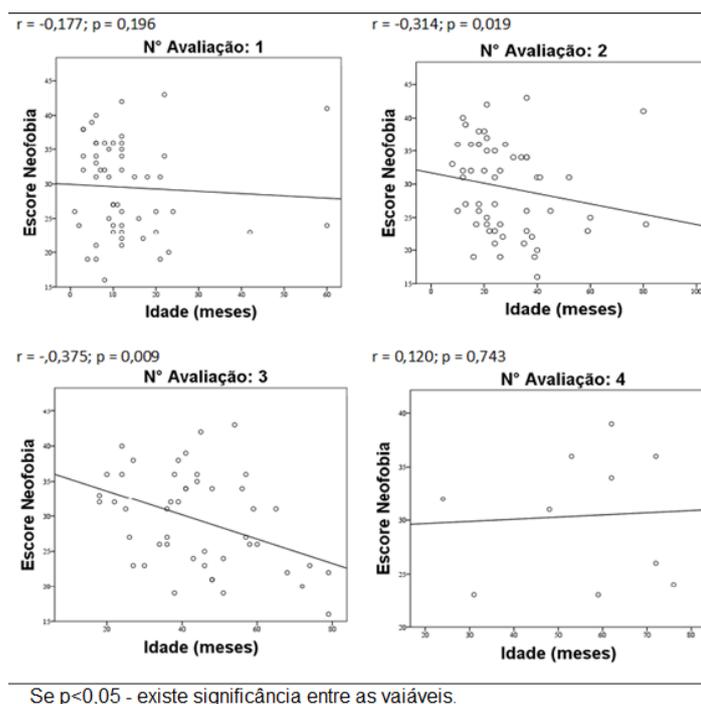
<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Variância</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Moda</b>
55	29,49	28	46,88	6,84	31

**Tabela 4 – Frequência de Crianças que apresentam (A) e não apresentam (B) tendências a ter neofobia alimentar**

	A	B
	(%)	(%)
<b>Total (N = 55)</b>	47,2	52,7
<b>Sexo</b>		
Feminino	53,8	62,1
Masculino	46,1	37,9
<b>Idade</b>		
Crianças entre 2 e 3 anos	11,1	27,5
Crianças entre 3 e 4 anos	64,2	17,2
Crianças entre 4 e 5 anos	44,4	17,2
Crianças entre 5 3 6 anos	22,2	24,1
Crianças entre 6 anos e 6 anos e 11 meses	78,5	13,7

Conforme as tabelas 3 e 4 verifica-se que a prevalência de crianças que não apresentam tendências neofóbicas é maior, porém a diferença é pequena, em relação a aquelas que apresentam tendência a neofobia alimentar.

A figura 1 mostra, com mais clareza a relação entre o escore de neofobia e a idade das crianças. Pode-se inferir através da análise, de acordo com o coeficiente de correlação (r) e nível de significância (p), que conforme a idade das crianças aumenta o escore e a neofobia é menor, ou seja, mais tendência à neofobia alimentar elas apresentam.



**Figura 1 – Relação grau de neofobia e idade**

### 4.3 Caracterização da amostra quanto aos problemas relatados durante a alimentação

A seguir apresentam-se os resultados referentes à investigação sobre os problemas relatados pelos pais em relação à alimentação da criança. A tabela 5, descreve os resultados da resposta objetiva dos responsáveis, que deveriam primeiramente relatar se elas consideravam que seus filhos tinham (sim) ou não algum problema relacionado a alimentação.

**Tabela 5 – Frequência das respostas à pergunta “Você considera que seu(sua) filho(a) tem algum problema na hora da refeição?”**

Total (N = 55)	Sim	Não
	49,2	52,7
Sexo		
Feminino	40,6%	59,4%
Masculino	56,5%	43,5%

Da amostra, 52,7% dos pais consideram que seus filhos não apresentam problemas relacionados à alimentação, porém desses, ao responder a escala de neofobia, 12,7% demonstraram que seus filhos apresentam respostas neofóbicas na alimentação. O gráfico a seguir demonstra a correlação positiva entre as variáveis, tendo  $p = 0,000$ , o que significa que houve congruência entre os relatos das mães e as respostas referentes a neofobia.

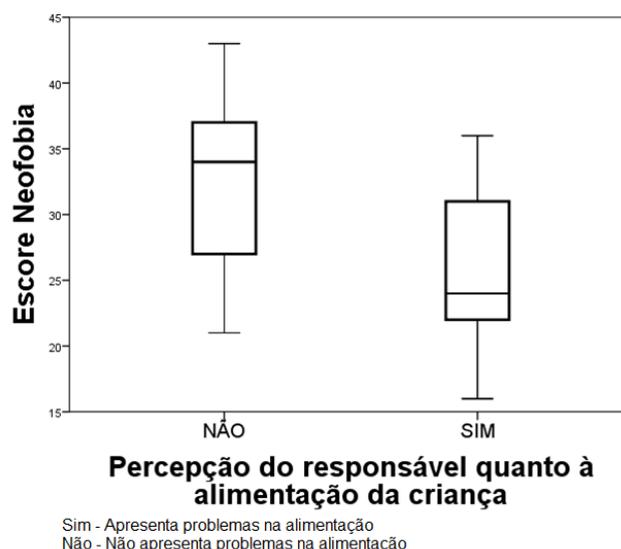


Figura 2 – Relação grau de neofobia e percepção dos responsáveis quanto a problemas relacionados à alimentação da criança

Para os pais que relatam problemas alimentares com seus filhos, estendeu-se a pergunta para relatar qual(ais) eram esses problemas. Ao realizar a análise, as respostas foram divididas em 4 categorias que se apresentam, juntamente com suas relativas frequências, na tabela 6.

**Tabela 6 – Problemas relacionados à alimentação**

	<b>FA</b>	<b>FR (%)*</b>
Experimentar novos alimentos	7	26,9
Rejeitar alimentos	7	26,9
Preferências particulares	7	26,9
Problemas comportamentais na hora de se alimentar	9	34,6

\*Alguns pais relataram mais de um problema, portanto a soma dará mais que o total da frequência absoluta de crianças que apresentam problemas relacionados à alimentação (26).

Três das quatro categorias tiveram frequência igual, porém a categoria “problemas comportamentais” foi a que apresentou maior número de relatos, com 34,6%.

#### **4.4 Comportamento dos pais perante a alimentação da criança**

Como já citado, o questionário também investigou as atitudes e/ou estratégias que os pais costumam utilizar para fazer seus filhos comerem, quando esse evento acontece. A tabela 7, traz consigo as principais estratégias utilizadas divididas em quatro categorias e a porcentagem de crianças em cada classe que apresentam tendência a ter neofobia alimentar.

**Tabela 7 – Estratégias utilizadas pelos pais**

	<b>FA*</b>	<b>FR (%)</b>	<b>Crianças com tendência neofóbica (%)</b>
Não utilizam nenhuma estratégia (não insistem/ nem obrigam)	6	10,9	50
Estimulação	29	52,7	34,4
Punição/ Chantagem	14	25,4	42,85
Criatividade	18	32,7	38,8

\*Alguns pais relataram mais de uma estratégia, portanto a soma dará mais que o total de crianças da amostra (55).

A categoria de estratégias que mais se destaca é a categoria “estimulação” com 52,7%. Mães que não utilizam nenhuma estratégia para fazerem seus filhos se alimentarem, foram as que apresentaram maior porcentagem de crianças com tendências neofóbicas, correspondendo a 50%. Em seguida a categoria com maior porcentagem de crianças com tendência a ter neofobia alimentar foi a de mães que relataram usar punição e/ou chantagem como estratégia, correspondendo a 42, 85%.

#### 4.5 Desenvolvimento infantil

Todas as crianças que compuseram a amostra tiveram no mínimo 2 momentos da vida avaliados e no máximo 4. Desses dados convém destacar que no momento 1 e 2 todas as crianças estão inseridas, no momento 3 apresentam-se 47 crianças e no momento 4 apenas 10 crianças. A média de idade vai aumento conforme os momentos, sendo momento 1 a média de 13 meses, momento 2 de 28 meses, no momento 3 de 44 meses e no momento 5 de 55 meses.

A tabela 8 apresenta a classificação das crianças por percentil em relação ao peso/idade, altura/idade e IMC/idade de acordo com a classificação da OMS e a classificação utilizada pelo trabalho, sendo esta apontando os desvios do crescimento com cortes para Percentil abaixo de 15 e acima de 85.

<b>Tabela 8 – Classificação das crianças segundo medidas de crescimento</b>					
<b>Peso/idade</b>		<b>Momento 1</b>	<b>Momento 2</b>	<b>Momento3</b>	<b>Momento 4</b>
OMS	Baixo peso	0	0	0	0
	Eutrófico	51	44	38	8
	Sobrepeso	4	11	9	2
Classificação Vigente no trabalho	Baixo peso	8	2	3	0
	Eutrófico	34	32	31	4
	Sobrepeso	13	21	13	6
<b>Altura/idade</b>					
OMS	Baixa estatura	0	0	0	0
	Eutrófico	41	45	37	6
	Acima da estatura	14	10	10	4
Classificação Vigente no trabalho	Baixa estatura	9	3	3	0
	Eutrófico	24	32	26	6
	Acima da estatura	22	20	18	4
<b>IMC/idade</b>					
OMS	Baixo peso	1	0	1	0
	Eutrófico	51	48	40	9
	Sobrepeso	3	7	6	1

Classificação	Baixo peso	10	9	8	3
Vigente no trabalho	Eutrófico	40	35	29	5
	Sobrepeso	5	11	10	2

Em ambas classificações a maioria das crianças são dadas como eutróficas, porém na classificação considerada pelo trabalho o número de crianças nas faixas de desvio é maior, demonstrando maior sensibilidade da avaliação.

As tabelas a seguir demonstram as correlações feitas entre os escores de neofobia com as medidas de crescimento das crianças. A tabela 9 mostra o teste de correlação por meio do valor de coeficiente de relação (r). Apenas uma das correlações, no momento 4, teve significância, com valor  $p < 0,005$ , sendo este valor de 0,013. A tabela 10 mostra o teste de média feito entre as medidas, composto pelo valor p de significância entre os dados, também somente em um dos momentos encontrou-se significância nos valores.

**Tabela 9 - Correlação neofobia e medidas de crescimento da criança (medidos em valor r)**

	Momento 1	Momento 2	Momento 3	Momento 4
<b>Peso/idade</b>	-0,153	0,046	-0,040	-0,745*
<b>Altura/idade</b>	-0,138	0,008	-0,238	-0,591
<b>IMC/idade</b>	0,104	0,013	-0,442	0,222

\* $p < 0,05$  - existe significância entre as variáveis.

**Tabela 10 - Teste de média entre as variáveis neofobia e desenvolvimento (medidos em valor p)**

	Momento 1	Momento 2	Momento 3	Momento 4
<b>Peso/idade</b>	0,145	0,906	0,434	0,019*
<b>Altura/idade</b>	0,236	0,940	0,335	0,067
<b>IMC/idade</b>	0,953	0,144	0,678	0,512

\* $p < 0,05$  - existe significância entre as variáveis.

De acordo com as análises apenas em um dos momentos, sendo ele o momento 4, demonstra relação de significância entre as variáveis peso por idade e neofobia, o que não pode ser considerado com grande força sendo composto por uma amostra de 10 crianças, portanto, ao que se pode concluir das análises, é que não existe relação entre as variáveis utilizadas para mensurar desenvolvimento (peso, altura e IMC) com tendência a ter neofobia alimentar.

#### **4.6 Dados da entrevista com o profissional pediatra**

O profissional entrevistado tem uma experiência de mais de 30 anos como profissional da área e aponta que as mães o procuram não só por problemas de saúde dos seus filhos mas também por questões sobre alimentação, hábitos de vida da criança e suas preferências, comportamento, entre outras. A entrevista se iniciou com as seguintes questões: “Quais os maiores problemas encontrados pelas mães em relação à alimentação das crianças?” e “Qual a sua percepção de comportamentos neofóbicos em crianças de 2 a 6 anos?”

Em relação à alimentação, é comum as mães se queixarem e trazerem dúvidas pertinentes a essa questão. Segundo o profissional as maiores queixas relatadas pelas mães foram: primeiramente a diminuição do apetite, onde ele esclarece que é um acontecimento já esperado para essa idade e relata que a percepção das mães é de que quanto maior a criança (mais velha), mais ela tem que comer. Outra queixa está relacionada com mudança no comportamento alimentar, alimentos que eram ingeridos anteriormente já não são mais aceitos pela criança, diminuindo a variedade.

De acordo com o profissional é essencial que a realização da alimentação da criança pela mãe ocorra de forma correta desde os primeiros meses de vida, como o aleitamento materno, a exclusão da mamadeira e utilização de “copinho” (até mesmo no primeiro mês de vida) e a introdução das papas e líquidos na hora e da maneira correta. Essas atitudes estão totalmente relacionadas com a boa aceitação dos novos alimentos mais tardiamente, como é o caso da mamadeira, que atrasa a evolução alimentar da criança já que ela além de estar muito acostumada com alimento é uma forma fácil dela se alimentar.

Também ressalta que orientações como dar repetidamente o alimento para a criança é importante, considera que se deve insistir repetindo o mesmo alimento em média 15 vezes, e até mesmo fazer tabelas marcando essa pontuação, e só assim “se pode afirmar que a criança realmente não gosta deste alimento, apesar de já ter visto casos onde anos mais tarde a criança começou a comer o alimento rejeitado, provando que nada é muito definitivo”.

Em geral o profissional relata que “as mães lidam bem com as suas orientações que vê resultados quando tudo ocorre corretamente principalmente antes dos dois primeiros anos de vida, que é quando ocorre a neuroplasticidade, o

momento que a criança está aberta a gostar das coisas, e por isso as orientações preventivas são importantes pois a neofobia fica clara a partir desse período da vida, que é o momento em que a neofobia deve ser estudada.”

Em relação a neofobia o pediatra relata observar mais casos nas crianças menores, que estão iniciando uma vida de descobertas e iniciando a introdução de novos alimentos. Também observa que “não vê relação direta da neofobia alimentar com problemas no desenvolvimento da criança, até por que as crianças de hoje em dia comem muita “porcaria” (doces, alimentos gordurosos...) e também “mamam” demais, levando assim ao excesso de peso, o que é atualmente a grande preocupação das mães, pois se vê muito mais crianças obesas do que crianças com déficit de crescimento”. Relata que “essa preocupação, da criança estar magra ou com problemas no crescimento, foi muito comum no passado e ainda é queixa de muitas avós, porém as mães de hoje estão mais conscientes e sabem que o excesso de peso não é vantagem para a criança.”

## **5 DISCUSSÃO**

Os resultados do estudo com relação a Escala de Neofobia Alimentar em Crianças revelam que crianças entre 2 e 6 anos apresentam uma leve tendência a neofobia alimentar, considerando a média total de respostas (29,49) e média por itens (2,95, sendo 7 dos 10 itens com pontuação tendenciosa a neofobia - < 3,00). Porém, quanto ao escore final de neofobia, 52,7% das crianças não apresentaram neofobia alimentar. Em estudo de Russell & Worsley (2008) com 371 crianças de 2 a 5 anos revelou média total de pontos de 26, revelando nível moderado de neofobia alimentar em crianças desta idade.

Em relação a idade, a pesquisa teve resultado contrário ao esperado, demonstrando a neofobia aumentar com a idade, sendo a faixa etária que apresentou maior nível de neofobia alimentar foi a de crianças mais velhas. Porém os estudos de vários autores como Pliner & Hobden, 1992; Birch, 1999; Birch et al., 2003; koivisto & Sjodén, 1996 revelam que a neofobia alimentar tem maiores tendências de diminuir com a idade.

Quanto ao sexo, o trabalho demonstrou maior neofobia alimentar em meninas, o que pode ser considerado um viés, já que a amostra apresenta mais crianças do sexo feminino; na literatura não parece muito claro essa divisão por sexo,

por exemplo em estudo sueco de Koivisto & Sjöden (1996) crianças do sexo masculino apresentaram ser mais neofóbicas, já o estudo de Russell & Worsley (2008) não identificou relação com sexo.

Com relação aos problemas na hora da alimentação 49,2% da amostra de pais relataram que tinham dificuldade em fazer seu filho se alimentar, sendo que a maioria foi de crianças do sexo masculino. Em estudo de Brito & Mettel (1986) com 20 crianças de 3 a 5 anos, revelou que 35% dos pais relataram que seus filhos tinham problemas na hora da alimentação, sendo as mais citadas questões de disciplina e na qualidade dos alimentos.

No presente estudo as dificuldades mais citadas pelas mães foram as questões comportamentais, como distração ao se alimentar, querer realizar outras atividades, falta de paciência para comer e preguiça de se sentar para comer, o que entra em acordo com o estudo de Brito & Mettel (1986) revela uma grande número de crianças ocuparem o tempo do almoço com outros comportamentos como brincar ou explorar, sendo a maioria meninos.

Os outros problemas citados foram: dificuldade em fazer o filho experimentar alimentos novos, rejeição de alimentos e preferências alimentares. Nos depoimentos foi possível observar das mães que relataram terem filhos com dificuldade de provar novos alimentos, que muitas delas preocupam-se com monotonia do cardápio, como pode ser observado nos seguintes relatos:

“Alimentos novos e diferentes são complicados de introduzir. Ele gosta sempre das mesmas coisas.”

Mãe de A.L.S

“Meu filho tem muita dificuldade em experimentar novos alimentos, principalmente frutas, legumes e verduras. Basicamente ele se alimenta de leite, torrada integral, arroz, feijão, batata, ovo e carne, outros alimentos são recusados por ele.”

Mãe de B.J.V

“Meu filho não experimenta alimentos novos, não come carne, não come verduras e legumes. Sua alimentação é a base de leite integral com achocolatado, pão de fôrma, queijo mussarela, arroz, farofa, peixes e suco de frutas.”

Mãe de S.G.A.S

O estudo de Russell & Worsley (2008), teve a intenção de identificar preferências alimentares com a neofobia alimentar, seus resultados apontam grande associação entre a neofobia alimentar com baixa preferência por vegetais e também com “gostar de menos tipos de alimentos”, afirma que crianças com maior neofobia

aos alimentos apresentam dietas mais monótonas, o que pode interferir na qualidade da alimentação e nutrição.

Das estratégias utilizadas pelos pais para fazerem seus filhos se alimentarem, as mais citadas foram: estimulação e criatividade, utilizando formas de promoção positivas como falar que o alimento faz bem para o corpo, comer os alimentos na sua frente e apresenta-los de formas variadas. De acordo com Ramos & Stein (2000); Viveiros, (2012); Filipe, (2011), as estratégias mais utilizadas dentro do grupo familiar foram: a recompensa, onde os pais tentam fazer com que ela coma algum alimento que ela não goste e em troca ela recebe um presente ou algo que ela agrade, e a coação, usando de punições e/ou mesmo a força para fazê-las comer.

Segundo o estudo de Birch (1999), o fornecimento de informações para a criança sobre o valor nutricional dos alimentos, não teve muito efeito sobre a disposição das crianças em prová-los. Das atitudes que mais apresentam efeitos para fazer a criança provar o alimento, segundo o estudo, é “apresentar modelo”, ou seja, mostrar para a criança que a família come determinado alimento ou pessoas que esta criança admira, como irmãos mais velhos ou heróis.

No presente estudo, mães que não utilizavam nenhuma estratégia ou utilizavam formas coercitivas como punição e chantagem tiveram menor frequência das respostas, porém são as mesmas que apresentam filhos com neofobia alimentar sendo 50% e 42,85%, respectivamente. Esses dados corroboram os dados de outros estudos, em que as verbalizações ou atos opressores para facilitar a ingestão de alimentos, ao contrário do esperado, favorecem comportamentos de oposição pela criança e dificultam a apresentação de um comportamento alimentar adequado para sua idade. (Birch, 1999; Birch, 1986; Birch, 1987; Ramos & Stein, 2000; Brito & Mettel, 1986)

Observa-se que a chantagem, principalmente, não funciona muito bem com as crianças desta idade, já que elas associam que algo que precisa ser recompensado não é bom, portanto este comportamento prejudica a preferência pelos alimentos em que foi “abrigada” a comer. Birch, (1987; 1999), afirma nos seus estudos que a forma e a intensidade da indução alimentar é um grande preditor do peso na criança. O ato de forçá-las a comer aumenta sua ingestão energética de forma exacerbada e prejudica as funções de autocontrole da fome e da saciedade levando

ao sobrepeso. Deste modo, pais que adotam o estilo autoritário caracterizam-se por levar à diminuição da capacidade de resposta da criança à densidade dos alimentos e a uma maior seleção de alimentos com elevada percentagem de gordura e açúcar, quando estes são restringidos. (Fisher; Birch 1999 *apud* Viveiros, 2012).

De acordo com os resultados apresentados em relação a neofobia alimentar e o desenvolvimento infantil, a pesquisa não apontou significância entre as duas variáveis. Neste estudo foi possível corroborar junto com os estudos citados, que crianças que apresentam neofobia alimentar tem uma dieta monótona e com pouca variedade de alimentos, o que por hora pode ser prejudicial a seu desenvolvimento (Birch, 1999; Russell & Worsley, 2008). Menegazzo et. al. (2011) relata que a monotonia de cores na dieta pode interferir na aceitação das preparações, além de não garantir a ingestão de uma maior diversidade de vitaminas e minerais que contribuem para um melhor desenvolvimento da criança. Russell & Worsley (2008), em seu estudo revelaram que crianças com nível mais alto de neofobia, além de terem dietas pouco variadas apresentam maiores tendências a preferir alimentos ricos em energia, açúcar e gordura.

Segundo o pediatra que colaborou com a pesquisa uma das queixas que as mães mais levam ao consultório em relação a alimentação das crianças é a diminuição do apetite, nesta idade. Pode-se afirmar neste sentido que muitas vezes as mães não apresentam a percepção correta quanto ao que seria uma adequada alimentação de acordo com a idade, sendo que não necessariamente quanto mais velha seja a criança ela deve comer mais, pois neste momento da vida, o apetite diminui normalmente junto com o crescimento.

Em estudo brasileiro realizado por Brito; Mettel (1986), demonstraram que 65% das crianças não repetiram nenhum tipo de alimento e 60% deixaram restos de comida no prato, e em apenas 10% dos almoços, as crianças ingeriram todos os alimentos servidos e/ou ainda repetiram algum tipo de alimento. Estes dados sugerem que o prato preparado pelo adulto continha, na maioria das vezes, uma quantidade de alimento maior à que a criança seria capaz de ingerir, além de prepararem o prato das crianças sem a sua supervisão e sem consultá-las, se mostrando mais preocupados em fazê-las comer e não em ensiná-las a comer, ou seja, privando-as de criar seus próprios hábitos alimentares a de aprender a se alimentar de maneira correta de forma independente.

O profissional também destacou a importância dos primeiros cuidados com alimentação da criança, desde a amamentação, bem como a introdução correta dos alimentos antes do primeiro ano de vida, sendo necessário a exposição repetidas vezes do alimento a fim de diminuir a possibilidade da neofobia alimentar nas crianças. Para alguns autores, (Brich & Marlin, 1982; Birch et al, 1987; Pliner & Hobden, 1992), a exposição frequente de novos alimentos às crianças influenciam de forma positiva nas suas preferências alimentares, sendo o principal preditor para esse efeito. Birch & Marlin (1982) relataram que esta exposição tem efeito mais potencializado se realizado adequadamente até a idade escolar, sendo que seus estudos sugerem que esses efeitos podem diminuir com aumento da idade.

## **6 CONCLUSÃO**

O estudo sobre neofobia alimentar e desenvolvimento infantil, revelou não haver relação direta entre a neofobia alimentar e problemas no crescimento e desenvolvimento da criança. Os dados mostraram que a neofobia alimentar não interfere significativamente nos parâmetros de peso e altura da criança, tornando-se um processo natural que ocorre nesta idade e que deve ser de alguma forma um indicador de atenção quando comportamentos neofóbicos interferem diretamente no cotidiano e na alimentação adequada da criança. Cabe apontar a necessidade de maiores estudos que possam trazer contribuições sobre o assunto como por exemplo, a possível associação da neofobia com deficiências nutricionais.

Ao mesmo tempo, deve-se dar a oportunidade à criança de criar seus próprios hábitos alimentares e tornar-se independente, para isso as orientações e influências dos familiares são importantes, pois são a partir deles em que ela irá espelhar seus atos e aprender acerca da alimentação.

Portanto, o estudo aponta que as atitudes e estratégias da família com relação a alimentação da criança, quando feitas de modo inadequado, podem estimular atitudes neofóbicas pela criança, sendo assim, para que a educação alimentar da criança seja adequada a família deve criar um ambiente positivo a fim de fornecer informações e referências que permitam à criança buscar alimentos saudáveis e provar alimentos novos. Um exemplo importante é não classificar um alimento como “ruim” ou restringir seu consumo, o ideal é explicar e dar orientações à criança sobre o alimento.

Outras atitudes e comportamentos que podem auxiliar para minimizar o aparecimento da neofobia alimentar, de acordo com os estudos e a experiência na orientação do médico pediatra, está em: realizar amamentação adequada; expor frequentemente a criança ao alimento, fornecendo-lhe a oportunidade de fazer o reconhecimento visual, olfatório e por fim gustativo do alimento; os pais ou responsáveis serem modelos para a criança dentro de casa; apresentar inicialmente os alimentos novos separadamente; apresentar os alimentos em preparações diversificadas e expor no prato de forma atrativa; realizar explicação sobre os sabores e benefícios do alimento para o corpo.

## REFERÊNCIAS

- BIRCH, L.L et al. Psychological influences on the childhood diet. **Journal of Nutrition**.128:407s-10s.1998
- BIRCH, L.L. Development of Food Preferences. **Annual Reviews of Nutrition**.V.19: 41-62. 1999.
- BIRCH, L. L.; MCPHEE, L.; SHOBA, B. C.; PIROK, E; STEINBERG, L. What kind of exposure reduces children's food neophobia. **Appetite**, 9, 171–178. 1987
- BIRCH, L. L.; MARLIN, D. W. I don't like it; I never tried it: effects of exposure to food on two-year-old children's food preferences. **Appetite**. 4:353–360.1982.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil**. Cadernos de Atenção Básica nº 11. Brasília, 2002.  
Disponível em:  
<http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimentodesenvolvimento.pdf> Acesso em: 13 set. 2014.
- BRASIL. PNDES - **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. 2006. Disponível em:  
[http://bvsm.saude.gov.br/bvs/pnds/saude\\_nutricional.php](http://bvsm.saude.gov.br/bvs/pnds/saude_nutricional.php) Acesso em: 10 set. 2014.
- BRITO, M.E.F.; Mettel M.T.P. Um estudo naturalístico do comportamento de pré-escolares durante a refeição. **Biotemas**, Brasília, v.2,p.1-13, jan/abr. 1986.
- BOCCALETTO, E. M.; MENDES, R. T. Alimentação, atividade física e qualidade de vida dos escolares do município de Vinhedo/SP. **Ipês**, Campinas, v.1. 2009.
- CHAGAS, Deysianne Costa das et al. Prevalência e fatores associados a desnutrição e ao excesso de peso em menores de cinco anos nos seis maiores municípios do Maranhão. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 16, n. 1, Mar. 2013. Disponível em:  
[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2013000100146&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000100146&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 14 out. 2014.
- DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008.
- FILIPPE, A.P.P.S.P. **Neofobia alimentar e hábitos alimentares em crianças pré-escolares e conhecimentos nutricionais parentais**. Lisboa: Universidade de

Lisboa,2011. *Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica: Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença*, Lisboa, 2001.

FLORES, Larissa et al. Tendência do baixo peso, sobrepeso e obesidade de crianças e adolescentes brasileiros. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, vol.89, n.5 ISSN 0021-7557.2013

GALLOWAY, A.T; YOONNA, L.; BIRCH, L.L. Predictors and consequences of food neophobia and pickiness in young girls. **Journal of the American Dietetic Association**. V: 103; N. 6. 2003.

KOIVISTO, U.K.; SJODÉN, P.O. Reasons for rejection of food items in swedish families with children aged 2-17. **Appetite**. V:26:89-103. 1996.

MARMO D.B; ZAMBON M.P.; MORCILLLO A.M; GUIMAREY L.M. Tendência Secular de crescimento em escolares de Paulínea, São Paulo-Brasil (1979/80 - 1993/94). **Rev. Assoc. Med. Bras**. 2004.

MENEGAZZO, Manoela et al. Avaliação qualitativa das preparações do cardápio de centros de educação infantil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 24, n. 2, Abr. 2011 .

MORESI, Eduardo. **Metodologia da Pesquisa**. (Org.) Universidade Católica de Brasília (UCB), Brasília: 2003. Disponível em: [http://ftp.unisc.br/portal/upload/com\\_arquivo/1370886616.pdf](http://ftp.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/1370886616.pdf) Acesso em: 12 fev. 2014.

NUNES, E.; BREDA, J. **Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância**. Direção Geral de Saúde. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005536.pdf> Acesso em: 10 Jan. 2014.

PAPALIA, Diane E. Desenvolvimento Humano/ Diane E, Papalia Sally Wendkos Olds Artes Médicas, 7 ed. 2000.

PLINER, P.; HOB DEN, K. Development of a Scale to Measure the Trait of Food Neophobia in Humans. **Appetite**. V:19, 105-120.1992.

PLINER, P. Development of measures of food neophobia in children. **Appetite**. 23: 147-163. 1994.

RAMOS, M.; STEIN, L. M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **Jornal de Pediatria**. 76(Supl.3). 2000.

SANTOS, P.S.V.D. **Morfologia e tendência secular: estudo em jovens escolares masculinos da ilha de São Miguel**. Coimbra, 2009. *Dissertação de Mestrado em Treino Desportivo para Crianças e Jovens*, Coimbra, 2009.

SIGULEM, D.M. et al. **Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente**. Rio de Janeiro: Jornal de Pediatria, 2000.

VITOLLO, M.R. (ed.). *Nutrição: da gestação ao envelhecimento*. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2010.

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**. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2012. *Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica: Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença*, Lisboa, 2012.

XAVIER, A.L.G.; KLEIN, H.; HAGEN, M.E.K.; PIZZATO, A.C. Características Socioculturais das Crianças Desnutridas e Obesas em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Porto Alegre. **Revista da Graduação PUCRS**. V.1,n.1. 2008.

## ANEXOS

### ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Neofobia alimentar e desenvolvimento infantil

**Pesquisador:** Marta Fuentes-

Rojas **Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 30828814.3.0000.5404

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências Aplicadas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:**

786.216 **Data da**

**Relatoria:** 31/07/2014

**Apresentação do Projeto:**

TRATA-SE DE RESPOSTA ÀS PENDÊNCIAS EMITIDAS EM PARECER ANTERIOR

**Objetivo da Pesquisa:**

Identificar condutas neofóbicas em crianças de 2 a 6 anos de idade, com finalidade de encontrar associações com o desenvolvimento da criança.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não há riscos previsíveis e os benefícios estão na perspectiva de que o estudo sirva como base para promover ações de caráter educativo direcionadas às crianças da faixa etária a ser investigada e para orientar pais sobre atitudes benéficas que podem ser tomadas a fim de proporcionarem a seus filhos uma educação alimentar saudável, além de engrandecer o conhecimento científico da área ainda pouco explorada relacionando a neofobia e a nutrição.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A amostra será constituída pelos responsáveis de crianças com idade entre 2 e 6 anos frequentadoras de um consultório médico na cidade de Poços de Caldas.

Os dados serão coletados dos prontuários de uma clínica privada. Os dados coletados serão a avaliação antropométrica e as queixas referentes à alimentação da criança registradas pelo profissional.

Os participantes terão garantia de sigilo quanto aos dados e informações coletadas na pesquisa, que serão tratados de forma confidencial.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

No TCLE reapresentado foram reescrito riscos, desconfortos, benefícios e DIRETOS AOS PARTICIPANTES DO ESTUDO. Observa-se que a nova redação respeita os preceitos da Res. 466-2012 em todos os seus itens, particularmente aqueles que visam facilitar o entendimento do leitor participante para que ele DÊ SEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pendências atendidas

### **Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:** Não

### **Considerações Finais a critério do CEP:**

- O sujeito de pesquisa deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
  
- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.
  
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada

após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data de parecer de aprovação e ao término do estudo.

CAMPINAS, 10 de Setembro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Monica Jacques de Moraes**  
**(Coordenador)**

Endereço:	Rua Tessália Vieira de Camargo, 126				
Bairro:	Barão Geraldo	CEP:	13.083-887		
UF:	SP	Município:	CAMPINAS		
Telefone:	(19)3521-8936	Fax:	(19)3521-7187	E-mail:	cep@fcm.unicamp.br

## ANEXO B – Escala de Neofobia Alimentar (Pliner, 1994) e Questionário aos pais

### Escala de Neofobia Alimentar em Crianças:

Este questionário apresenta várias frases sobre a forma como as crianças reagem perante alimentos novos e diferentes. Leia cada uma dessas frases e assinale com uma cruz a opção que lhe parecer mais próxima da realidade do(a) seu(sua) filho(a), na sua perspectiva. Obrigada pela sua colaboração!

	<b>Concordo completamente</b>	<b>Concordo</b>	<b>Nem concordo nem discordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo completamente</b>
O(A) meu(minha) filho(a) está constantemente a provar alimentos novos e diferentes.					
O(A) meu(minha) filho(a) é desconfiado em relação em alimentos novos.					
Se o(a) meu(minha) filho(a) não souber o que tem uma determinada comida, ele nem a prova.					
O(A) meu(minha) filho(a) gosta de alimentos provenientes de diferentes culturas.					
Para o(a) meu(minha) filho(a), os alimentos provenientes de culturas diferentes da nossa parecem demasiados estranhos para ele comer.					
Em festas ou outros convívios, é muito provável que o(a) meu(minha) filho(a) prove alimentos novos.					
O(A) meu(minha) filho(a) tem receio em comer alimentos que nunca provou antes.					
O(A) meu(minha) filho(a) é muito esquisito com os alimentos que come.					

O(A) meu(minha) filho(a) é capaz de comer praticamente qualquer alimento.					
O(A) meu(minha) filho(a) gosta de ir a sítios onde sirvam comida de outras culturas diferentes da nossa.					

Por favor, responda as perguntas seguintes de acordo com sua opinião a respeito da alimentação do(a) seu(sua) filho(a):

1-) Você considera que seu(sua) filho(a) tem algum problema na hora da refeição? Se sim, cite qual(is).

2-) Quando seu(sua) filho(a) se recusa a comer algo, qual(is) estratégia(s) você usa para fazê-lo comer?