

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

GRACIELLY LUANNY QUEIROZ DE ARRUDA

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

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
2021

GRACIELLY LUANNY QUEIROZ DE ARRUDA

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

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico da Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento ao requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, sob orientação da Professora Dra. Carmem Lygia Burgos Ambrósio e coorientação da Dra. Cátia Sofia Botelho da Silva.

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
2021

Catálogo na Fonte
Sistema Integrado de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecário Jaciane Freire Santana, CRB-4/2018

A779i Arruda, Gracielly Luanny Queiroz de.
A influência parental no comportamento alimentar de crianças dos três aos seis anos de idade em Pernambuco / Gracielly Luanny Queiroz de Arruda. - Vitória de Santo Antão, 2021.
64 f.; il.

Orientadora: Carmem Lygia Burgos Ambrósio.
Coorientadora: Cátia Sofia Botelho da Silva.
TCC (Bacharelado em Nutrição) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Nutrição, 2021.
Inclui referências e anexos.

1. Comportamento alimentar. 2. Nutrição da criança. I. Ambrósio, Carmem Lygia Burgos (Orientadora). II. Silva, Cátia Sofia Botelho da (Coorientadora). III. Título.

392.37 CDD (23. ed.)

BIBCAV/UFPE - 194/2021

GRACIELLY LUANNY QUEIROZ DE ARRUDA

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

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico da Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento ao requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Data: 16/12/2021

BANCA EXAMINADORA

Dra. Cátia Sofia Botelho da Silva (Coorientadora) (Examinadora Externa)
Pesquisadora na Escola de Psicologia da Universidade do Minho (CIPsi)

Prof. Dr. Sebastião Rogério de Freitas Silva
Universidade Federal de Pernambuco - CAV

Prof. Dra. Raquel Araújo de Santana
Universidade Federal de Pernambuco

Aos meus pais, namorado, amigos e aos que não estão mais aqui.
Vocês sempre estarão em meu coração.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais não só pela ajuda na realização deste trabalho, mas por todo o cuidado, esforço e amor que me fizeram chegar até aqui, sempre mostrando que sou capaz de alcançar qualquer coisa com dedicação.

Àqueles que não estão mais presentes nesse plano, mas vivem em minha memória, em especial minha avó Nanu. Aqui estará lembrada, presente e eternizada.

Ao meu namorado, Matheus, por todos os momentos partilhados, compreensão e companheirismo durante essa jornada. Iniciamos essa graduação juntos e finalizamos juntos.

Aos meus amigos Taynara, Luana, Letycia, Jennefer, Maycon e Thiago, obrigada pelos momentos de risadas e desabafos nos momentos de estresse.

Obrigada especial a minha professora e orientadora Carmem Lygia por toda a compreensão e ensinamentos.

Por fim, agradeço a mim por não ter desistido e finalizado mais uma etapa em minha vida.

“São as nossas escolhas, [...], que revelam o que realmente somos, muito mais do que nossas qualidades”.
(Alvo Dumbledore)

RESUMO

O comportamento alimentar de uma criança é moldado sob diversos fatores, sendo a família o primeiro grupo social ao qual a criança tem contato e forma seus primeiros hábitos e valores, havendo então a necessidade de que esses cuidadores tenham atitudes e práticas alimentares saudáveis, desempenhando influências positivas na estruturação do hábito e comportamento alimentar infantil. Este trabalho teve como objetivo avaliar os hábitos alimentares e nutricionais de crianças dos três aos seis anos de idade, o comportamento neofóbico das mesmas frente aos alimentos e o comportamento dos pais durante as refeições. A pesquisa trata-se de um estudo transversal tendo como participantes pais de crianças em idade pré-escolar de todas as microrregiões de saúde de Pernambuco. Foram utilizados o Questionário sobre Hábitos Alimentares Infantis, Escala de Neofobia Alimentar em Crianças e Escala de Comportamento dos Pais Durante as Refeições (PMAS), além de dados sociodemográficos voltados para o momento de pandemia de COVID-19. A amostra foi constituída por 246 indivíduos, dos quais 88,62% são do sexo feminino, com idade média de 35 anos. Relativo à pandemia, 71,1% alegaram ter sua rotina de trabalho alterada, 45,1% declararam aumento de carga horária e 19,7% tiveram suas atribuições divididas entre trabalho presencial e remoto. Da amostra recolhida, 45,9% das crianças de 3 a 6 anos são do sexo feminino e 54,1% do sexo masculino. A idade média constatada foi de 4,56. O peso médio dos pais foi de 70,79 kg, a altura média de 1,62 m e o IMC médio de 26,9 kg/m². Em relação às crianças, o peso médio foi de 22,46 e a altura média de 1,22 m. Um percentual de 53,5% têm estatura adequada para a idade, 62,2% peso adequado para a idade e 36,2% IMC adequado para a idade. Destaca-se que 34,2% possuem peso elevado para a idade e 8,53% magreza acentuada. Dentre os participantes, 35% e 34,1% dos pais e filhos respectivamente praticam atividade física. Na análise dos hábitos alimentares infantis, a maioria dos participantes demonstrou que os filhos fazem consumo de 2-3 variedades de cada grupo alimentício. A pontuação total do questionário foi de 103,1 correspondendo a hábitos alimentares moderadamente saudáveis. Quanto à neofobia alimentar, as crianças pontuaram 31,02, correspondendo a um nível de neofobia moderado. O domínio de persuasão positiva apresentou o score mais alto, de 2,7, já o mais baixo foi o de insistência para comer, se mostrando como um comportamento não tão recorrente, com score de 1,77. Diante do objetivo deste estudo, os resultados evidenciaram níveis moderados de neofobia e hábitos alimentares infantis mais saudáveis do que não saudáveis, havendo associação ao comportamento dos pais durante as refeições.

Palavras-chave: comportamento alimentar infantil; influência parental; hábitos alimentares.

ABSTRACT

A child's eating behavior is shaped by several factors, with the family being the first social group to which the child has contact and forms their first habits and values, there is then the need for these caregivers to have healthy eating habits and attitudes, performing positive influences on the structuring of children's eating habits and behavior. This study aimed to evaluate the eating and nutritional habits of children from three to six years old, their neophobic behavior towards food and their parents' behavior during meals. The research is a cross-sectional study with parents of preschool-age children from all health microregions of Pernambuco as participants. Child Eating Behavior Questionnaire, Child Food Neophobia, Parent Mealtime Action Scale (PMAS) were used, besides sociodemographic data focused on the time of the COVID-19 pandemic. The sample consisted of 246 individuals, of which 88.62% are female, with an average age of 35 years. Regarding the pandemic, 71.1% claimed to have their work routine changed, 45.1% declared increased workload and 19.7% had their attributions divided between face-to-face and remote work. Of the collected sample, 45.9% of children from 3 to six years old are female and 54.1% are male. The mean age found was 4.56. The parental mean weight was 70.79 kg, the mean height 1.62 m and the mean BMI 26.9 kg/m². In relation to children, the average weight was 22.46 and the average height was 1.22 m. A percentage of 53.5% have adequate height for their age, 62.2% have adequate weight for their age and 36.2% have adequate BMI for their age. It is noteworthy that 34.2% have high weight for their age and 8.53% accentuated thinness. Among the participants, 35% and 34.1% of parents and children respectively practice physical activity. In the analysis of children's eating habits, most participants demonstrated that their children consume 2-3 varieties from each food group. The total score of the questionnaire was 103.1 corresponding to moderately healthy eating habits. As for food neophobia, the children scored 31.02, corresponding to a moderate level of neophobia. The positive persuasion domain had the highest score, of 2.7, while the lowest was the insistence to eat, showing itself as a not so recurrent behavior, with a score of 1.77. Given the purpose of this study, the results showed moderate levels of neophobia and healthier than unhealthy eating habits in children, having association with the behavior of parents during meals.

Keywords: infant eating behavior; parental influence; eating habits.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	13
2.1 Geral	13
2.2 Específicos	13
3 JUSTIFICATIVA	14
4 REVISÃO DA LITERATURA	15
4.1 A construção do comportamento alimentar	15
4.2 Disponibilidade e preferência alimentar	17
4.3 Práticas parentais e a alimentação dos filhos	19
5 MATERIAL E MÉTODOS	23
5.1 Desenho do estudo	23
5.2 Participantes	23
5.3 Procedimentos e Técnicas	25
<i>5.3.1 Aspectos socioeconômicos e demográficos</i>	25
<i>5.3.2 Aspectos nutricionais e comportamentais</i>	25
5.4 Análise dos Dados	26
5.5 Considerações Éticas	26
6 RESULTADOS	27
6.1 Caracterização da amostra	27
6.2 Dados antropométricos	29
6.3 Hábitos alimentares infantis	30
6.4 Neofobia alimentar em crianças	32
6.5 Comportamento dos pais durante as refeições	33
7 DISCUSSÃO	36
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	42
ANEXO A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES	50
ANEXO B – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS DOS PARTICIPANTES	51
ANEXO C – QUESTIONÁRIO SOBRE HÁBITOS ALIMENTARES INFANTIS	52
ANEXO D – ESCALA DE NEOFOBIA ALIMENTAR EM CRIANÇAS	54
ANEXO E – ESCALA DE COMPORTAMENTO DOS PAIS DURANTE AS REFEIÇÕES	55

ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)	57
ANEXO G – PARECER DA PESQUISA APROVADO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFPE.....	59

1 INTRODUÇÃO

A obesidade infantil em conjunto com outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são condições com prevalências cada vez maior, estando relacionadas diretamente com problemas fisiológicos e psicológicos encontrados desde o início da vida (JORGE JÚNIOR, 2020). Devido à alta prevalência e aos problemas associados, a obesidade passou a ser considerada uma das maiores preocupações ao sistema de saúde do século XXI (PREISS; SCHNEIDER, 2020).

A maior parte dos casos de adultos obesos tem início na primeira infância (SILVEIRA, 2017). Por essa razão, a intervenção já nessa fase é uma das melhores táticas para prevenir problemas futuros. Apesar de o comportamento alimentar ser influenciado por variados aspectos, as preferências alimentares das crianças podem ser definidas e modificadas a partir de experiências de contato com alimentos, que podem causar aceitação ou aversão (SANTANA, 2012). A consolidação dessas preferências, após os três anos de idade, já não mais é causada apenas pela privação, mas sim influenciadas diretamente pelo modelo parental (HUGHES; POWER, 2021).

Principalmente durante a infância, uma dieta adequada se torna determinante para um crescimento e futuro saudáveis (CORKINS, 2016). A alimentação, além de uma das necessidades fisiológicas mais importantes, é apresentada como um ato social, onde cada indivíduo estabelece uma relação própria com os alimentos a serem consumidos (MINUZI, 2019).

O comportamento alimentar de uma criança é moldado sob diversos fatores, sendo construído pela sociedade e modificado por aspectos socioculturais (FREITAS, 2016). Apesar de posteriormente outros atores sociais como a escola e a mídia se mostrarem importantes locais de trocas e aprendizagem alimentar (BARBOSA, 2016), é a família o primeiro grupo social ao qual a criança tem contato e forma seus primeiros hábitos e valores, havendo então a necessidade de que esses cuidadores tenham atitudes e práticas alimentares saudáveis, de forma a desempenhar influências positivas na estruturação do hábito alimentar infantil (OLIVERIA, 2018), que vai desde uma melhor aceitabilidade de novos alimentos até a formação de preferências sadias (BIRCH, 1999).

A partir do momento em que a criança deixa de se alimentar restritamente de líquidos, é iniciado o processo de transição para a dieta alimentar adulta, na qual as preferências passam a influenciar o que será consumido (BRUM, 2017). É nessa fase também que as neofobias alimentares podem passar a surgir. A neofobia tem sido definida como uma falta de

vontade em experimentar alimentos novos ou a tendência para rejeitar o novo (PLINER, 1994). Essa rejeição é processada em diferentes momentos da vida, sendo mais forte nos primeiros anos, e apresentando uma grande variabilidade na fase adulta (DE BRUM, 2017).

A depender da neofobia, o medo de experimentar novos sabores pode levar a rejeição dos mesmos, o que acaba tornando a alimentação restritiva (SANTANA, 2021), podendo ainda resultar num desajuste da dieta, pois a variedade reduzida consumida pela criança aumenta a possibilidade de geração de um déficit nutricional (RUSSEL; WORSLEY, 2008). Entretanto, por meio de aprendizagens de padrões alimentares, essa rejeição pode transformar-se em preferências, devendo ser iniciada cedo e prezando pela estratégia de disponibilidade e exemplos (BIRCH, 2002).

As interações entre pais e filhos e o tipo de comportamento desses cuidadores em contexto alimentar, demonstram o importante papel que assumem na construção do padrão de alimentação das crianças. A pressão ou encorajamento à ingestão, a restrição de acesso ao alimento e a utilização de comida como recompensa são estratégias que a depender da maneira em que são empregadas podem culminar na melhora ou piora das neofobias (HUGHES; POWER, 2021). Apesar disso, pouco se sabe sobre como as influências parentais funcionam de fato (ADKINS et al., 2004), mas sabe-se que provavelmente elas transcendam o ambiente doméstico, sugerindo que o agir dos pais é de extrema importância na busca por um futuro saudável, mesmo também havendo influências externas (PEREIRA, 2020).

A autoeficácia parental no âmbito da alimentação é um conceito que trata da influência não apenas da aquisição de um novo comportamento, mas também da inibição ou desinibição de um comportamento já existente (SALOMONI et al., 2016). Ainda que a mesma não seja considerada parte do comportamento alimentar, vem sendo associada com a perda ou o ganho de peso (PINHEIRO-CAROZZO et al., 2017) através do controle do ambiente, dos estados biológicos, cognitivos e afetivos, muitas das vezes por meio de regulação (COTRIM; COSTA NETO, 2021).

A crença dos pais nas suas capacidades de influenciar os filhos em relação à alimentação mostra-se de forma positiva e negativa, ao passo em que está atrelada a maior ingestão de frutas, verduras e água, mas também ao consumo exacerbado de refrigerantes e alimentos ultraprocessados (CAMPBELL et al., 2010).

Na alimentação dos filhos, os pais costumam utilizar três estratégias de controle alimentar baseadas na restrição dos alimentos que consideram não saudáveis, na pressão para comer alimentos considerados saudáveis e no uso de recompensas (PINHEIRO-CAROZZO et al., 2017). Este controle tem por muitas vezes o objetivo de instigar e estimular que as

crianças desenvolvam preferências e padrões alimentares que os cuidadores julgam como saudáveis (BIRCH, 1999). Apesar desse julgamento, algumas das escolhas parentais podem provocar consequências negativas, podendo, por exemplo, atrapalhar no aprendizado de autocontrole alimentar dos filhos, onde não conseguem identificar os momentos de fome e os de saciedade (PIRES et al., 2019).

Com uma alimentação adequada durante a infância é possível que se construa fatores de prevenção contra doenças na fase adulta, como a obesidade e as outras DCNT (GALIOTI, 2015). Diante disso, essa pesquisa se propõe a investigar as estratégias de controle parental, e como essas refletem na alimentação de seus filhos, utilizando instrumentos validados para a população a ser estudada, de forma que as informações sirvam para fundamentar intervenções futuras na área.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar os hábitos alimentares e nutricionais das crianças dos três aos seis anos de idade, seu comportamento neofóbico frente aos alimentos e o comportamento dos pais durante as refeições.

Identificar a influência parental na formação do comportamento alimentar de crianças dos três aos seis anos de idade no estado de Pernambuco.

2.2 Específicos

- Avaliar os hábitos alimentares e nutricionais das crianças;
- Verificar se há comportamento neofóbico nas crianças;
- Correlacionar o comportamento alimentar dos pais com o dos filhos, identificando a influência parental.

3 JUSTIFICATIVA

A alta prevalência de obesidade e outras doenças crônicas na sociedade contemporânea vêm chamando cada vez mais atenção, sendo considerada uma das maiores preocupações no âmbito da saúde do século XXI, se mostrando presente até mesmo em indivíduos em fase de primeira infância (SACKS et al., 2012). A estimativa futura de crescimento de casos aumenta a urgência na busca de entendimento e soluções.

O estudo pretende avaliar a influência de pais ou cuidadores no comportamento alimentar de seus filhos, de forma a procurar possíveis correlações entre o comportamento próprio e a construção dos hábitos alimentares das crianças.

A pesquisa contribuirá para estudos sobre formação de hábitos alimentares na infância influenciada por modelos parentais, permitindo desenvolver propostas de intervenção para conscientizar o público alvo, no caso, pais e cuidadores, amenizando os casos de obesidade, outras doenças crônicas não transmissíveis e possíveis neofobias alimentares, bem como suas consequências.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 A construção do comportamento alimentar

A alimentação é um dos principais fatores conhecidos que contribuem no desenvolvimento e agravamento de DCNT, sendo a principal causa de mortalidade no indivíduo adulto (DREWNOWSKI, 1997). Estudiosos apontam que as modificações em um comportamento alimentar prejudicial desde a juventude são capazes de influenciar positivamente o não aparecimento dessas doenças, promovendo também a saúde a longo prazo (OLIVEIRA et al., 2012; AGUIAR, AGUIAR, GUEDES, 2013). Sabendo que na primeira infância há a formação dos hábitos e preferências alimentares, se faz necessário entender o que os determinam, para assim propor modelos educativos que sejam efetivos na mudança de um padrão alimentar enquanto crianças (DOMÍNGUEZ, 2014).

Do ponto de vista antropológico, o ato de se alimentar é definido através do campo natural e cultural. Segundo Romanelli (2006), enquanto a alimentação se apresenta por meio de costumes e símbolos que são construídos pela cultura e pelas gerações familiares, também é remetida à naturalidade, ao alimento fornecido pela natureza, a fisiologia e a fome.

A alimentação como ato social, além de suprir a demanda fisiológica, se encontra também agregada aos valores e necessidades, estando em constante mudança em nível cultural, econômico e familiar. Dessa forma, a construção do comportamento alimentar está relacionada e se transforma de acordo com o sistema social-cultural, sempre condicionada pelo ambiente no qual o ser humano se desenvolve (ROSSI, 2008).

Nesse sentido, pode-se dizer que a comida adquire uma identidade, representa e traduz os costumes, podendo então ser possível caracterizar uma sociedade também conforme seus hábitos e escolhas alimentares, que formam um padrão de comportamento alimentar (ROMANELLI, 2006; SANTANA, 2012).

O comportamento alimentar tem entre suas definições o modo como as pessoas se alimentam, tendo como formação a aprendizagem adquirida pelas experiências alimentares (VIANA et al., 2008). O aspecto comportamental de uma criança é determinado inicialmente pela família e depois por processos externos (MACHADO, 2014). A primeira experiência alimentar inicia-se ainda durante a gestação e vai sendo modificada com a amamentação e a introdução alimentar durante o crescimento. Quanto mais inadequadas essas experiências, maior a chance do aparecimento de patologias futuras (VIANA et al., 2008).

Dessa maneira, o comportamento alimentar pode ser definido como todas as formas de contato com o alimento, ou seja, todas as ações envolvendo práticas alimentares atreladas a aspectos socioculturais estão envolvidos com o ato de comer, e, com o tempo, formam padrões (CARVALHO et al., 2013).

A alimentação do ponto de vista nutricional, como fonte de nutrientes é diferente do ato de comer, uma vez que esse ato engloba diversas questões (MORAES, 2014). Nutricionalmente falando, uma alimentação equilibrada é o ideal para se obter macronutrientes e micronutrientes de qualidade e ter um desenvolvimento saudável. Apesar disso, vale ressaltar que devemos nos enxergar como seres biológicos sociais, psíquicos, afetivos e culturais, com isso sendo possível analisar a formação das práticas alimentares de maneira mais amplificada. Sendo assim, o comportamento alimentar vai muito além do consumo, levando em consideração opiniões, tradições e representações simbólicas (POULAIN, 2003).

Por vezes há uma certa confusão quanto à similaridade do hábito e do comportamento, sendo válido salientar que embora similares, cada um interfere de forma distinta no desenvolver de uma doença. O hábito se associa aos valores socioculturais do cotidiano, percepção sobre a alimentação e a escolha de alimentos, se atrelando a afetividade e experiências que são refletidas nas práticas alimentares (FREITAS et al, 2012). Já o comportamento alimentar envolve a maneira de consumir o alimento, incluindo fatores como afeto, cognição, habilidades e percepções sensoriais em tudo que é realizado, sentido e pensado no ato de comer (POULAIN et al., 2017). Dessa forma, o hábito é a repetição de comportamentos (MORAES, 2014).

Sendo o comportamento alimentar um cenário complexo, vários são os determinantes que repercutem na saúde a curto e longo prazo. Os de ordem ambiental e socioeconômica influenciam nas escolhas alimentares, uma vez que a falta de conhecimentos sobre a importância da ingestão de alimentos saudáveis e menos industrializados junto ao fato de alimentos nutricionalmente pobres possuírem valores de mercado mais baixo, levam a uma alimentação que segue pelo caminho dos altamente processados, ricos em gorduras, sódio e conservantes (TORAL; SLATER, 2007).

A mídia também se encontra envolvida no processo de construção do comportamento alimentar, no sentido em que o acesso as informações está cada vez mais facilitado principalmente com o surgimento das redes sociais, com isso, propagandas e padrões alimentares sempre nos alcançam, muitas vezes trazendo informações que não condizem com a verdade ou não respeitam a individualidade (HARRIS, 2009).

O peso e a imagem corporal podem levar o indivíduo à construção de comportamentos não saudáveis, como a adoção de restrições alimentares devido à insatisfação corporal, e, em conjunto aos fatores psicológicos e psicossociais estão refletidos na cognição do comportamento alimentar (BROWN, 2004).

É importante destacar a questão cultural, sendo esse um dos mais influentes fatores na construção do comportamento como um todo. Ademais, as preferências alimentares são desenvolvidas além dos gostos pessoais, envolvendo sociedade, religião e crenças de cada população, havendo então a necessidade de compreender os diferentes costumes socioculturais em questão da alimentação (BENTON, 2004).

Segundo Ramos e Stein (2000), quando práticas alimentares são aprendidas na infância, é iniciada a formação do comportamento alimentar. Em razão disso, afirmam que o comportamento alimentar de crianças em idade pré-escolar é determinado primeiramente pela família, já que são dependentes dela, e de maneira secundária pelas outras interações sociais já citadas.

Scaglioni (2011) diz ainda que a formação do hábito alimentar depende da carga genética adquirida, porém vai sofrendo mudanças de acordo com as interações do meio, como com as atitudes dos pais durante as refeições e a disponibilidade dos alimentos em casa e fora dela, responsáveis por gerar as preferências alimentares. Dessa forma, pode-se dizer que a influência parental é um forte preditor do futuro comportamento alimentar.

4.2 Disponibilidade e preferência alimentar

Conhecer diversos alimentos é necessário para a formação de uma alimentação variada e saudável, constituindo uma das premissas para uma boa saúde. Ofertar verduras e frutas desde a infância é determinante não apenas do seu consumo, mas também por criar preferência por esses alimentos (HEARN, 1998).

Em estudo realizado por Wardle (2007), a autora verificou que na relação entre característica dos alimentos e o comportamento alimentar, a formação de preferências é consequência dos aprendizados e experiências vividas, de forma que o gosto dos alimentos pode ser associado a algo bom ou ruim dependendo do que foi experienciado, sendo essa a base para o “efeito de familiaridade”, mais evidente em crianças.

A literatura que trata acerca da nutrição infantil aponta que o comportamento alimentar de crianças em idade pré-escolar é definido primeiramente pela família, sendo o padrão de alimentação construído de acordo com as preferências (DOMÍNGUEZ, 2014).

Para a formação dessas preferências, as crianças tendem a escolher alimentos que são servidos frequentemente e estão facilmente disponíveis em casa (BIRCH, 1982).

A familiaridade com um determinado alimento não é uma característica inerente, mas é resultante das experiências com o mesmo. Segundo estudos de Birch (1992) e Pliner (1982), as crianças preferem alimentos que lhes são familiares em comparação àqueles que lhes são estranhos, com isso, a tendência é que consumam e prefiram os alimentos aos quais são rotineiramente expostas.

Baranowski (1999) verificou que tanto estar disponível quanto acessível é importante na escolha alimentar, ou seja, quando um alimento já se encontra pronto para o consumo, há uma maior probabilidade de que de fato eles sejam escolhidos pelas crianças. Birch e Fisher (1998) constataram que crianças pré-escolares ingeriam maior quantidade de frutas e verduras quando esses já estavam disponíveis em locais acessíveis e em porções prontas, uma vez que dificilmente estão aptas para pegar frutas num refrigerador, higienizá-las e fazerem uma salada de frutas, por exemplo.

Com isso, as escolhas dos alimentos, sua quantidade, o tempo e intervalo das refeições são estabelecidas primeiramente pela família. Dessa forma, a criança não se alimenta apenas pela sensação da fome, mas também pela sugestão do contexto social, de maneira que, principalmente a família, oferece refeições ditadas pela disponibilidade e concepções do que seria adequado para alimentação infantil, considerando ainda as preferências e vontades (BIRCH; FISHER, 1997; ROZIN, 1990).

Para Clark et al. (2007), as crianças não consomem aquilo que elas não gostam, exercendo um controle sobre sua ingestão alimentar, recusando ou aceitando um alimento específico. Quando a rejeição ocorre e por essa razão tem sua ingestão limitada, logo surge a preocupação nos pais de que nesse período de crescimento é importante ter uma alimentação variada, com isso, frequentemente passam a oferecer opções que os filhos aceitam, porém nem sempre tais opções ofertam um adequado aporte nutricional.

Esse tipo de comportamento pode levar ao desenvolvimento de restrições alimentares, como a recusa de consumo de vegetais, e, por consequência, a criança não recebe uma alimentação balanceada, implicando prejuízos em relação à saúde futura (DUKE et al., 2004). A dificuldade encontrada se baseia em fazer com que a criança passe a aceitar uma alimentação variada, aumentando e fazendo com que a mesma adquira novas preferências, uma vez que muitas delas apresentam aversão a novos alimentos e sabores, comportamento denominado de neofobia alimentar (KOIVISTO; SJÖDÉN, 1996).

A neofobia alimentar, também é definida como medo do novo ou recusa do novo (VIANA et al., 2008). Para Rozin (1990), a aprendizagem é o fator principal para o desenvolvimento do padrão alimentar, sendo firmado pelo processo de condicionamento, com isso, é possível diminuir a neofobia através de métodos de aprendizagem durante a alimentação e nos momentos em que essa está envolvida, fazendo com que a criança aprenda sobre fome e saciedade, sabores e quantidades a serem consumidas sempre respeitando o próprio corpo.

Em diversos estudos de Birch e Sullivan (1982, 1990, 1994), perceberam que as crianças estão sempre atentas quanto aos alimentos que preferem e àqueles que recusam, refletindo em certo poder sobre seus pais durante as refeições. Consideraram ainda que novos alimentos passam a ser aceitos quando há repetidas exposições dos mesmos, sendo as idades entre 2 e 5 anos as de maior facilidade para modificações definitivas na alimentação.

Para que essas mudanças sejam duráveis e por consequência tragam melhorias para a saúde, é necessário entender de que formas as escolhas alimentares da família determinam a ingestão e exposição para a criança e como essas escolhas se desenvolvem até a formação do hábito alimentar (LONGBOTTOM, 2002).

Pode-se dizer então que o desenvolvimento de preferências alimentares tem a influência dos pais por meio de estilos e práticas parentais na alimentação, do ambiente emocional durante as refeições, dos conhecimentos nutricionais dos pais, fatores culturais e socioeconômicos (COELHO, 2014).

4.3 Práticas parentais e a alimentação dos filhos

Sabe-se que fatores genéticos e ambientais podem interagir para produzir as preferências alimentares, mas a questão de como isso acontece é um problema complexo, já que os pais proporcionam tanto os genes da criança quanto o ambiente ao qual ela será exposta (OLIVEIRA et al., 2012).

Levando essa prerrogativa em consideração, é possível afirmar que os pais são o principal agente de socialização, moldando o comportamento e estilo de vida dos filhos, muitas vezes sendo guiados por suas próprias vivências (PETERS et al., 2014). Alguns autores concluem que pais ou cuidadores são responsáveis, em parte, pelo desenvolvimento de um comportamento alimentar não saudável retratado pelas crianças, e, para que esse tenha mudanças, é preciso primeiramente transformar o comportamento familiar, garantindo assim práticas alimentares favoráveis, pois apesar de não serem os únicos fornecedores de alimentos, os pais exercem papel fundamental principalmente nos anos iniciais da vida

(LORENZATO, 2012; COSTA et al., 2010; SILVA-SANIGORSKI et al., 2011; KIEFNER-BURMEISTER et al., 2014).

O momento de refeição familiar é quando a criança tem a chance de se alimentar com pessoas que lhe servem de modelo e dão atenção a sua alimentação, havendo interações tanto com elogios, com incentivos para comer, quanto chamando-as atenção por algum comportamento julgado como inadequado. Birch (1992), em um de seus estudos, sugeriu que os alimentos considerados de palatabilidade baixa, como os vegetais, são oferecidos, em suma, num contexto negativo, abrangendo pressão e coação para a criança comer. Diferente desse cenário, comidas açucaradas e com alto teor de sal e gorduras, são ofertados num contexto mais positivo, como por recompensa de um bom comportamento ou em interações positivas, o que aumenta a preferência para esses alimentos.

Apesar dos pais acreditarem estar fazendo o melhor pela saúde dos filhos, ao pressionar e coagir as crianças a comerem determinado alimento, fazem com que a preferência pelo mesmo seja cada vez mais diminuída, sendo o controle exercido normalmente objetivado a fazer a criança aumentar o consumo de uma alimentação variada ou diminuir o consumo daquilo que os pais consideram ruim. Com isso, a criança tende a gostar menos dos alimentos ingeridos por coação, mesmo que após seja oferecida alguma recompensa, resultando num comportamento de oposição (BIRCH; FISHER, 1997).

O ambiente em que a criança realiza as refeições quando positivo, aumenta o seu interesse pelo consumo de um prato com diferentes grupos alimentares, principalmente quando os pais servem de modelo comportamental e instrucional, favorecendo os laços afetivos e promovendo estabilidade emocional para a criação de um hábito. Quando negativo, pode levar à neofobia e ao ganho de aversões àqueles alimentos que são fornecidos nessas ocasiões (ROSSI et al., 2008).

Os modelos comportamentais e instrucionais dos pais se baseiam em estilos parentais (PINTO, 2014). Os comportamentos parentais relacionados à regulação da alimentação dos filhos caracterizam o controle parental alimentar, sendo classificado em: pressão para comer, controle restritivo e vigilância (MACHADO, 2014).

O controle parental alimentar tem a tendência de suprimir comportamentos inadequados ou incentivar os que são considerados adequados, sendo bastante comum que os pais combinem várias estratégias de controle adaptadas de acordo com suas vivências e as situações (PINHEIRO-CAROZZO et al., 2017). Apesar da classificação, na realidade as práticas parentais se baseiam na restrição de alimentos de alta palatabilidade, pressão para o

consumo de determinados grupos alimentares e a oferta de alimentos como recompensa (SCAGLIONI, 2008).

A pressão para comer ocorre quando se impõe o consumo de um alimento contra a própria vontade (ROBERT, 2002). Esse cenário apresenta dois lados: Um em que a criança é obrigada a ingerir mais alimentos, -mesmo quando satisfeita-, e outro em que há pressão para comer alimentos saudáveis. Apesar de que para os pais a coação inicialmente parece benéfica para a criança, a longo prazo se mostra com resultados negativos, nos quais a preferência pelo alimento pode não existir mais e haver o desenvolvimento de neofobia e transtornos alimentares (GALLOWAY et al., 2006). Estudos de Fisher (2002) demonstraram que altos níveis de pressão para comer estão associados a uma menor ingestão de frutas e verduras e uma maior ingestão de alimentos ultraprocessados, o que reflete negativamente na saúde futura.

A restrição de alimentos acaba sendo uma opção de pais que querem diminuir o consumo desses alimentos ultraprocessados (SKOUTERIS et al., 2011). Porém, em estudo de Birch (1999), houve a conclusão de que ao restringir esses alimentos, os mesmos se tornam mais atrativos. Assim, pode-se dizer que a restrição de comidas com elevada densidade energética pode levar ao aumento de seu consumo, levando a um provável desenvolvimento de DCNT (BIRCH; FISHER, 2000).

A oferta de recompensas relacionada à alimentação também é uma prática parental que influencia o desenvolvimento de preferências e o comportamento alimentar dos filhos. Estudos demonstraram que ao oferecer recompensas alimentares ao ato de comer determinado grupo alimentar, como frutas e legumes, ou comer tudo o que foi servido no prato, os alimentos utilizados como premiação se tornaram os preferidos, de forma a gerar novas recusas e preferências (BIRCH et al., 1982; BIRCH et al, 1984; NEWMAN; TAYLOR, 1992).

Segundo Skouteris (2011), práticas parentais como a disponibilização de alimentos saudáveis, conhecimentos nutricionais e a modelagem parental positiva constituem um forte fator para um comportamento alimentar infantil nutricionalmente adequado, bem como hábitos de exercício físico, distanciamento das neofobias alimentares e adequação do peso da criança.

Em contexto psicossocial, a formação do padrão alimentar de uma criança acaba por exigir dos pais uma efetiva presença como educadores nutricionais, de maneira que as interações do núcleo familiar refletirão nessa formação (GILLESPIE; ACTERBERG, 1989), especialmente os estilos parentais no momento das refeições, sendo necessária uma

modelagem positiva para que se aprenda sobre a fome, o que, quando e quanto comer (BIRCH, 1998).

Para se alcançar a possibilidade de realizar mudanças duráveis na alimentação das crianças e, por conseguinte, uma vida mais saudável, é preciso entender de que forma as predileções parentais determinam a ingestão alimentar dos filhos e como essas escolhas são desenvolvidas até a construção de um hábito (LONGBOTTOM, 2002).

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Desenho do estudo

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

5.2 Participantes

A amostra do estudo foi calculada levando em consideração a população total de nascidos vivos no período de 2015 a 2018 no estado de Pernambuco subtraída do número de crianças que morreram no mesmo período de tempo, como pode ser visualizado na tabela abaixo. O universo foi de 549.093 crianças de 3 a 6 anos, erro de 5% e 95% de intervalo de confiança, sendo a amostra final de 246 crianças, as quais foram representadas por seus pais ou responsáveis para coleta das respostas.

Tabela 1 - Dados para cálculo da amostra.

Faixas etárias	Nascidos Vivos (NC)/ residência	Mortalidade Infantil (MI)/ residência	Resultado (NC-MI)
2015 (6 anos)	145.024	162	144.862
2016 (5 anos)	130.733	168	130.565
2017 (4 anos)	135.932	290	135.642
2018 (3 anos)	138.317	293	138.024
Total	550.006	913	549.093

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, 2016, 2017 e 2018.

Para a aleatorização da amostra considerou-se as Regiões de Saúde do Estado de Pernambuco para a amostragem aleatória estratificada, para garantir uma representação proporcional da população em análise. Dessa forma, foram realizados os seguintes passos:

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

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

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

Tabela 2 - Dados par a aleatorização da amostra.

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

Fonte: SES-PE, 2021.

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

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

5.3 Procedimentos e Técnicas

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

5.3.1 Aspectos socioeconômicos e demográficos

A análise dos fatores socioeconômicos e demográficos foi realizada por meio de um questionário padronizado para esse estudo. Foram coletados dados como sexo, idade, ocupação profissional, cidade de residência, número de residentes na moradia, número de filhos, idade dos filhos e acerca de mudanças em tempos de pandemia, de forma a entender melhor o modo de vida atual e relacionar isso aos demais dados obtidos (ANEXO A).

5.3.2 Aspectos nutricionais e comportamentais

A avaliação antropométrica para avaliar o estado nutricional dos participantes foi realizada de maneira auto referida para comparar os resultados aos obtidos através dos questionários. Foi utilizado o Índice de Massa Corporal (IMC), para o qual se necessitou informações acerca do peso e altura dos pais e dos filhos. Também foi perguntado sobre a prática de exercício físico (ANEXO B).

O *Questionário sobre Hábitos Alimentares Infantis* (ANEXO C), baseado no modelo desenvolvido por Andrade, Gomes e Barros (2008), foi respondido pelos pais para avaliar o comportamento alimentar da criança em idade pré-escolar. O questionário consiste em três grupos de questões, onde um avalia o número de refeições diárias, outro a frequência de ingestão de comidas específicas e o último a variedade da alimentação, sendo respondidos através de escalas de 3 ou 4 pontos. A cotação pode variar entre 0 e 70, de forma que os valores mais elevados correspondem a hábitos alimentares mais saudáveis (>50%).

Foi aplicada também uma adaptação da *Escala de Neofobia Alimentar em Crianças* (ANEXO D), desenvolvida por Patricia Pliner (1994), consistindo na avaliação da vontade ou

rejeição de comer novos alimentos, cabendo aos pais responderem os traços de neofobia de seus filhos e a predisposição das crianças em experimentar algo novo. É respondido através de uma escala de 5 pontos, que vai de “Concordo completamente” até “Discordo completamente”. A partir disso, o resultado, que varia entre 10 e 50 pontos, representa o nível de neofobia da criança.

Por último, foi utilizada a *Escala de Comportamento dos Pais Durante as Refeições* (PMAS) (ANEXO E), sendo constituída por 31 questões divididas em nove grupos: Disponibilidade diária de frutas e hortaliças, modelo de consumo de guloseimas, uso de recompensa, muitas opções alimentares, redução de gordura, refeições especiais, limites para guloseimas, persuasão positiva e insistência para comer. O questionário é respondido através de uma escala de 3 pontos, tendo como opções: “Nunca”, “Às vezes” e “Sempre”. Quanto maior o escore obtido, que varia entre 1 e 3, mais frequente é o comportamento dos pais.

5.4 Análise dos Dados

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

5.5 Considerações Éticas

O presente estudo seguiu as normas e vigências estabelecidas pelo Conselho de Saúde na Resolução 466/2012 que trata sobre pesquisas com seres humanos no Brasil. Os indivíduos participantes foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos e métodos aqui empregados, e, mediante todas as dúvidas sanadas, os participantes concederam o consentimento de participação da pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO F).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco, sob número do CAAE 44672721.5.0000.5208 (ANEXO G).

6 RESULTADOS

6.1 Caracterização da amostra

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

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

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

Tabela 3 - Situação Profissional dos Participantes.

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

F.A. = Frequência Absoluta; F.R. = Frequência Relativa.

Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

Desses, 71,1% (n = 175) alegaram ter sua rotina de trabalho alterada, enquanto 28,9% (n = 71) permaneceram com a rotina inalterada durante a pandemia. Quanto aos motivos da alteração, 45,1% (n = 32) declararam aumento de carga horária; 2,8% (n = 2) diminuição de carga horária; 21,1% (n = 15) diminuição de renda; 11,3% (n = 8) foram demitidos e 19,7% (n = 14) tiveram suas atribuições divididas entre trabalho presencial e remoto. Observou-se que 35,4% (n = 87) dos participantes encontram-se em home office, enquanto 64,6% (n = 159) continuam trabalhando presencialmente. Com relação ao número de moradores na residência durante a pandemia, 4,9% (n = 12) afirmaram aumento, 1,6% (n = 4) diminuição e 93,5% (n = 230) que não houve alteração.

Os participantes que possuem 1 filho corresponderam a 40,6% (n = 100) da amostra, 2 filhos a 41,1% (n = 101), 3 filhos a 13% (n = 32) e mais de 3 filhos a 5,3% (n = 13). A média de idade desses foi de 6,64 (\pm 5,36), sendo a maior idade 37 anos e a menor 02 meses.

Tabela 4 - Participantes por Microrregião de Saúde de Pernambuco.

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

F.A. = Frequência Absoluta; F.R. = Frequência Relativa.

Fonte: A autora, (2021).

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

Da amostra recolhida, 45,9% (n = 113) das crianças de 3 a 6 anos são do sexo feminino e 54,1% (n = 133) do sexo masculino. A idade média constatada foi de 4,56 (\pm 1,25). A frequência de idades foi de 30,5% (n = 75) para 3 anos, 19,1% (n = 47) para 4, 14,2% (n = 35) para 5 e 36,2% (n = 89) para 6.

6.2 Dados antropométricos

Com a análise antropométrica, verificou-se que o peso médio dos pais/responsáveis foi de 70,79 kg (\pm 13,66), a altura média de 1,62 m (\pm 0,07) e o IMC médio de 26,9 kg/m² (\pm 5,21). Na Tabela 5 é possível visualizar a F.A. e a F.R.% da classificação nutricional dos adultos.

Tabela 5 - Classificação Nutricional dos Pais/Responsáveis.

	(F.A.)	(F.R.%)
18-59 anos		
Desnutrição	4	1,6%
Eutrofia	90	36,6%
Sobrepeso	83	33,7%
Obesidade Grau I	40	16,3%
Obesidade Grau II	18	7,3%
Obesidade Grau III	4	1,6%
\geq60 anos		
Baixo Peso	2	0,8%
Eutrofia	0	0%
Sobrepeso	5	2,1%
Total	246	100%

Fonte: A Autora, (2021).

Em relação às crianças, o peso médio foi de 22,46 (\pm 8,52) e a altura média de 1,22 (\pm 0,13). Com a avaliação de Estatura/Idade, Peso/Idade e IMC/Idade através das Curvas de Crescimento da OMS (WHO Child Growth Standards, 2006), foi possível verificar que 53,5% (n = 131) têm estatura adequada para a idade, 62,2% (n= 153) peso adequado para a idade e 36,2% (n = 89) IMC adequado para a idade. Destaca-se que 34,2% (n = 84) possuem peso elevado para a idade e 8,53% (n = 21) magreza acentuada de acordo com o índice IMC/Idade.

Na Tabela 6 é apresentada a frequência relativa (%) dos dados antropométricos das crianças.

Tabela 6 - Classificação Antropométrica dos Filhos de Acordo com as Curvas de Crescimento – OMS.

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

Fonte: A Autora, (2021).

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

6.3 Hábitos alimentares infantis

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

No tocante a frequência de consumo dos alimentos, destaca-se o consumo diário de frutas por 44,7% (n = 110), verduras por 36,6% (n = 90), leguminosas por 47,6% (n = 117), carnes vermelhas por 8,5% (n = 21) e carnes brancas por 19,5% (n = 48). Segundo os pais, há pouco consumo semanal por parte dos filhos de refrigerantes, *fast food* e doces,

correspondendo aos valores 54,9% (n= 135), 64,6% (n = 159) e 44,7% (n = 110), respectivamente.

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

As medidas descritivas (frequência, média e desvio padrão) do QHAI estão expressas na Tabela 7.

Tabela 7 - Medidas Descritivas do QHAI.

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

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

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

Frequência %

Média D.P.

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

D.V. = Desvio Padrão.

Fonte: A Autora, (2021).

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

Questionados sobre a alimentação dos filhos durante a pandemia de COVID-19, 82,9% (n = 204) dos pais afirmaram que o número de refeições aumentou e 17,1% (n = 42) que diminuiu. Sobre o comportamento alimentar, 22,3% (n = 55) declararam que mudou para melhor, 16,3% (n = 40) para pior e 61,4% que continuou igual. Dos 246 responsáveis, 40,7% (n = 100) alegaram o aumento do consumo de alimentos industrializados pelas crianças e 30,1% (n = 74) passaram a pedir delivery de alimentos com maior frequência.

6. 4 Neofobia alimentar em crianças

Na Tabela 8 estão presentes os dados obtidos na Escala de Neofobia Alimentar em Crianças, incluindo a frequência relativa de respostas às alternativas de cada item e a análise descritiva dos itens: Média e Desvio Padrão.

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

Tabela 8 - Frequência Relativa, Média e Desvio Padrão.

Itens	Frequência %					Média	D.P.
	1	2	3	4	5		
O(a) meu(minha) filho(a) sempre prova alimentos novos.	22,8	44,7	15,4	15,5	1,6	31,02	0,34
O(a) meu(minha) filho(a) é desconfiado(a) em relação a alimentos novos.	17,9	41,1	13	20,7	7,3		
Se o(a) meu(minha) filho(a) não souber o que tem em uma determinada comida ele(a) não a prova.	12,2	28,1	20,3	32,1	7,3		
O(a) meu(minha) filho(a) gosta de alimentos de outras culturas.	7,3	33,3	24,4	27,2	7,8		
Para o(a) meu(minha) filho(a), alimentos de outras culturas lhe parecem estranhos.	8,9	28,5	23,6	34,2	4,8		

Em festas é muito provável que o(a) meu(minha) filho(a) prove alimentos novos.	19,5	41,1	18,3	16,3	4,8
O(a) meu(minha) filho(a) tem receio de comer alimentos que nunca provou antes.	16,3	34,5	16,3	22,4	10,5
O(a) meu(minha) filho(a) estranha muito os alimentos que come.	10,6	21,1	21,1	31,3	15,9
O(a) meu(minha) filho(a) come praticamente qualquer alimento.	26	21,5	16,3	26,8	9,4
O(a) meu(minha) filho(a) gosta de ir a lugares que sirvam comida de outras culturas.	7,3	26	30,9	26,8	9

D.V. = Desvio Padrão.

1 – Concordo Totalmente; 2 – Concordo; 3 – Nem concordo, nem discordo; 4 – Discordo; 5 – Discordo Totalmente.

Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

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

6.5 Comportamento dos pais durante as refeições

Os dados descritivos obtidos na aplicação do questionário se apresentam na Tabela 9.

Para cada um dos domínios a pontuação varia entre 1 e 3, quanto mais próxima da máxima, mais frequente é o comportamento dos pais no que se refere a sua própria alimentação e também a dos filhos. O domínio de persuasão positiva apresentou o score mais alto, de 2,7 ($\pm 0,11$), já o mais baixo foi o de insistência para comer, se mostrando como um comportamento não tão recorrente, com score de 1,77 ($\pm 0,20$).

Tabela 9 - Dados da PMAS.

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

D.V. = Desvio Padrão.

1 – Nunca; 2 – Às Vezes; 3 – Sempre.

Fonte: A Autora, (2021).

7 DISCUSSÃO

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

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

Os resultados obtidos evidenciaram uma maior participação do sexo feminino, contando com certa de 88% da amostra total. Essa predominância pode ser explicada pelo fato de que as mães ainda apresentam maior responsabilidade e envolvimento nos cuidados e na alimentação dos filhos até os dias de hoje (WAGNER, 2005).

Cerca de 1/5 dos participantes da pesquisa se encontravam desempregados e 71% sofreram alterações em seus trabalhos devido a pandemia, e, ao passar mais tempo em casa, mudanças na rotina alimentar se tornaram possíveis, como no caso do aumento de refeições que foi afirmado pela maior parte dos participantes. Em estudos de Payab et al. (2015) e Leng (2017), dentre as mudanças negativas que podem ocorrer quando se passa por algum momento de privação social, pode-se citar o aumento no consumo de alimentos com alta densidade energética e alta concentração de açúcares e gorduras, também conhecidos como “*comfort foods*”. O aumento no consumo desses alimentos se deve ao aumento nos níveis de ansiedade e estresse, se relacionando com resultados negativos para a saúde da família.

Constatou-se aumento no consumo de alimentos industrializados tanto por parte dos pais quanto pelos filhos, bem como o aumento do consumo de *fast foods* por meio de delivery. Essa tendência pode acarretar numa mudança negativa nos hábitos alimentares durante o desenvolvimento infantil, de forma que a eficácia de controle parental em relação à quantidade e qualidade dos alimentos se torna cada vez mais reduzida. Resultados de diversos estudos sugerem que uma alta frequência de ingestão de alimentos nutricionalmente pobres em conjunto com uma modelagem parental inadequada, estão associadas a uma dieta propícia ao desenvolvimento de DCNT, como a obesidade e hipertensão (BURGESS-CHAMPOUX et al., 2009; VALDES et al., 2013).

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

sobrepeso e obesidade grau I. Já em análise antropométrica das crianças, 34,2% apresentaram peso elevado para a idade e 48% estão com sobrepeso ou obesidade, podendo esses dados serem correlacionados, uma vez que, no âmbito familiar, pais e filhos acabam por compartilhar hábitos associados à alimentação, favorecendo então uma direta relação com o estilo de vida e o estado nutricional (SAFER et al., 2001; ENGSTROM; ANJOS, 1996). Para Ribeiro, Colugnati e Taddei (2009), pela obesidade ou sobrepeso infantil ter relação com o ambiente e práticas alimentares de convívio, a maior caracterização é dada pelo lado materno, pelo fato das mães estarem mais envolvidas no crescimento e desenvolvimento dos filhos, principalmente na escolha, preparo e oferta das refeições.

A mesma proporção de pais e filhos (36%) foram classificados como eutróficos. Outra proporção também foi encontrada em relação a prática de exercício físico, que é praticado por cerca de 35%. Seabra et al. (2008b), em estudo de revisão concluíram que de 41 estudos analisados, 21 demonstraram a existência da agregação familiar nos hábitos da prática de atividade física dos filhos, o que evidencia que pais fisicamente ativos têm tendência a ter filhos igualmente ativos.

A partir da análise das respostas do Questionário sobre Hábitos Alimentares Infantis, foi verificado que os resultados médios indicam que no geral as crianças da pesquisa possuem hábitos alimentares adequados, principalmente considerando o número de refeições diárias, de forma que a maioria realiza as 3 refeições principais em casa, sendo esse um fator protetivo contra o desenvolvimento de obesidade (SHLOIM et al., 2015).

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

Foi percebido ainda que o consumo de carnes brancas se mostrou mais frequente que o de carnes vermelhas. Dentre as carnes, o peixe é o menos consumido entre as crianças, sendo ofertado apenas 1 variedade. Em um estudo que analisou a preferência de consumo de carnes no Brasil, a preferência por peixes na região do Nordeste foi de 24,7%, enquanto que na região Norte é de 70,7% (LOPES, 2016), o que reflete no resultado encontrado.

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

(>5). Na área da nutrição, uma alimentação é considerada saudável e balanceada quando engloba três fatores: moderação, equilíbrio e variedade. A diversidade na alimentação infantil pode ser considerada duplamente benéfica, uma vez que facilita o desenvolvimento físico e intelectual e também previne uma série de patologias futuras (SILVA-SANIGORSKI., 2011). Para que uma criança aceite uma alimentação diversificada, há a necessidade de repetidas exposições ao alimento, dependendo também da forma com que se aprende sobre determinado alimento e da associação que se faz dele em relação ao meio social e parental, sendo então importante que o modelo parental seja adequado para evitar que a dieta infantil se torne restrita e cheia de recusas (BIRCH; FISHER, 1997).

As crianças apresentaram nível moderado de neofobia alimentar (>50%), resultado esperado, uma vez que algum grau de aversão é comum durante a primeira infância, principalmente dos 3 aos 7 anos de idade (RAMOS; STEIN, 2000).

De acordo com os dados obtidos, a maior parte do público infantil da pesquisa não tem problemas em provar novos alimentos, porém, para isso há a necessidade em saber o que o alimento é ou o que o compõe, havendo também uma desconfiança e receio antes de provarem. Em ambientes festivos a probabilidade de experimentar novos alimentos é maior, incluindo os de outras culturas, aos quais tem maior tendência em gostar do que desgostar.

Esses resultados corroboram com pesquisas anteriores que indicam que a neofobia impacta diretamente no consumo de diferentes alimentos (COOKE et al., 2004; GALLOWAY et al., 2003), de forma que as crianças que expressaram maior nível de neofobia consomem menos frutas, verduras e carnes, além de consumir mais calorias pela substituição de alimentos, o que sugere que crianças neofóbicas têm dietas menos saudáveis que as crianças menos neofóbicas.

Em termos psicossociais, o padrão de alimentação infantil compreende a participação ativa dos pais como educadores nutricionais, sendo por meio de interações familiares ou através da modelagem parental, devendo então haver atenção com as estratégias utilizadas nos momentos de ensinar o que e quanto comer, pois essas desempenham papel fundamental no desenvolvimento do comportamento alimentar (GILLESPIE; ACTERBERG, 1989).

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

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

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

No domínio “Modelo de consumo de guloseimas”, foi verificado que parte considerável dos pais consomem refrigerantes e doces numa frequência moderada. É relevante apontar que diferente de adultos que realizam suas próprias escolhas alimentares, as crianças dependem dos seus responsáveis para realizarem esse consumo, sendo reflexo de sua modelagem parental (SILVA et al., 2016). O consumo de guloseimas realizado pelos pais demonstra associação aos hábitos alimentares infantis dessa pesquisa, uma vez que a frequência de ingestão desses alimentos pelas crianças também se mostrou regular, o que pode favorecer o desenvolvimento precoce de DCNT (JAIME; SANTOS, 2014).

Alguns estudos indicaram que o domínio “Redução de gordura” também pode se relacionar ao excesso de peso infantil em associação ao domínio “Refeições especiais”, principalmente quando a refeição do filho é diferente dos demais membros da família (VENTURA, 2008). Outras pesquisas (BROWN; OGDEN, 2008; WARDLE et al., 2002) que corroboram essa ideia, afirmam que estabelecer limites para a ingestão de alimentos ultraprocessados, sem os excluir totalmente da dieta infantil, se mostra mais eficaz do que impor práticas restritivas, como usar das estratégias de redução de gordura.

No tocante as “Refeições especiais”, foi verificado que a maioria dos pais consomem os mesmos alimentos que os filhos e oferecem uma refeição variada, mas que às vezes são ofertadas refeições diferentes da família. Apesar de grande parte das crianças realizarem as refeições em família, sendo um fator protetor contra o excesso de peso (D’AVILA et al., 2015), quando as preparações alimentares são realizadas de maneira diferenciada entre pais e filhos, pode contribuir na recusa de alguns alimentos, além de se relacionar com a presença de excesso de peso entre as crianças (PETTY et al., 2013), de modo que para se construir uma alimentação mais saudável, um aspecto a se considerar é o compartilhamento de refeições no núcleo familiar (SILVA et al., 2016).

O “Uso de recompensas” pode estar associado a neofobia alimentar nas crianças da pesquisa, estando esse domínio ligado aos padrões de aceitação alimentar infantil, dado que ambos tiveram resultados médios moderados. Pesquisas de Hendy et al. (2009) demonstraram que as recompensas podem ter efeito positivo ou negativo sobre a aceitação de novos

alimentos pelas crianças, dependendo da forma como foram oferecidas, por exemplo, os pais ao sentarem com os filhos à mesa, pode ser considerado um tipo de recompensa, tendo um efeito positivo por ter ligação com maior ingestão de frutas e verduras e menor ingestão de doces e refrigerantes (VEREECKEN et al., 2004).

Não foram encontradas correlações entre “Uso de recompensas” e “Muitas opções alimentares” à ingestão dos alimentos avaliados nessa pesquisa. Estudos experimentais verificaram que o uso de alimentos como recompensa resultou na diminuição da preferência pelo alimento-alvo, aumentando o hábito de consumo de doces e alimentos de alto teor energético (BIRCH et al., 1982; NEWMAN; TAYLOR, 1992). Em contrapartida, estudos mais recentes apontam que tal estratégia é eficiente em aumentar a aceitação e ingestão do alimento-alvo pelas crianças (HENDY et al., 2005; WARDLE et al., 2003).

O excesso de peso na infância se manifestou relacionado ao comportamento dos pais durante as refeições, bem como os hábitos alimentares infantis moderadamente saudáveis, IMC adequado e prática de exercício físico, estando em consonância com o estudo de revisão sistemática que divulgou a relação entre o estilo parental e o comportamento alimentar infantil (SHLOIM et al., 2015).

Algumas limitações precisam ser consideradas, como a possibilidade de contradições nas respostas dos pais quanto à realidade da própria alimentação e comportamento durante as refeições dos filhos e como de fato a alimentação da criança é. Em razão desse estudo seguir um modelo transversal, não foi possível estabelecer uma relação causal, nem resultados a longo prazo, podendo esses apresentar vieses pela ausência de multianálises. Devido a pandemia de COVID-19, ficou impossibilitada a avaliação antropométrica presencial, de modo que os dados para o cálculo de IMC foram auto referidos, o que pode influenciar nas interpretações dos resultados. Ademais, teria sido interessante acrescentar um questionário de nível socioeconômico para correlacionar esses dados a qualidade nutricional da alimentação dos participantes. Também é importante enfatizar que os resultados não devem ser extrapolados para toda a população brasileira, uma vez que a pesquisa foi aplicada em apenas um estado e o país conta com uma gigante diversidade cultural, comportamental e de hábitos. Apesar das limitações, a pesquisa foi conduzida com cuidado, obtendo uma gama de dados que podem ser aplicados em trabalhos futuros.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

Mais estudos deverão ser realizados em relação à influência parental no campo da nutrição, pois a literatura existente ainda é escassa, sendo os principais autores que abordam tal temática da área da psicologia. O trabalho multidisciplinar, entre nutricionistas e psicólogos, em muito ampliaria os conhecimentos acerca do comportamento alimentar, de forma que o tema seria visto em diferentes óticas, trazendo a possibilidade de desenvolver novas intervenções e tratamentos.

REFERÊNCIAS

- ADKINS, S. et al. Physical activity among african american girls: the role of parents and the home environment. **Obesity research**, USA: Los Angeles, v.9, n. 1, 2004.
- AGUIAR, C. R. R. A.; AGUIAR, M. J. L.; GUEDES, R.C. A. Bases neurofisiológicas e neuroquímicas do comportamento alimentar. In: ALMEIDA, S. S et al. **Psicobiologia do comportamento alimentar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2013.
- ANDRADE, G.; BARROS, L. **Questionário sobre Hábitos Alimentares**. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, 2010.
- BARANOWSKI, T.; CULLEN, K. W.; BARANOWSKI, J. Psychosocial correlates of dietary intake: advancing dietary intervention. **Annual Reviews of Nutrition**, Palo Alto, California, n. 17, 1999.
- BARBOSA, B. R. S. N.; SILVA, L. V. A mídia como instrumento modelador de corpos: Um estudo sobre gênero, padrões de beleza e hábitos alimentares. **Razón y Palabra**, Monterrei, Mexico, v. 20, n. 94, 2016.
- BENTON, D. Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. **International Journal of Obesity**, UK: Hampshire, v. 28, n. 7, 2004.
- BIRCH L., et al. Effects of instrumental consumption on children's food preference. **Appetite**. New York, v. 3, n. 2, 1982.
- BIRCH, L.; MARLIN, D.; ROTTER J. Eating as the "means" activity in a contingency: Effects on young children's food preference. **Child Dev**. New Jersey, v. 55, n. 1, 1984.
- BIRCH, L. Development of food preferences. **Annual Reviews of Nutrition**, Palo Alto, California v. 19, n. 1, 1999.
- BIRCH, L.; FISHER, J. O. Development of eating behavior among children and adolescents. **Pediatrics**, Springfield, v. 101, n. Supplement 2, 1998.
- BIRCH, L.; MARLIN, D. W. I don't like it; I never tried it: effects of exposure on two-year-old children's food preference. **Appetite**. London, v. 3, n. 4, 1982.
- BIRCH, L. Children's preferences for high fat foods. **Nutrition Reviews**, Washington, v. 50, n. 9, 1992.
- BIRCH, L. Psychological influences on the childhood diet. **The Journal of Nutrition**, Springfield, v. 128, n. 2, 1998.
- BIRCH, L. Development of Food Preferences. In: **Annual Reviews of Nutrition**. Palo Alto, v.19, n. 1, 1999.
- BIRCH, L. Acquisition of food preferences and eating patterns in children. **Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook**, New York, v. 77, n. 2, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvpe.def>. Acesso em 12 mar. 2020.

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

BROWN, K. A., et al. The role of parental control practices in explaining children's diet and BMI. **Appetite**, Londres, v. 50, n. 2-3, 2008.

BROWN, R.; ODGEN, J. Children's eating attitudes and behavior: A study of the modeling and control theories of parental influence. **Health Education Research**, Oxford: Washington, v. 19, n. 3, 2004.

BURGESS-CHAMPOUX, T. L., et al. Are family meal patterns associated with overall diet quality during the transition from early to middle adolescence? **Journal of nutrition education and behavior**, Hamilton, v. 41, n. 2, 2009.

CAMPBELL, K., et al. Maternal self-efficacy regarding children's eating and sedentary behaviours in the early years: associations with children's food intake and sedentary behaviours. **International Journal of Pediatric Obesity**, Colchester, v. 5, n. 6 2010.

CARVALHO, P. H. B., et al. Checagem corporal, atitude alimentar inadequada e insatisfação com a imagem corporal de jovens universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 2, 2013.

CLARK, H., et al. How do parents' child-feeding behaviour influence child weight? Implications for childhood obesity policy. **J Public Health**. Oxford, v. 29, n. 2, 2007.

COELHO, H. M., PIRES, A. P. Relações familiares e comportamento alimentar. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v.30, n. 1, 2014.

COOKE, L., et al. Demographic, familial and trait predictors of fruit and vegetable consumption by preschool children. **Public Health Nutrition**, Wallingford, v. 7, n. 2, 2004.

COTRIM, D. M. S.; COSTA NETO, S. B. Estudos sobre a percepção de autoeficácia parental: uma revisão de literatura. **Subjetividad y Procesos Cognitivos**, UCES: Buenos Aires, v. 25, n. 1, 2021.

D'AVILA G. L. et al. Associação entre estado nutricional da mãe e a frequência, local e companhia durante as refeições com o sobrepeso/obesidade de adolescentes da cidade de Florianópolis, Brasil. **Rev Bras Saude Mater Infant**. Recife, v. 15, 2015.

DE BRUM, A. P. S.; GRIFANTE, V. Trabalhando a boa alimentação nas fases iniciais da vida. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc Videira**, Videira, v. 2, 2017.

DOMÍNGUEZ, P. R. Development and acquisition of-flavor and food preferences in children: an update until 2010. **Journal of Food Research**, Richmond Hill, v. 3, n. 1, 2014.

DREWNOWSKI, A. P.; BARY, M. The nutrition transition: new trends in the global diet. **Nutr Rev**, Washington, v. 55, n. 2, 1997.

DUKE, R.; BRYSON, S.; HAMMER, L, Agras W. The relationship between parental factors at infancy and parent-reported control over children's eating at age 7. **Appetite**, New York, v. 43, n. 3, 2004.

ENGSTROM, E. M.; ANJOS, L. A. Relação entre o estado nutricional materno e sobrepeso nas crianças brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 3, 1996.

FISHER, J.; BIRCH, L. Parents' restrictive feeding practices are associated with young girls' negative self-evaluation of eating. **J Am Diet Assoc**, Chicago v. 100, n. 11, 2000.

FISHER, O. Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. **J Am Diet Assoc**, Chicago, v. 102, n. 1, 2002.

FREITAS, A. C. A. **Comportamentos alimentares relacionados com o apetite:** determinantes e efeitos no estado ponderal da criança. Trabalho de Conclusão de Curso (Ciências da Nutrição) - Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2016.

GALIOTI, J. B. **A importância da alimentação saudável e os hábitos das crianças em fase escolar.** Monografia (Especialização em Ensino de Ciências) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Medianeira, 2015.

GALLOWAY, A. T.; et al. 'Finish your soup': counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect. **Appetite**, New York, v. 46, n. 3, 2006.

GALLOWAY, A. T.; LEE, Y.; BIRCH, L.: Predictors and consequences of food neophobia and pickiness in young girls. **Journal of the American Dietetic Association**, Chicago, v. 103, n. 6, 2003.

GERARDS, S. M.; KREMERS S. P. The role of food parenting skills and the home food environment in children's weight gain and obesity. **Curr Obes Rep**. Philadelphia, v. 4, n. 1, 2015.

GILLESPIE, A. H.; ACTERBERG, C. L. Comparison of family interaction patterns related to food and nutrition. **J Am Diet Assoc**, Chicago, v. 89, n. 4, 1989.

HARNACK, L. et al. Association of cancer prevention-related nutrition knowledge, beliefs, and attitudes to cancer prevention dietary behavior. **Journal of the American Dietetic Association**, Chicago, v. 97, n. 9, 1997.

HARRIS, J. L.; BARGH, J. A.; BROWNELL, K. D. Priming effects of television food advertising on eating behavior. **Health Psychology**, Hillsdale, v. 28, n. 4, 2009.

HEARN, M. D. et al. Environmental influences on dietary behavior among children: availability and accessibility of fruits and vegetables enables consumption. **J Health Educ.** Thousand Oaks, v. 29, n. 1, 1998.

HENDY, H. M. et al. The Parent Mealtime Action Scale (PMAS). Development and association with children's diet and weight. **Appetite**, New York, v. 52, n. 2, 2009.

HUGHES, S. O.; POWER, T. G. Feeding styles and child eating behaviors: a multi-method approach. In: **Families, Food, and Parenting: Integrating Research, Practice and Policy**, New York, Springer, 1ª ed., 2021.

HURSTI, U. K. Factors influencing children's food choice. **Annals of medicine**, Helsinki, v. 31, n. sup1, 1999.

JAIME, P. C.; SANTOS, L. M. P. Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na Atenção Básica em saúde. **Divulg Saúde Debate**. Londrina, v. 51, 2014.

JORGE JÚNIOR, A. F. et al. Doenças crônicas não transmissíveis na infância. **Saúde Dinâmica**, FADIP: Ponte Nova, v. 2, n. 2, 2020.

KIEFNER-BURMEISTER, A. E, et al. Food consumption by young children: a function of parental feeding goals and practices. **Appetite**, Londres, v. 74, n. 6, 2014.

KOIVISTO, U. K.; SJÖDÉN, P. O. Reasons for rejection of food items in swedish families with children aged 2-17. **Appetite**, Londres, v. 26, n. 1, 1996.

LENG, G.; ADAN R. A .H. et al. The determinants of food choice. **Proc Nutr Soc**. Londres, v. 76, n. 3, 2017.

LONGBOTTOM, P. J., WRIEDEN, W. L., PINE, C. M. Is there a relationship between the food intakes of Scottish 51/2 81/2-year-olds and those of their mothers? **Journal of Human Nutrition and Dietetics**. Oxford, v. 15, n. 4, 2002.

LOPES, I. G.; DE OLIVEIRA, R. G.; RAMOS, F. M. Perfil do consumo de peixes pela população brasileira. *Biota Amazônia*, Macapá, v. 6, n. 2, 2016.

LORENZATO, Luciana. **Avaliação de atitudes, crenças e práticas de mães em relação à alimentação e obesidade de seus filhos através do uso do Questionário de Alimentação da Criança (QAC)**. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicobiologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

MACHADO, J. C.; COTTA, R. M.; SILVA, L. S. Abordagem do desvio positivo para a mudança de comportamento alimentar: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**. Washington, v. 36, 2014.

MELLER, F.O.; ARAÚJO, C. L. P.; MADRUGA, S.W. Fatores associados ao excesso de peso em crianças brasileiras menores de cinco anos. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, 2014.

- MINUZI, G. A.; POMMER, R. M. G. Reflexões iniciais sobre a alimentação das classes sociais. **RELACult-Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade**, Santa Maria, v. 5, 2019.
- MORAES, R. W. **Determinantes e construção do comportamento alimentar**: uma revisão narrativa da literatura. TCC (Bacharelado em Nutrição) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
- NEWMAN, J.; TAYLOR, A. Effect of a means-end contingency on young children's food preferences. **J Exp Child Psychol.**, New York, v. 53, n. 2, 1992.
- OLIVEIRA, A. S. et al. Hábitos alimentares de pré-escolares: a influência das mães e da amamentação. **Alim. Nutr.**, Araraquara, v. 23, n. 3, 2012.
- OLIVEIRA, E. M. T. **Os hábitos e as práticas alimentares dos pais de crianças em idade pré-escolar**. 2018. Tese (mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2018
- PARMENTER, K.; WARDLE, J. Development of a general nutrition knowledge questionnaire for adults. **Eur J Clin Nutr**, Londres, v. 53, n. 4, 1999.
- PAYAB, M.; et al. Association of junk food consumption with high blood pressure and obesity in Iranian children and adolescents: the CASPIAN-IV study. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 91, 2015.
- PEREIRA, C. M. **Possíveis contribuições das habilidades sociais no desenvolvimento infantil**. Trabalho de Conclusão de Curso. Caxias do Sul: UCS, 2020.
- PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Gerências Regionais de Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/gerencias-regionais-de-saude>. Acesso em 12 de março de 2020.
- PETERS, J. D.; et al. Parental influences on the diets of 2- to 5-year-old children: systematic review of qualitative research. **Early Child Educ J**. Basingstoke v. 12, n. 1, 2014.
- PETTY, M. L.; ESCRIVÃO M. A.; SOUZA A. A. Preliminary validation of the parent mealtime action scale and its association with food intake in children from São Paulo, Brazil. **Appetite**. São Paulo, v. 62, 2013.
- PINHEIRO-CAROZZO, N. P.; DE OLIVEIRA, J. H. A. Práticas alimentares parentais: a percepção de crianças acerca das estratégias educativas utilizadas no condicionamento do comportamento alimentar. **Psicologia Revista**, PUC: São Paulo, v. 26, n. 1, 2017.
- PINTO, H. M.; CARVALHO A. R.; SÁ E. N. Os estilos educativos parentais e a regulação emocional: Estratégias de regulação e elaboração emocional das crianças em idade escolar. **Análise Psicológica**. Lisboa v. 32, n. 4, 2014.
- PIRES, M. F. D. N., et al. A influência das práticas parentais no desenvolvimento da criança: Uma revisão de literatura. **AMazônica**, UFPA: Belém v. 22, n. 2, 2019.

PLINER, P. The effects of mere exposure on liking for edible substance. **Appetite**, New York, v. 3, n. 3, 1982.

PLINER, P. Development of measures of food neophobia in children. **Appetite**, New York v. 23, n. 2, 1994.

PLINER, P.; HOBDEN, K. Development of a Scale to Measure the Trait of Food Neophobia in Humans. **Appetite**, New York, v. 19, n. 2, 1992.

POULAIN, J. P.; PROENÇA, R. P. C. Abordagens metodológicas sobre os estudos de práticas alimentares. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 4, 2003.

POULAIN, J. P.; PROENÇA, R.; GARCIA, R. Abordagem metodológica para o diagnóstico de comportamento e práticas alimentares. In: GARCIA, R.; MANCUSO, A. **Mudanças alimentares e educação alimentar e nutricional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

PREISS, P.V.; SCHNEIDER, S. **Sistemas alimentares no Século XXI: debates contemporâneos**. Porto Alegre: UFRGS, 2020.

RAMOS, M. et al. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. Supl 3, 2000.

ROBERT-BATSELL W. et al. "You will eat all of that!": a retrospective analysis of forced consumption episodes. **Appetite**, Londres v. 38, n. 3, 2002.

ROMANELLI, G. O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, 2006.

ROSSI, A.; MOREIRA, E. A .M, RAUEN, M. S. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, 2008.

ROZIN, P. Development in the food domain. **Developmental psychology**, Bowling Green v. 26, n. 4, 1990.

RUSSEL, C.; WORSLEY, A. A Population-based Study of Preschoolers' Food Neophobia and Its Associations with Food Preferences. **Journal Nutrition Education and Behavior**. Hamilton, v. 40, n. 1, 2008.

SAFER, D. L. et al. Early body mass index and other anthropom. Re-lationships between parents and children. **International Journal of Obesity**. UK: Hampshire, v. 25, n. 10, 2001.

SALOMONI L, et al. Neofobia alimentar infantil: relação com as preferências alimentares e as características parentais. 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. **Psicologia, Saúde Doenças**. 2016

SANTANA, E. R.; SILVA, D. F. Uma abordagem socioantropológica do alimento como identidade cultural da Bahia. In: SEMINÁRIO DE ALIMENTAÇÃO E CULTURA NA BAHIA, 1, 2012., Feira de Santana. **Anais [...]** UEFS, 2012.

SCAGLIONI S.; SALVIONI M.; GALIMBERTI C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. **British Journal of Nutrition**. Cambridge, New York, v. 99, n. Supl. 1, 2008.

SCAGLIONI, S., et al. Determinants of children's eating behavior. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 94, n. Supl. 6, 2011.

SCAGLIUSI, F.A. et al. Tradução, adaptação e avaliação psicométrica da escala de conhecimento nutricional do National Health Interview Survey Cancer Epidemiology. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 4, 2006.

SEABRA, A.F. et al. Associations between sport participation, demographic and socio-cultural factors in Portuguese children and adolescents. **European Journal of Public Health**, Stockholm, v. 18, 2008b.

SHLOIM, N. et al. Parenting styles, feeding styles, feeding practices, and weight status in 4-12 year-old children: a systematic review of the literature. **Front Psychol**. Pully, v. 6, n. 1, 2015.

SILVA G. A.; COSTA K. A.; GIUGLIANI E. R. Infant feeding: beyond the nutritional aspects. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 92, n. Supl. 3, 2016.

SILVA-SANIGORSKI, A. et. al. Obesity prevention in the family day care setting: impact of the Romp & Chomp intervention on opportunities for children's physical activity and healthy eating. **Child Care Health Dev**. Oxford, v. 37, n. 3, 2011.

SILVEIRA, M. G. G. **Prevenção da obesidade e de doenças do adulto na infância**. Editora Vozes Limitada, 2017.

SKOUTERIS H., et al. Parental influence and obesity prevention in pre-schoolers: a systematic review of interventions. **Obesity Reviews**, Oxford v. 12, n. 5, 2011.

SULLIVAN, S. A.; BIRCH, L. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. **Pediatrics**. Springfield, v. 93, n. 2, 1994.

SULLIVAN, S. A.; BIRCH, L. Pass the sugar, pass the salt: experiences dictates preference. **Dev Psychol.**, Bowling Green, v. 26, n. 4, 1990.

TORAL, N.; SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, 2007.

VALDES, A. M., et al. Role of the gut microbiota in nutrition and health. **Bmj**, Londres, v. 361, 2018.

VENTURA, A. K.; BIRCH, L. Does parenting affect children's eating and weight status? **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, Londres, v. 5, n. 1, 2008.

VEREECKEN, C. A.; KEUKELIER, E.; MAES, L. Influence of mother's educational level on food parenting practices and food habits of young children. **Appetite**, New York, v. 43, n. 1, 2004.

VEREECKEN, C.; MAES, L. Young children's dietary habits and associations with the mothers' nutritional knowledge and attitudes. **Appetite**. New York, v. 54, n. 1, v. 54, 2010.

VIANA, V.; SANTOS, P. L.; GUIMARÃES, M. J. Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: uma revisão da literatura. **Psicologia, saúde e doenças**, Lisboa, v. 9, n. Supl. 2, 2008.

WAGNER, A., et al. Compartilhar tarefas? Papéis e funções de pai e mãe na família contemporânea. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília v. 21, n. 1, v. 21, 2005.

WARDLE, J. Eating behaviour and obesity. **Obesity Reviews**, Oxford, v. 8, n. 1, v. 8, 2007.

WARDLE, J., et al. Parent feeding style and the inter-generational transmission of obesity risk. **Obesity Research**, Baton Rouge, v. 10, n. 6, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development**. Genebra: WHO, 2006.

ANEXO A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES



PERGUNTAS ACERCA DO MODO DE VIDA

Responda a respeito de você:

Idade: _____
Sexo: Feminino () Masculino ()
Em que cidade você reside? _____
Qual a sua ocupação profissional: <input type="checkbox"/> Trabalho integral com contrato <input type="checkbox"/> Trabalho meio período com contrato <input type="checkbox"/> Autônomo/a <input type="checkbox"/> Licença maternidade/paternidade <input type="checkbox"/> Licença médica (longa duração) <input type="checkbox"/> Desempregado/a <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Outro, qual? _____
A sua carga de trabalho foi alterada recentemente devido à pandemia? () Sim () Não
Caso a resposta a pergunta anterior tenha sido sim, de que forma foi alterada? _____
Atualmente está trabalhando em homeoffice? () Sim () Não
Atualmente está em casa de: <input type="checkbox"/> Quarentena/Isolamento (teste positivo para o Covid-19 ou sintomas) <input type="checkbox"/> Isolamento social <input type="checkbox"/> Não se aplica (estou trabalhando normalmente)
Quantas pessoas residem em sua casa? _____
O número de pessoas com quem mora mudou por causa da pandemia? <input type="checkbox"/> Aumentou () Diminuiu () Sem alterações
Quantos filhos você têm? _____
Qual/is a/s idade/s do/s seu/s filho/s? _____
Seu filho continuou matriculado na escola durante a pandemia?

ANEXO B – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS DOS PARTICIPANTES



DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Esse questionário será respondido de maneira auto referida acerca da altura e peso da criança e de seu cuidador.

* Para responder as perguntas abaixo escolha apenas um dos seus filhos, caso tenha mais de um, entre as idades de 3-6 anos.

Idade do adulto responsável: _____ anos.	
Idade da criança: _____ anos.	Sexo: () F () M
Peso do adulto responsável:	
Altura do adulto responsável:	
Peso da criança:	
Altura da criança:	
Você pratica exercício físico?	() Sim () Não
Seu/sua filho(a) pratica exercício físico?	() Sim () Não

1.

ANEXO C – QUESTIONÁRIO SOBRE HÁBITOS ALIMENTARES INFANTIS



QUESTIONÁRIO SOBRE HÁBITOS ALIMENTARES INFANTIS (Adaptado de Andrade, Gomes e Barros, 2010)

Esse questionário expressa frases acerca dos hábitos alimentares do(a) seu(sua) filho(a). Você deve ler cada uma delas e avaliar a opção que melhor descreve a frequência com que os comportamentos indicados ocorreram no último mês. Para cada frase, a opção que lhe parecer mais adequada deve ser marcada.

Durante o fim de semana o(a) seu(sua) filho(a):				
	Nunca	Às vezes	Todos os dias	
Come o café-da-manhã				
Come o lanche da manhã				
Almoça				
Come o lanche da tarde				
Janta				
Durante a semana (de 2ª a 6ª feira), o (a) seu(sua) filho(a):				
	Nunca	1-2 vezes por semana	3-4 vezes por semana	Todos os dias
Come o café-da-manhã				
Come o lanche da manhã				
Almoça				
Come o lanche da tarde				
Janta				
Com que frequência o (a) seu(sua) filho(a) come os seguintes alimentos:				
	Nunca	Poucas vezes (até 2 vezes por semana)	Muitas vezes (3 vezes ou mais por semana)	Todos os dias
Água				
Refrigerantes				
Sucos Naturais				
Cafê				
Chá				
Carnes Vermelhas				
Carnes Brancas				
Peixe				

Ovos				
Frutas				
Verduras				
Leguminosas (feijão, ervilha, etc)				
Cereais (arroz, pão, massas, etc)				
Leite				
Queijo				
Iogurtes				
Doces ou guloseimas				
Fast-food (pizza, hambúrguer, etc)				
Sopa				
Alimentos com açúcar/sal adicionados à mesa				

Quantas variedades diferentes dos seguintes alimentos seu(sua) filho(a) come por semana?					
	Nenhuma	1 variedade	2-3 variedades	4-5 variedades	Mais de 5 variedades
Verduras					
Leguminosas					
Frutas					
Carne					
Peixe					
Laticínios					
Cereais e alimentos a base de cereais					

Andrade, G. e Barros, L. (2010). Questionário sobre Hábitos Alimentares. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa.

ANEXO D – ESCALA DE NEOFOBIA ALIMENTAR EM CRIANÇAS



ESCALA DE NEOFOBIA ALIMENTAR EM CRIANÇAS (Adaptado de [Pliner, 1994](#))

Esse questionário expressa frases acerca dos hábitos alimentares do(a) seu(sua) filho(a). Você deve ler cada uma delas e avaliar a opção que melhor descreve a frequência com que os comportamentos indicados ocorreram no último mês. Para cada frase, a opção que lhe parecer mais adequada deve ser marcada.

		Concordo Totalmente	Concordo	Nem Concordo Nem Discordo	Discordo	Discordo Totalmente
1.	O(a) meu(minha) filho(a) sempre prova alimentos novos.					
2.	O(a) meu(minha) filho(a) é desconfiado(a) em relação a alimentos novos.					
3.	Se o(a) meu(minha) filho(a) não souber o que tem em uma determinada comida ele(a) não a prova.					
4.	O(a) meu(minha) filho(a) gosta de alimentos de outras culturas.					
5.	Para o(a) meu(minha) filho(a), alimentos de outras culturas lhe parecem estranhos.					
6.	Em festas é muito provável que o(a) meu(minha) filho(a) prove alimentos novos.					
7.	O(a) meu(minha) filho(a) tem receio de comer alimentos que nunca provou antes.					
8.	O(a) meu(minha) filho(a) estranha muito os alimentos que come.					
9.	O(a) meu(minha) filho(a) come praticamente qualquer alimento.					
10.	O(a) meu(minha) filho(a) gosta de ir a lugares que sirvam comida de outras culturas.					

[Pliner, P. \(1994\). Development of Measures of Food Neophobia in Children. In: *Appetite*. V: 23,147-163.](#)

ANEXO E – ESCALA DE COMPORTAMENTO DOS PAIS DURANTE AS REFEIÇÕES



ESCALA DE COMPORTAMENTO DOS PAIS DURANTE AS REFEIÇÕES (Adaptado de Petty et. al, 2013)

Esse questionário expressa frases acerca do seu comportamento em relação ao(a) seu(sua) filho(a) e a alimentação. Você deve ler cada uma delas e avaliar a opção que melhor descreve a frequência com que os comportamentos indicados ocorrem. Para cada frase, a opção que lhe parecer mais adequada deve ser marcada.

		Nunca	Às vezes	Sempre
Disponibilidade diária de frutas e hortaliças	1.	Você dá frutas para o(a) seu(sua) filho(a) todos os dias		
	2.	Você come frutas todos os dias		
	3.	Você come verduras e legumes todos os dias		
Modelo de consumo de guloseimas	4.	Você toma refrigerante todos os dias		
	5.	Você come balas ou doces todos os dias		
	6.	Você come salgadinho todos os dias		
Uso de recompensas	7.	Você faz com que o momento de comer seja uma diversão para o(a) seu(sua) filho(a).		
	8.	Você dá para o(a) seu(sua) filho(a) um alimento preferido como prêmio por bom comportamento.		
	9.	Você oferece para o(a) seu(sua) filho(a) um brinquedo como um prêmio por bom comportamento.		
	10.	Você oferece para o(a) seu(sua) filho(a) uma sobremesa como prêmio por ele(a) comer toda a refeição.		
Muitas opções alimentares	11.	Você deixa o(a) seu(sua) filho(a) comer o que ele(a) quiser.		
	12.	Você deixa o(a) seu(sua) filho(a) colocar temperos ou molhos na comida como ele(a) quer.		
	13.	Você deixa o(a) seu(sua) filho(a) substituir um alimento por outro que ele(a) goste.		
	14.	Você deixa o(a) seu(sua) filho(a) escolher quais alimentos comer, mas apenas entre aqueles que você oferece a ele(a).		
Redução de gordura	15.	Você impede o(a) seu(sua) filho(a) de comer demais.		
	16.	Você faz mudanças na comida do(a) seu(sua) filho(a) para diminuir a quantidade de gordura.		

	17.	Você faz mudança na sua própria comida para diminuir a quantidade de gordura.			
Refeições especiais	18.	Você come os mesmos alimentos que o(a) seu(sua) filho(a).			
	19.	Você senta com o(a) seu(sua) filho(a), mas não come.			
	20.	Você prepara uma refeição ou alguma comida especial para o(a) seu(sua) filho(a) diferente daquela da família.			
	21.	Você coloca um pouco de cada alimento no prato do(a) seu(sua) filho(a).			
Limites para guloseimas	22.	Você estabelece limites quanto ao número de doces que o(a) seu(sua) filho(a) pode comer por dia.			
	23.	Você estabelece limites de quanto refrigerante o(a) seu(sua) filho(a) pode tomar por dia.			
	24.	Você estabelece limites de quanto salgadinho o(a) seu(sua) filho(a) pode comer por dia.			
Persuasão positiva	25.	Você diz para o(a) seu(sua) filho(a) o quanto você gosta de comida.			
	26.	Você diz para o(a) seu(sua) filho(a) que será bom o sabor da comida se ele(a) experimentar.			
	27.	Você diz para o(a) seu(sua) filho(a) que seus amigos ou irmãos gostam da comida.			
	28.	Você diz para o(a) seu(sua) filho(a) que um alimento vai deixá-lo saudável, inteligente e forte.			
Insistência para comer	29.	Você insiste para o(a) seu(sua) filho(a) comer mesmo que ele(a) diga que não está mais com fome.			
	30.	Você insiste para o(a) seu(sua) filho(a) comer quando ele(a) está com sono ou não está se sentindo bem.			
	31.	Você insiste para o(a) seu(sua) filho(a) comer quando ele está chateado.			

Dety, M.L., Escrivão M.A., Souza A.A. Preliminary validation of the Parent Mealtime Action Scale and its association with food intake in children from São Paulo, Brazil. *Appetite*. 2013; 62: 166-72.

ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **A INFLUÊNCIA PARENTAL NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE CRIANÇAS DOS TRÊS AOS SEIS ANOS DE IDADE**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Carmem Lygia Burgos Ambrósio, professora lotada no Centro Acadêmico de Vitória, Núcleo de Nutrição da UFPE, situado na Rua Alto do Reservatório, S/N – Bela Vista – CEP: 55608-680 - Vitória de Santo Antão-PE – cel. (81) 9 9926-5595 (inclusive ligações a cobrar) e (81) 3523-0670 (Secretaria do Centro Acadêmico de Nutrição – Vitória de Santo Antão – UFPE), e-mail: carmem.ambrosio@ufpe.com.

Também participam desta pesquisa: Cátia Sofia Botelho da Silva, investigadora júnior lotada no Campus de Gualtar do Centro de Investigação em Psicologia, Escola de Psicologia da Universidade do Minho, situado na Rua da Universidade, S/N, CEP: 4710-057 – Braga – cel. (+351) 91422-2396 e (+351) 253601100, e-mail: catiasbsilva@psi.uminho.pt e Gracielly Luanny Queiroz de Arruda, do curso de Nutrição, Centro Acadêmico de Vitória-UFPE, Telefone: cel. (81) 9 9845-3680, e-mail: gracielly.queiroz@ufpe.com.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O objetivo desse estudo é avaliar a influência de pais ou cuidadores no comportamento alimentar de crianças em idade escolar dos três aos seis anos de idade. O grupo a participar será constituído por pais de crianças em idade pré-escolar que irão responder questionários acerca do assunto.

Os questionários serão disponibilizados através da internet com o uso da plataforma Google Forms, onde você deverá responder de acordo com as orientações que acompanham cada um. Os questionários têm como objetivo obter dados acerca dos hábitos alimentares dos pais e de seus filhos e o comportamento dos pais e crianças sobre e durante as refeições.

A pesquisa oferecerá risco mínimo relacionado ao possível constrangimento durante a coleta dos dados, o que deverá ser minimizado pela sua realização de forma individual e privada. Os resultados da pesquisa permitirão esclarecer aspectos envolvidos nos hábitos alimentares correlacionados às influências realizadas entre pais e filhos, além da disseminação da informação acerca da manutenção de bons hábitos.

Como benefício, os voluntários estarão auxiliando na obtenção de dados para esclarecer aspectos envolvidos nos hábitos alimentares correlacionados às influências realizadas entre pais e filhos, além da disseminação da informação acerca da manutenção

de bons hábitos através de uma produção científica que colabore com os estudos do tema no Brasil.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (formulários do Google Forms), ficarão armazenados no computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br.**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO

(A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **A INFLUÊNCIA PARENTAL NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE CRIANÇAS DOS TRÊS AOS SEIS ANOS DE IDADE**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

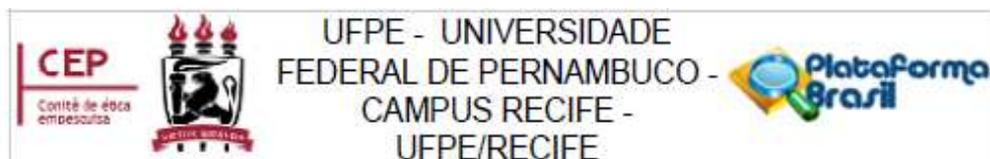
Assinatura do participante: _____

Impressão digital (opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa | e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXO G – PARECER DA PESQUISA APROVADO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A INFLUÊNCIA PARENTAL NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE CRIANÇAS DOS TRÊS AOS SEIS ANOS DE IDADE

Pesquisador: Carmem Lygia Burgos Ambrósio

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44672721.5.0000.5208

Instituição Proponente: Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

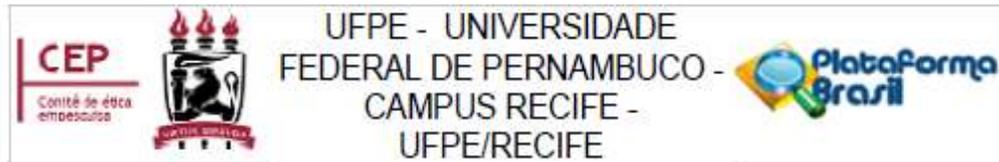
Número do Parecer: 4.856.047

Apresentação do Projeto:

Trata-se de TCC da aluna GRACIELLY LUANNY QUEIROZ DE ARRUDA, do CAV-UFPE, orientada pela Pro^{fa} Carmem Lygia Burgos Ambrósio e Co-orientada pela pro^{fa} Cátia Sofia Botelho da Silva.

A obesidade infantil em conjunto com outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são condições com prevalências cada vez maiores, estando relacionadas diretamente com problemas fisiológicos e psicológicos encontrados desde o início da vida (NUNES, 2011). A maior parte dos casos de adultos obesos tem início na primeira infância (AGRAS, 2004). Por essa razão, a intervenção já nessa fase é uma das melhores táticas para prevenir problemas futuros. Principalmente durante a infância uma dieta adequada se torna determinante para um crescimento e futuro saudáveis (CORKINS, 2016). O comportamento alimentar de uma criança é moldado sob diversos fatores, sendo construído pela sociedade e modificado por aspectos socioculturais (HURSTI, 1999). É a família o primeiro grupo social ao qual a criança tem contato e forma seus primeiros hábitos e valores, havendo então a necessidade de que esses cuidadores tenham atitudes e práticas alimentares saudáveis, de forma a desempenhar influências positivas na estruturação do hábito alimentar infantil (ZARNOWIECKI et al., 2012), que vai desde uma melhor aceitabilidade de novos alimentos até a formação de preferências sadias (BIRCH, 1999). As interações entre pais e filhos e o tipo de comportamento desses cuidadores em contexto alimentar, demonstram o importante papel que assumem na construção do padrão de alimentação

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, nº SN - 3º andar norte, Bloco B, antiga coordenação do curso médico.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 **E-mail:** cep@ufpe@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.656.047

das crianças. A pressão ou encorajamento à ingestão, a restrição de acesso ao alimento e a utilização de comida como recompensa são estratégias que a depender da maneira em que são empregadas podem culminar na melhora ou piora das neofobias (HUGHES et al., 2005). Apesar disso, pouco se sabe sobre como as influências parentais funcionam de fato (ADKINS et al., 2004), mas sabe-se que provavelmente elas transcendam o ambiente doméstico, sugerindo que o agir dos pais é de extrema importância na busca por um futuro saudável, mesmo também havendo influências externas (SALLIS et al., 1999). Com uma alimentação adequada durante a infância é possível que se construa fatores de prevenção contra doenças na fase adulta, como a obesidade e as outras DCNT.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a influência de pais ou cuidadores no comer emocional e nos hábitos alimentares de crianças em idade escolar dos três aos seis anos de idade nos municípios de Limoeiro e Vitória de Santo Antão do estado de Pernambuco.

Objetivo Secundário:

Analisar qualitativamente e quantitativamente as rotinas alimentares dos pais/cuidadores e de suas crianças; Avaliar a percepção dos pais/cuidadores ao nível do próprio comer emocional e dos seus filhos, e ao nível da autorregulação dos pais para com os filhos; Recolher dados acerca das crenças sobre alimentação saudável dos pais/cuidadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

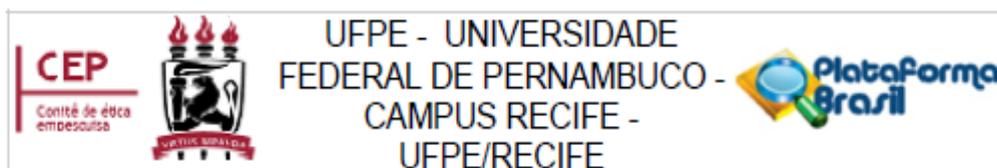
Como risco, há a possibilidade dos participantes se sentirem constrangidos durante o preenchimento dos questionários, podendo ser minimizado pela realização da coleta em total privacidade.

Benefícios:

Como benefício, os voluntários estarão auxiliando na obtenção de dados para esclarecer aspectos envolvidos nos hábitos alimentares correlacionados às influências realizadas entre pais e filhos, além da disseminação da informação acerca da manutenção de bons hábitos através de uma produção científica que colabore com os estudos do tema no Brasil.

A depender dos resultados dos questionários analisados, os respondentes receberão algumas recomendações nutricionais que contribuam com a melhoria de sua saúde e a de sua família.

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, nº SN - 3º andar norte, Bloco B, antiga coordenação do curso médico.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 **E-mail:** cephufpe@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.656.047

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo segue uma metodologia quantitativa, desenhado sob investigação transversal, de característica descritiva e analítica.

Participantes: A amostra do estudo foi calculada levando-se em consideração a população total de nascidos vivos no período de 2015 a 2018 no estado de Pernambuco subtraída do número de crianças que morreram no mesmo período. O universo foi de 549.093

crianças de 3 a 6 anos, erro de 5% e 95% de intervalo de confiança, sendo a amostra final de 248 crianças, as quais serão representadas por seus pais ou responsáveis para colheita das respostas dos questionários. Para a aleatorização da amostra considerou-se as Regiões de Saúde do Estado de Pernambuco para a amostragem aleatória estratificada, para garantir uma representação proporcional da população em análise. Primeiro identificou-se os estratos, que neste estudo foram as 12 microrregiões de saúde do estado de Pernambuco. Calculou-se o peso relativo (%) dessas microrregiões, com base no número de municípios de cada microrregião de saúde. A partir do número de participantes de cada estrato será realizado um procedimento de amostragem aleatória simples para escolher os sujeitos de cada estrato que irão integrar a amostra. Como maneira de alcançar a amostra definida, pretende-se realizar ampla divulgação através da internet.

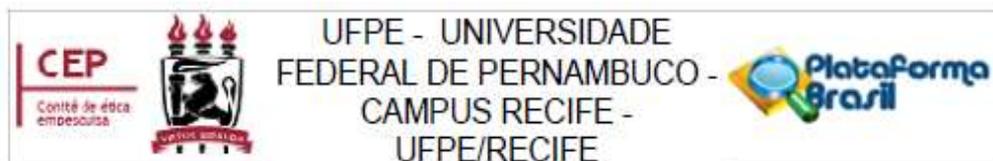
Pais e filhos com idade entre os três e seis

anos participarão do estudo respondendo questionários on-line na plataforma Google Forms referentes à percepção de hábitos e rejeições alimentares e suas correlações com a situação econômica em que estão inseridos. Na pesquisa, o critério de inclusão será a idade dos participantes, uma vez que deve estar compreendida entre os três e seis anos. Serão

excluídos os participantes com idade inferior ou superior ao que foi determinado, além dos casos em que as crianças apresentem alguma restrição alimentar ou que os questionários sejam respondidos incompletamente.

Instrumentos: Os instrumentos utilizados para esse estudo foram selecionados levando em consideração os objetivos e hipóteses levantadas, bem como a população a ser estudada. Os questionários de investigação serão adaptados e disponibilizados on-line na plataforma Google Forms. Os respondentes receberão instruções no início do documento para o correto preenchimento do questionário, estando o pesquisador disponível para esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam surgir.

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, nº SN - 3º andar norte, Bloco B, antiga coordenação do curso médico.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 **E-mail:** cepcutpe@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.656.047

Objetiva-se realizar uma avaliação antropométrica para avaliar o estado nutricional dos participantes será dada de maneira auto referida para comparar os resultados aos obtidos através dos outros questionários, com isso sendo possível verificar se de fato há correspondência entre o que foi respondido com a realidade.

Será utilizado o Índice de Massa Corporal (IMC), para o qual se necessita informações acerca do peso e altura. Posteriormente será aplicado o Questionário sobre Hábitos Alimentares Infantis será baseado no modelo desenvolvido por Andrade, Gomes e Barros (2008), onde pretende-se alcançar a validação por meio da aplicação nesta pesquisa, devendo ser respondido pelos pais e que busca avaliar o comportamento alimentar da criança em idade pré-escolar.

Também será aplicada uma adaptação da Escala de Neofobia Alimentar em Crianças, desenvolvida por Patricia Pliner (1994), para que seja validada no Brasil por meio da aplicação nesta pesquisa, consistindo na avaliação da vontade ou rejeição de comer novos alimentos. A versão a ser utilizada nessa investigação será semelhante à Escala de Neofobia Alimentar para adultos, que possibilitará aos pais responderem os traços de neofobia de seus filhos e a predisposição das crianças em experimentar algo novo. Por último, será utilizada a Escala de Comportamento dos Pais Durante as Refeições (PMAS), traduzida e validada preliminarmente no Brasil por Petty et. al (2013), objetivando compreender o comportamento dos pais/cuidadores durante as refeições.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1-folha de rosto-ok
- 2-projeto detalhado-ok
- 3-termo de confidencialidade-ok
- 4-declaração de vinculo -ok
- 5-TCLE correto após modificação-ok

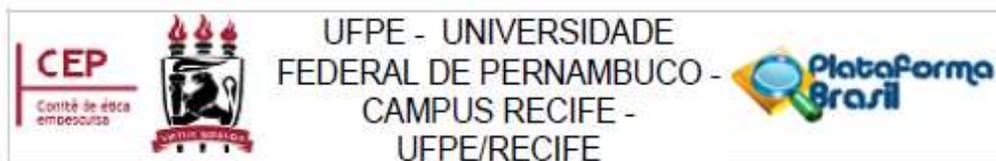
Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, nº SN - 3º andar norte, Bloco B, antiga coordenação do curso médico.
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-901
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-3743 E-mail: cep@ufpe@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.656.047

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1475368.pdf	13/04/2021 12:52:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_tcc_gracielly_arruda_modificado.pdf	13/04/2021 12:46:14	GRACIELLY LUANNY QUEIROZ DE ARRUDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.pdf	13/04/2021 12:43:59	GRACIELLY LUANNY QUEIROZ DE ARRUDA	Aceito

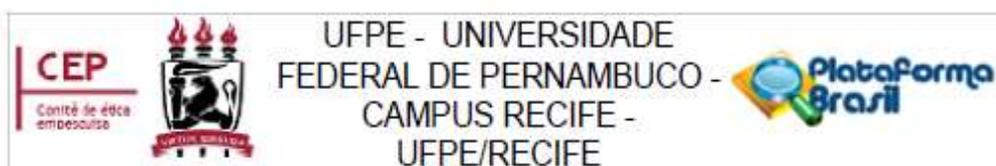
Endereço: Av. Professor Moraes Rego, nº SN - 3º andar norte, Bloco B, antiga coordenação do curso médico.

Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-901

UF: PE Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-3743

E-mail: cephcupe@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.656.047

Outros	CARTA_RESPOSTA_AS_PENDENCIA S.pdf	13/04/2021 12:41:53	GRACIELLY LUANNY QUEIROZ DE ARRUDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_tcc_gracielly_arruda.pdf	18/03/2021 08:41:06	GRACIELLY LUANNY QUEIROZ DE ARRUDA	Aceito
Outros	termo_de_compromisso.pdf	18/03/2021 08:39:42	GRACIELLY LUANNY QUEIROZ DE ARRUDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/03/2021 08:38:26	GRACIELLY LUANNY QUEIROZ DE ARRUDA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	18/03/2021 08:38:00	GRACIELLY LUANNY QUEIROZ DE ARRUDA	Aceito
Outros	curriculo_lattes_catia_silva.pdf	08/02/2021 01:57:55	GRACIELLY LUANNY QUEIROZ DE ARRUDA	Aceito
Outros	curriculo_lattes_carmem_burgos.pdf	28/01/2021 19:52:49	GRACIELLY LUANNY QUEIROZ DE ARRUDA	Aceito
Outros	curriculo_lattes_gracielly_arruda.pdf	28/01/2021 19:51:37	GRACIELLY LUANNY QUEIROZ DE ARRUDA	Aceito
Outros	carta_de_anuencia.pdf	28/01/2021 19:36:30	GRACIELLY LUANNY QUEIROZ DE ARRUDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 17 de Abril de 2021

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, nº SN - 3º andar norte, Bloco B, antiga coordenação do curso médico.
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-901
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-3743 E-mail: cep@ufpe@gmail.com