

RECUSA ALIMENTAR EM CRIANÇAS DE DOIS A QUATRO ANOS DE IDADE NOS CREIS DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA

FOOD REFUSAL IN CHILDREN AGED TWO TO FOUR YEARS OLD IN JOÃO PESSOA'S CREIS

LARISSA LEITE FILGUEIRA¹
LUCIANE SPINELLI DE FIGUEIREDO PESSOA²
¹Graduanda do curso de Fonoaudiologia UFPB
²Professora. Dra. adjunta do curso de Fonoaudiologia UFPB

RESUMO: *Objetivos:* Este estudo buscou investigar a prevalência da recusa alimentar em crianças de dois a quatro anos de idade nos Centros de Referência em Educação Infantil (CREIS) do município de João Pessoa PB, bem como, verificar as estratégias que vem sendo utilizadas pelos educadores para introdução alimentar. *Métodos:* Tratou-se de um estudo de campo, transversal, com abordagem quantitativa. Realizado em 40 CREIS previamente sorteados, através de aplicação de uma entrevista semi-estruturada com 135 profissionais responsáveis pela oferta da alimentação das crianças. Foram excluídas respostas referentes aos hábitos alimentares de crianças com síndromes, doença neurológica e deformidades craniofaciais. *Resultados:* Obteve-se uma amostra de 3.516 crianças. Desta, 44 foram identificadas pelas professoras como apresentando recusa alimentar, sendo a prevalência de 1,25%. Dentre as estratégias utilizadas pelas professoras/cuidadoras foram citadas com predomínio: conversa e brincadeira. *Conclusão:* A prevalência de crianças com recusa alimentar foi maior no sexo masculino. Com base nos dados encontrados percebe-se que é fundamental implementar medidas de promoção sobre o momento da alimentação nos CREIS, capacitar os profissionais sobre quais condutas e estratégias podem estar utilizando. Releva-se ainda a importância de ações envolvendo a alimentação e sua influência no desenvolvimento das funções orais. Sugere-se que sejam realizadas pesquisas futuras devido à escassez de estudos na área.

DESCRITORES:

Alimentação; Escolares; Fonoaudiologia; Hábitos Alimentares;

ABSTRACT: *Objectives:* This study aimed to investigate the prevalence of food refusal in children aged two to four years old in the city of João Pessoa's CREIS, as well as to verify the strategies that have been used by educators for food introduction. *Methods:* This was a cross-sectional field study with a quantitative approach. It was conducted in 40 previously selected CREIS, through the application of a semi-structured interview with 135 professionals responsible for offering the children's food. Responses regarding the eating habits of children with syndromes, neurological diseases and craniofacial deformities were excluded. *Results:* A sample of 3,516 children was obtained. Of these 44 were identified by the teachers as having food refusal, being the prevalence 1.25%. Among the strategies most used by teachers/caregivers were predominantly cited: talking and playing. *Conclusion:* The prevalence of children with food refusal was higher in males. Based on the data found, it is clear that it is essential to implement measures to promote the feeding moment in CREIS, to train professionals on what behaviors and strategies they may use. It is also emphasized the importance of actions involving food/eating and its influence on the development of oral functions. Future researches are suggested due to the lack of studies in the area.

DESCRIPTORS:

Feeding; Schoolchildren; Speech-Language Therapy; Eating Habits;

Introdução

O alimento, além de ter papel fundamental no crescimento e desenvolvimento, relaciona-se com aspectos sociais e interativos do sujeito, visto que a refeição se configura como um ritual no qual as pessoas podem se encontrar e manifestar trocas interativas, inicialmente, entre mães e filhos¹. Deste modo, criar bons hábitos alimentares desde a infância é importante, pois é nela que temos o primeiro contato com os diversos tipos de alimentos, e os hábitos que forem adquiridos nesse período podem acompanhar a criança por toda vida ou influenciar, de alguma forma, nos seus costumes²⁻³⁻⁴.

Sabe-se que a alimentação, além de exercer influência sobre o crescimento craniofacial, auxilia no desenvolvimento da musculatura orofacial e nas funções do sistema estomatognático (SE)⁵.

Após os seis meses de vida, apenas o leite materno já não é suficiente para atender as necessidades nutricionais da criança. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a criança seja alimentada exclusivamente com o leite materno até o sexto mês de vida⁶ e orienta que passando esse período, seja realizada a introdução alimentar de forma gradativa, permanecendo com a amamentação até os dois anos de vida⁷.

No entanto, esse momento é considerado como um dos maiores desafios enfrentados pelos pais, uma vez que esta possibilita novas experiências à criança⁸. Em paralelo aos desafios enfrentados pelos pais, as crianças também passam por dificuldades. Começam a lidar com alimentos de consistências nunca provados e passam a ter contato com texturas e sabores que até então eram desconhecidos, além de aperfeiçoarem suas habilidades de mastigação e deglutição⁹.

Ainda assim, o período de introdução alimentar nem sempre é assistido de perto pelos pais, em alguns casos as crianças passam o dia inteiro nos Centros de Referência em Educação Infantil (CREI), sendo observadas, na maior parte do dia, pelos cuidadores/professores. Deste modo, faz-se necessário o conhecimento desses educadores em relação à introdução alimentar¹⁰.

A família, juntamente aos cuidadores, tem papel primordial na formação e estruturação destes hábitos, uma vez que são os responsáveis por prepararem as primeiras refeições dessas crianças, como também o desenvolvimento de sua rotina de alimentação¹¹. Pois, as crianças acabam consumindo os alimentos que conhecem e têm fácil acesso em casa. Essa familiaridade com os alimentos faz com que elas os prefiram, a alimentos desconhecidos, por serem frequentemente expostas aos

primeiros¹². É importante aconselhá-los a exporem os alimentos de forma consistente e repetidas vezes. Os alimentos devem ser oferecidos de 8 a 15 vezes sem pressão para alcançar aceitação¹³.

A recusa alimentar acontece comumente na primeira infância. Caracteriza-se por condutas como: demorar a comer, tentar negociar o alimento, fazer birras, entre outros¹⁴. No entanto, algumas crianças persistem com esse desempenho pelas demais fases da vida, apresentando a seletividade alimentar (SA), que é caracterizada por um consumo alimentar extremamente limitado e grande resistência em experimentar novos sabores¹¹.

Durante esse período alguns pais se sentem confusos quanto a quem recorrerem quando um filho apresenta recusa alimentar, o que pode vir a dificultar o início e sucesso do tratamento. Em contrapartida, muitos profissionais da saúde não sabem identificar quando há de fato uma dificuldade que esteja impossibilitando essa criança de se alimentar e quando e a qual profissional recorrerem¹⁵.

Desse modo, a atuação fonoaudiológica nos casos de recusa alimentar tem como foco a identificação dos fatores causais, buscando estratégias que possam promover uma alimentação apropriada a fim de garantir um estado nutricional adequado por meio da correção de possíveis alterações oromiofuncionais¹⁵. Primeiramente, o fonoaudiólogo necessita identificar quais as características motoras orais presentes na criança e quais características sensoriais dos alimentos que fazem parte da sua rotina¹⁶. O sucesso da intervenção também depende da colaboração da família e das demais pessoas que atuam diretamente com a criança, promovendo as mudanças necessárias¹⁷.

O estudo foi realizado devido à necessidade de verificarmos não só a prevalência da recusa alimentar na infância, como também as estratégias que vêm sendo utilizadas para a introdução alimentar.

Diante do exposto, o presente trabalho tem por objetivo principal investigar a prevalência da recusa alimentar em crianças de dois a quatro anos de idade nos CREIS do município de João Pessoa-PB.

Métodos

Previamente à execução, este estudo foi submetido à apreciação e autorização do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos CCS/UFPB sendo aprovado (CAAE 65696217.0.0000.5188). Trata-se de um estudo de campo, transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em 40 CREIS do município de João

Pessoa-PB. O período em que a coleta foi realizada deu-se entre maio e julho de 2019.

A seleção da amostragem quantitativa ocorreu mediante levantamento prévio. Para a seleção dos CREIS foi realizado sorteio dentre todos do município. Obteve-se duas amostras, uma constituída por entrevistas realizadas com 135 professores/responsáveis e outra composta pela população de crianças matriculadas nos CREIS do município de João Pessoa, uma amostra de 3.516 crianças.

Foram incluídos na pesquisa professores/funcionários regular dos CREIS. Foi utilizado como critério de exclusão, respostas referentes aos hábitos alimentares de crianças com síndromes, doença neurológica e deformidades craniofaciais.

Inicialmente, os participantes receberam informações sobre o objetivo da pesquisa e assim puderam sanar suas dúvidas em relação ao estudo. Todos os voluntários foram solicitados a ler e, caso concordassem com o seu conteúdo assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Seguia-se entrevistando o responsável pela alimentação. Após aplicação da entrevista, realizava-se uma breve explicação sobre o que de fato é a recusa alimentar. Logo era perguntado ao professor/responsável se haviam alunos com recusa alimentar em suas respectivas turmas, caso a resposta fosse negativa a pesquisa estava encerrada. No caso de resposta positiva seguia-se para aplicação de um questionário com perguntas específicas sobre a alimentação da criança informada.

Ao final da pesquisa foram entregues folders para todos os entrevistados com informações sobre o assunto. Para aqueles professores/responsáveis que notificaram crianças com recusa foi entregue uma carta com orientações para os pais. Também foram entregues folders na recepção/direção dos CREIS para os demais funcionários e interessados.

Os dados foram categorizados e alocados em planilha digital, em seguida foi realizada análise estatística descritiva, através do software estatístico R.

Resultados

A média de idade dos entrevistados na amostra foi de $42,10 \pm (7,69)$, sendo a idade mínima 21 anos e a máxima 61. O nível de escolaridade variou conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1. Nível de Escolaridade dos Entrevistados.

Escolaridade	N	%
Fundamental Incompleto	2	1,5
Médio Incompleto	1	0,7
Médio Completo	12	8,8
Superior Incompleto	16	11,7
Superior Completo	88	64,2
Pós-graduação	16	11,7

Durante a entrevista responderam as seguintes perguntas: “Você já participou de algum curso/formação para compreensão da introdução alimentar?”. “Você se considera capaz de identificar quando uma criança não gosta de determinado alimento e quando apresenta recusa alimentar?”.

Para tal resultado foi utilizado o teste de associação de Kendall, conforme apresentado na tabela de contingência – Tabela 2.

Tabela 2. Respostas referentes à participação em curso/formação e capacidade para diferenciar quando a criança não gosta de determinado alimento e quando apresenta recusa alimentar.

Capacidade Para Diferenciar	Sim	Não	
1. Com Formação	53	7	
2. Sem Formação	57	18	
Total	110	25	135

FONTE: Dados da pesquisa

Para a questão 1: 53 responderam que têm formação e são capazes de diferenciar e 7 responderam ter formação, mas não ter capacidade para diferenciar.

Para questão 2: 57 não têm formação, mas dizem ser capazes de diferenciar e 18 não tem formação e dizem não ter capacidade para diferenciar.

A Tabela 3 diz respeito a informações referentes às estratégias utilizadas quando a criança não quer comer determinado alimento. Ressalta-se que os entrevistados poderiam comentar mais de uma estratégia.

Tabela 3. Estratégias utilizadas quando a criança não quer comer determinado alimento.

Estratégias Utilizadas	N	%
Conversa	58	43
Brincadeira	52	39
Substitui o Alimento	42	31
Incentivo	40	30
Oferece o Alimento na Boca	7	5
Retira do Prato o Que Não Come	5	4
Canta Música	5	4
Nunca Precisou Usar	3	2
Conversa Com Os Pais	3	2

Insiste	2	1
Pede Para Experimentar	2	1

Da amostra de 3.516 crianças, 44 foram identificadas pelas professoras como apresentando recusa alimentar. A média de crianças por turma foi de $26 \pm (5.13)$.

Deste modo, nessa amostra a prevalência de crianças com recusa alimentar foi de 1,25% durante o período de maio a julho de 2019. Com relação ao sexo, a prevalência foi significativamente maior no sexo masculino conforme exibido na Tabela 4.

Tabela 4. Sexo das crianças identificadas com recusa alimentar.

Sexo	N	%
Masculino	33	75
Feminino	11	25

Por fim, no Gráfico 1 são descritos respostas referentes à pergunta realizada quando identificada crianças com recusa alimentar: A criança apresenta dificuldade em alguma consistência específica?

Gráfico 1. Respostas referentes a crianças com dificuldades em consistências específicas.



Discussão

Com base nos resultados relacionados ao nível de escolaridade dos entrevistados, tivemos o nível superior completo (64,2%) em predominância seguido do superior incompleto (11,7%) e pós-graduação (11,7%). Ao mesmo tempo em que alguns possuem diploma de nível superior ou médio, outros contam com suas experiências de vida²⁰.

Houve associação fraca em relação à participação em cursos/formação e capacidade para diferenciar o fato da criança não gostar do alimento da recusa alimentar, o que significa que a formação não necessariamente auxiliou a segurança para identificar crianças com recusa. Do mesmo modo que a não participação em cursos/formação não influenciou nas respostas positivas das entrevistadas. Sendo assim, acredita-se que muitas delas responderam “sim” para capacidade de diferenciar por meio de senso comum.

Tratando-se das estratégias utilizadas para o aceite dos alimentos, as entrevistadas poderiam citar quantas quisessem, o predomínio das estratégias deu-se entre conversa (43%) e brincadeiras (39%), mas, ainda assim, houve respostas como “eu insisto até ele comer”, o que demonstra a falta de preparo dessas cuidadoras para lidarem com situações como essa. Portanto, há necessidade de promover capacitações voltadas à introdução alimentar.

Encontrou-se como resultado na amostra de 3.516, 44 crianças identificadas pelas entrevistadas com recusa alimentar, uma prevalência de 1,25%. Um fator que pode ter sido influenciador nesse resultado é a questão socioeconômica dos bairros em que se localizam os CREIS sorteados.

Foi observado que em bairros considerados de classe baixa, o índice de crianças identificadas com recusa foi menor, as entrevistadas vez ou outra referiam que as crianças só iam para o CREI devido a alimentação fornecida, e por esse motivo, não apresentavam recusa. Em contrapartida, verificou-se que em alguns CREIS localizados em bairros considerados de classe média alta, o índice de crianças com recusa foi maior, as pesquisadas chegaram a relatar que algumas crianças levavam o seu próprio lanche, o que não é permitido pelos CREIS. Destaca-se que, sob esse dado, não foi realizada uma análise estatística, foi um aspecto percebido pelas pesquisadoras.

No presente estudo a diferença da predominância de recusa alimentar entre os sexos se mostrou significativa para o sexo masculino, porém no estudo de¹⁸ foi verificado que as mulheres apresentavam um índice de rejeição maior que o sexo

oposto. Em sentido contrário¹⁹ obtiveram altos índices de recusa entre o sexo masculino.

Em relação às dificuldades encontradas nas consistências, verificou-se predomínio na dificuldade para o sólido. No estudo realizado por Medeiros, Maciel e Mota⁵ foi possível verificar o predomínio do consumo de alimentos menos consistentes na dieta alimentar de 58,67% de 75 crianças de 4 a 6 anos, o que vai de acordo com o resultado encontrado no presente estudo, pois o líquido não foi citado enquanto uma dificuldade, sendo provavelmente a preferência dessas crianças por ser um alimento de ingestão mais fácil. Contudo, sabe-se que uma dieta alimentar pouco consistente pode trazer prejuízos a essas crianças, levando-as a falta de capacidade muscular, fazendo com que elas tenham preferência pelos alimentos mais pastosos, criando assim um ciclo vicioso entre a mastigação deficitária e as alterações criadas por ela. Deste modo, o fonoaudiólogo pode contribuir para o bom desenvolvimento das habilidades alimentares com a finalidade de promover o adequado crescimento e desenvolvimento orofacial, introduzindo corretamente as consistências alimentares para cada fase do bebê²¹.

Com base nos dados encontrados conclui-se que é fundamental implementar medidas de promoção sobre o momento da alimentação nos CREIS. Releva-se a importância de ações envolvendo a alimentação e sua influência no desenvolvimento das funções orais.

Conclusão

O estudo mostra que a prevalência de crianças com recusa alimentar nos CREIS do município de João Pessoa-PB foi de 1,25% e, quando indicados com recusa, o sexo mais acometido foi o masculino. Verificou-se que a participação ou não em cursos ou formações sobre a introdução alimentar não necessariamente auxiliou na segurança para reconhecerem crianças com recusa alimentar.

Dentre as estratégias mais utilizadas pelas professoras/cuidadoras foram citadas com predomínio a conversa e a brincadeira, o que se pode considerar positivo, pois sabe-se que é necessário investir em atividades lúdicas para lidar com situações como estas, portanto, os procedimentos citados por elas mostram-se eficazes.

Recomenda-se, ações que integrem o currículo escolar e sejam planejadas por uma equipe multiprofissional, incluindo o Fonoaudiólogo.

É importante destacar que há ausência de estudos dessa natureza o que limitou a comparação dos resultados.

Provavelmente, a continuidade do trabalho, com maior representatividade amostral, possibilitará resultados mais consistentes. Sugere-se que sejam realizadas pesquisas futuras devido à escassez de estudos na área.

Referências

1. Ferioli BHVM. Associação entre as alterações de alimentação infantil e distúrbios de fala e linguagem. *Rev Cefac*. 2010; 12(6):990-997.
2. Neu PA, Silva AMT, Mezzomo CL, Stella ARB. Aleitamento: Relação com hábitos de sucção e aspectos socioeconômicos familiares. *Rev Cefac*. 2014; 16(3):883-891.
3. Maranhão HS, Aguiar RC, Lira DTJ, Sales MUF, Nóbrega NAN. Dificuldades alimentares em pré-escolares, práticas alimentares pregressas e estado nutricional. *Rev Paul Pediatr*. 2017; 36(1):45-51.
4. Marinho LMF, Capelli JCS, Rocha CMM, Bouskela A, Carmo CN, Freitas SEAP et al. Situação da alimentação complementar de crianças entre 6 e 24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica de Saúde de Macaé, RJ, Brasil. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(3):977-986.
5. Medeiros JS, Maciel CRB, Motta AR. Levantamento dos hábitos alimentares de crianças de 4 a 6 anos: base para um trabalho preventivo- comunitário. *Rev Cefac*. 2005; 7(2):198-204.
6. Lopes WC, Marques FKS, Oliveira CF, Rodrigues JA, Silveira MF, Caldeira AP et al. Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. *Rev Paul Pediatr*. 2018; 36(2):164-170.
7. Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad. Saúde. Pública*. 2008; 24(2): 235-246.
8. Vendruscolo JF, Bolzan GM, Crestani AH, Souza APR, Moraes AB. A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil. *Distúrbios da Comunicação*. 2012; 24(1):41-52.
9. Filho RF. Quando a criança não quer comer. In: Silva HJ, Tessitore A, Motta AR, Cunha DA, Felix GB, Marchesan IQ. *Tratado de Motricidade Orofacial*. 1ª.ed. São José dos Campos-SP: Pulso Editorial; 2019, p. 171-175.
10. Trevisan CL. Práticas e conhecimento dos educadores infantis sobre alimentação complementar nos centros municipais de educação infantil de Foz do Iguaçu/PR, [Dissertação de Mestrado]. Foz do Iguaçu: Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2017. (89p).
11. Sampaio ABM, Nogueira TL, Grigolon RB, Roma AM, Pereira LE, Dunker KLL. Seletividade alimentar: uma abordagem nutricional. *J. Bras. Psiquiatr*. 2013; 62(2): 164-170.

12. Rossi A, Moreira EAM, Rauen MS. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Rev. Nutr.* 2008; 21(6):739-748.
13. Kerzner B, Milano K, MacLean WC, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *Pediatrics.* 2015;135(2):344-353.
14. Junqueira P, Maximino P, Ramos CC, Machado RHV, Assumpção I, Fisberg M. O papel do fonoaudiólogo no diagnóstico e tratamento multiprofissional da criança com dificuldade alimentar: uma nova visão. *Rev Cefac.* 2015; 17(3):1004-1011.
15. Junqueira P. A criança que não come: Uma realidade cada vez mais frequente na prática clínica do fonoaudiólogo. Silva HJ, Tessitore A, Motta AR, Cunha DA, Felix GB, Marchesan IQ. *Tratado de Motricidade Orofacial.* 1ª.ed. São José dos Campos-SP: Pulso Editorial; 2019, p. 177-181.
16. Junqueira P. O Aprendizado Da Mastigação: Olhar Ampliado Que Favorece O Entendimento Da Criança Com Desafios Alimentares. In: Stella ARB, Stefani FB, Gomes E, Silva HJ, Tessitore A, Motta AR et al. *Evidências e Perspectivas Em Motricidade.* 1ª.ed. São José dos Campos-SP: Pulso Editorial; 2018, p. 163-169.
17. Pagliaro, Carla. Recusa alimentar: Áreas de atuação. 2014 [acesso em:13 ago. 2019] Disponível em: <<http://www.carlapagliaro.com.br/recusa-alimentar-carla-pagliaro.htm>>.
18. Lopes FA, Cabral JSP, Spinelli LHP, Cervenka L, Yamamoto ME, Branco RC et al. Comer ou não comer, eis a questão: diferenças de gênero na neofobia alimentar. *Psico usf.* 2006; 11(1):123-125.
19. Tuorila H, Lahteenmaki L, Pohjalainen L, Lotti L. Food neophobia among the Finns and related responses to familiar and unfamiliar foods. *Food Quality and Preference* . 2001; 12: 29-37.
20. Oliveira MN. Impacto do treinamento de educadores de berçários de creches em seus conhecimentos e práticas sobre alimentação, [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2010. (110p).
21. Macedo ARVC. O desenvolvimento das habilidades de alimentação do bebê no primeiro ano de vida: uma perspectiva fonoaudiológica de promoção de saúde, [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2012. (152p).

Correspondência

Larissa Leite Filgueira

Rua Ascendino Cardoso de Araújo, 138. José Américo

João Pessoa - Paraíba - Brasil

CEP: 58074040

E-mail: larissaleite.ssg@gmail.com