

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
Mestrado em Nutrição do Nascimento à Adolescência

Kathleen Jellmayer

COMPORTAMENTO DAS MÃES E PERCEPÇÃO MATERNA
SOBRE A ALIMENTAÇÃO DOS FILHOS (revisado)

São Paulo
2016

Kathleen Jellmayer

**COMPORTAMENTO DAS MÃES E PERCEPÇÃO MATERNA
SOBRE A ALIMENTAÇÃO DOS FILHOS (revisado)**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Nutrição do Centro Universitário São Camilo, orientado pela Prof^a Dra. Marle dos Santos Alvarenga e co-orientado pela Prof^a Dra. Aline de Piano Ganen, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Nutrição.

São Paulo

2016

Kathleen Jellmayer

**COMPORTAMENTO DAS MÃES E PERCEPÇÃO MATERNA
SOBRE A ALIMENTAÇÃO DOS FILHOS (revisado)**

São Paulo, de

de 2016

Profa. Dra. Marle dos Santos Alvarenga
Professor Orientador

Profa. Dra. Aline de Piano Ganen
Professor co-orientador

Professor Examinador

DEDICATÓRIA

À minha querida mãe, amiga e companheira, que sempre está ao meu lado, me fortalecendo, incentivando e orientando com a sua sabedoria e verdade.

À minha eterna Petty, pela linda experiência de vida e amor que me proporcionou.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Meu Deus, Jesus Amigo e seus mensageiros Espíritos protetores, agradeço a benção da saúde, paz e harmonia em meu lar e minha vida, e por mais esta oportunidade de aprendizado, pedindo que me auxiliem para que ela seja um caminho de evolução pessoal e no trabalho que realizo com amor e dedicação, podendo trazer maiores benefícios aos pacientes que cuido, razão primeira deste estudo.

Agradeço à minha família, especialmente à minha amada mãe, a quem também dedico este trabalho realizado com dificuldades diversas e muita perseverança, à minha irmã Rose e sobrinho Rodolpho, pelo amor e respeito, compreendendo minhas necessidades e valorizando-me sempre.

À minha grande e especial amiga e prima Vera por toda a ajuda, apoio e incentivo.

Meu agradecimento à professora orientadora Marle dos Santos Alvarenga e à co-orientadora professora Aline de Piano Ganen pelos ensinamentos, dedicação, compreensão, paciência e ajuda.

Às minhas colegas de trabalho Sueli e Neia pela imensa colaboração e entendimento do processo desta pesquisa paralelamente à execução das atividades profissionais diárias.

À minha querida colega e amiga Dra. Regina que por sua capacidade profissional e sensibilidade, entendeu os meus momentos de dificuldade na trajetória deste estudo e soube como me ajudar.

À todas as mães e filhos que participaram desta pesquisa com boa vontade e respeito o meu muito obrigado.

EPÍGRAFE

“Somos o que fazemos repetidamente.

Por isso, o mérito não está na ação e sim no hábito”

Aristóteles

JELLMAYER, Kathleen. **Comportamento das mães e percepção materna sobre a alimentação dos filhos**. 2016. 97f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2016.

A família exerce grande responsabilidade sobre alimentação durante a infância – especialmente as mães - pela oferta do alimento, e formação do comportamento alimentar da criança; servem como modelos para escolhas alimentares e formação de hábitos e comportamentos. **Objetivos:** Avaliar o comportamento das mães durante a refeição dos filhos e as percepções maternas sobre a alimentação da criança. **Métodos:** uma amostra não probabilística de mães e respectivos filhos (de 6 a 10 anos) de ambos os sexos, que frequentam Unidades Básicas de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo foi convidada a responder a Escala de Comportamento dos Pais durante a Refeição (ECPDR) e o Questionário de Alimentação da Criança (QAC). A idade, renda, escolaridade e estado nutricional das mães e filhos foram avaliados e as associações entre estas características e os escores da ECPDR e QAC foram avaliados por meio de regressão linear. As correlações entre a ECPDR e QAC foram analisadas pelo teste de *Spearman* e as correlações entre estado nutricional das mães e filhos pelo Qui quadrado de *Pearson*. **Resultados:** participaram do estudo 116 pares de mães e filhos (maioria de 8-10 anos, 54,3% meninos); 71,5% das mães e 57,7% dos filhos apresentaram sobrepeso ou obesidade. As atitudes maternas positivas de resposta mais presente segundo os domínios da ECPDR foram: disponibilidade diária de frutas e hortaliças, limite de guloseimas e persuasão positiva; e as negativas foram modelo de guloseima, uso de recompensas e oferecimento de muitas opções alimentares. Pelos fatores do QAC, os mais presentes entre as mães foram responsabilidade percebida quanto à alimentação da criança, monitoramento exercido pela mãe sobre o consumo de alimentos saudáveis, restrição de alimentos não saudáveis e a pressão para comer; os menos presentes foram a percepção da mãe sobre o peso do filho, a percepção da mãe do seu próprio peso corporal, e preocupação da mãe com peso do filho. Notou-se a influência do estado nutricional materno, bem como de seus filhos na resposta a alguns destes fatores. Houve correlação moderada ($r=0,4347$; $p < 0,0001$) entre estado nutricional da mãe e do filho; e correlações fracas entre os domínios da ECPDR e os fatores da QAC. **Conclusão:** as escalas utilizadas avaliam construtos semelhantes, mas de forma diferente e complementar, apontando que as atitudes e percepções maternas com relação à alimentação de seus filhos variam em função de seu próprio estado nutricional, e também do estado nutricional da criança. A maior parte das respostas foi de atitudes e comportamentos positivos, mas há indicação da necessidade de trabalho específico com estas mães sobre quais atitudes e comportamentos podem ter realmente efeitos positivos sobre a alimentação de seus filhos.

Palavras-chave: Comportamento alimentar. Escalas. Estado nutricional. Hábitos alimentares. Nutrição da criança. Nutrição Maternal

JELLMAYER, Kathleen. **Mothers behaviors and perceptions about their children eating.** 2016. 97f. Dissertation (Master's degree in Nutrition) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2016.

The family carries a major responsibility for nutrition during childhood – especially the mother – through the provision of food and shaping the child's nutritional behavior, in addition to serving as models for food choices and the formation of habits and behavior. **Objectives:** Assess the behavior of mothers during mealtimes with their children, as well as maternal perceptions regarding their children's food intake. **Methods:** a non-probabilistic sample of mothers and their respective children (boys and girls from ages 6 to 10), who go to Basic Health Units from the City of São Paulo and were invited to respond to a Parent Mealtime Action Scale (PMAS) and the Children's Dietary Questionnaire (CDQ). The age, income, education and nutritional status of mothers and their children were assessed and the associations between these characteristics and the PMAS and CDQ scores were examined using linear regression. The correlations between PMAS and CDQ were analyzed by the Spearman test and the nutritional status correlations between mothers and their children, by the Pearson's chi-square. **Results:** The study participants included 116 pairs of mothers and children (most from ages 8 to 10, with 54.3% boys); 71.5% of the mothers and 57.7% of the children were either overweight or obese. The most common positive maternal attitudes according to the responses from the PMAS were: daily offer of fruits and vegetables, limits on sweets, and positive persuasion. The negative attitudes were sweet-eating role model, use of rewards and providing many food options. Among the CDQ factors, the most frequent ones among mothers were perceived responsibility toward their children's food intake, monitoring by mothers of healthy food consumption, junk food restrictions, and exerting pressure to eat. The least common ones were the mother's awareness of the child's weight, the mother's perception of her own weight, and the mother's concern with the weight of her child. The influence of the mother's nutritional status, as well as her children's, could be noted in the responses to some of these factors. There was a moderate correlation ($r= 0.4347$; $p < 0.0001$) between the nutritional status of the mother and child, and weak correlations between the PMAS domains and the CDQ factors. **Conclusion:** the scales used assess similar constructs, but in a different and complementary way, showing that the attitudes and perceptions of mothers regarding their children's nutrition vary according to their own nutritional status, as well as the child's. Most of the responses reflected positive attitudes and behaviors, but there were indications that specific work needs to be done with these mothers concerning which attitudes and behaviors will truly have positive effects on their children's eating habits.

Keywords: Eating behavior. Scale. Nutritional status. Eating habits. Child nutrition. Maternal nutrition

Lista de Figuras

Figura 1 - Atitudes alimentares e seus componentes cognitivo, afetivo e comportamental	20
Figura 2 - Gráfico de evolução de indicadores antropométricos na população de 5 a 9 anos de idade, por sexo – Brasil – período 1975-1975, 1989 e 2009. Fonte POF 2008-2009	22
Figura 3 - Estágios de saúde, nutrição e as alterações demográficas	23
Figura 4 - Mapa da cidade de São Paulo com Coordenadorias regionais demarcadas e Coordenadoria Regional Sudeste com respectivas supervisões técnicas de saúde, destacando regiões Mooca e Belém onde se localizam as Unidades básicas de saúde de aplicação da pesquisa	35
Figura 5 – Organograma do roteiro metodológico	46
Figura 6 – Box Plot das subescalas (domínios) da Escala de Comportamento dos Pais Durante a Refeição (ECPDR), segundo estado nutricional da criança	53
Figura 7 – Box Plot das subescalas (fatores) do Questionário de Alimentação Criança (QAC), segundo estado nutricional da criança	54

Lista de Quadros

Quadro 1 - Estudos com o uso do Questionário de Alimentação da Criança e da Escala de Comportamento dos Pais Durante a Refeição.....	26
Quadro 2 - Estudos com o uso de escalas de avaliação que medem estilos, atitudes ou comportamento alimentar.	27
Quadro 3 - Estudos com o uso de mais de uma escala de avaliação que medem estilos, atitudes ou comportamento alimentar	28
Quadro 4 - Variáveis do estudo e instrumentos de coleta e avaliação de dados	37
Quadro 5 - Classificação do Índice de Massa Corporal de adultos.....	38
Quadro 6 - Classificação do Índice de massa corporal para a idade de crianças e adolescentes de 5 a 19 anos	39
Quadro 7 - Composição da Escala de Comportamento dos Pais Durante a Refeição dos Filhos – ECPDR, de acordo com os domínios.....	41
Quadro 8 - Opções de respostas e pontuação da Escala de Comportamento dos Pais durante a Refeição – ECPDR	42
Quadro 9 - Composição do Questionário de Alimentação da Criança – QAC, de acordo com os fatores	44
Quadro 10 - Opções de respostas e pontuação do Questionário de Alimentação da Criança – QAC	45

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Características da amostra (n=116).....	49
Tabela 2 - Medidas descritivas (mediana, intervalo interquartis, valores mínimos e máximos) dos valores obtidos na Escala de comportamento dos pais durante a refeição (ECPDR) e seus domínios (n=116).....	51
Tabela 3 - Medidas descritivas (mediana, intervalo interquartis, valores mínimos e máximos) dos valores obtidos no Questionário de Alimentação da Criança (QAC) e seus fatores (n=116).....	52
Tabela 4 - Variação da pontuação total do Questionário de Alimentação da Criança (QAC) e Escala de Comportamento dos Pais Durante a Refeição (ECPDR), segundo características maternas e da criança.....	56
Tabela 5 - Correlação entre todos os fatores do Questionário de Alimentação da Criança (QAC).....	57
Tabela 6 - Correlação entre todos os domínios da Escala de Comportamento dos Pais Durante a Refeição (ECPR).....	58
Tabela 7 - Correlação entre todos os domínios (D1 a D9) da Escala de Comportamento dos Pais Durante a Refeição (ECPR) e os fatores (F1 a F7) do Questionário de Alimentação da Criança (QAC) e com Índice de Massa Corporal (IMC) da mãe e da criança.....	60

Lista de Abreviaturas

UBS - Unidade Básica de Saúde

TA - Transtornos Alimentares

IMC - Índice de Massa Corporal

AB - Atenção Básica

POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

FLV - Frutas, legumes e verduras

FH – Frutas e hortaliças

EDPDR – Escala do comportamento dos pais durante a refeição

QAC – Questionário de alimentação da criança

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

CCEB – Critério de Classificação Econômica Brasil

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 A alimentação na infância	15
1.2 O comportamento alimentar infantil e a influência parental.....	17
1.3 A transição nutricional	22
1.4 Atenção Básica em Saúde e o papel do nutricionista em UBS	24
1.5 Avaliação das atitudes e práticas alimentares.....	25
1.6 A Escala de Comportamento dos Pais durante a Refeição e o Questionário de Alimentação da Criança	29
2 JUSTIFICATIVA	31
3 HIPÓTESE	32
4 OBJETIVOS	33
4.1 Objetivo geral	33
4.2 Objetivos específicos	33
5 MATERIAIS E MÉTODOS.....	34
5.1 Desenho do estudo	34
5.2 Local do estudo	34
5.3 População	35
5.4 Variáveis do estudo e coleta de dados.....	37
5.4.1 Variáveis demográficas	38
5.4.2 Estado nutricional.....	38
5.4.3 Situação socioeconômica.....	39
5.4.4 Avaliação do comportamento alimentar das mães para com a alimentação dos filhos	39
5.4.5 Avaliação da percepção da alimentação da criança	43
5.5 Procedimentos	45
5.6 Roteiro metodológico	46
5.7 Análise estatística	47
5.8 Aspectos éticos	48
6 RESULTADOS	49
7 DISCUSSÃO	62
8 CONCLUSÃO.....	72
8.1 Considerações finais e recomendações.....	73

9 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE MESTRADO –	
APRENDIZADOS E SIGNIFICADOS DESTA JORNADA	74
REFERÊNCIAS	75
APÊNDICE A – Planilha demonstrativa de agenda de consulta profissional, com exemplo da busca e extração de dados para convite à mãe para participação na pesquisa.....	82
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	83
APÊNDICE C – Materiais para entretenimento das crianças durante a coleta de dados com as mães	84
APÊNDICE D – Comunicação do Estado Nutricional de Mãe e Filho(a).....	85
APÊNDICE E - Questionário de Dados Sociodemográficos	86
ANEXO A - Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB	87
ANEXO B – Questionário Simplificado para Aplicação do CCEB	91
ANEXO C - Escala de Comportamento dos Pais durante a Refeição - ECPDR ..	92
ANEXO D - Instruções para obtenção do valor de pontuação de cada subgrupo da Escala de Comportamento dos Pais Durante a Refeição – ECPDR	94
ANEXO E - Questionário de Alimentação da Criança – QAC	96

1. INTRODUÇÃO

1.1 A alimentação na infância

A alimentação durante a infância exerce papel fundamental para o crescimento e desenvolvimento representa também um dos principais fatores de prevenção de algumas doenças na fase adulta (ROSSI, 2008).

A infância e adolescência caracterizam-se por transformações físicas, emocionais, cognitivas e sociais. É um período de intenso crescimento físico, com necessidades nutricionais especiais, condicionada fundamentalmente pela construção e manutenção de novos tecidos e pelo gasto energético com atividades físicas (ACCIOLY, 2005).

A criança na idade escolar, de 6 a 10 anos de idade, apresenta maior maturidade nos aspectos psicomotor, emocional, social e cognitivo se comparado aos pré-escolares. Considera-se esta fase um período crítico para o desenvolvimento de hábitos alimentares, que se estabelecem com a exposição frequente a uma prática alimentar e é fortemente marcada pelas primeiras experiências sociais e, principalmente, no interior das relações familiares (GARCIA, 1997; BOUGUERS, 1998).

Na promoção de uma alimentação saudável dois aspectos devem ser considerados: a possibilidade de mudança de um comportamento alimentar em longo prazo (objetivo com elevadas taxas de insucesso), e que os hábitos alimentares da idade adulta estão relacionados com aqueles aprendidos na infância (ROSSI, 2008). Mudança de hábitos e práticas alimentares requerem alterações nos hábitos acumulados ao longo de um tempo de vida, não sendo considerada uma tarefa fácil. Há também uma série de barreiras para a mudança de dieta e estilo de vida, que variam de acordo com estágios de vida e o indivíduo ou grupo de pessoas em questão. Manter a mudança do comportamento é ainda mais difícil e requer motivação, controle comportamental e apoio social (BENTO, 2015).

As principais dificuldades para mudanças dos hábitos alimentares estão na crença dos indivíduos de que não há necessidade de alteração, falta de motivação

para a mudança necessária, abordagem profissional do paciente em desacordo ao estágio motivacional em que ele se encontra e consequente uso de estratégias terapêuticas inadequadas e eficazes, incapazes inclusive de ampliar a aderência ao tratamento e efetiva mudança de comportamento (TORAL; SLATER, 2007).

Nota-se que número significativo de indivíduos desiste da mudança de hábitos alimentares e de seguir as orientações terapêuticas recomendadas. Estudo revela taxa de evasão ou insucesso terapêutico para as mudanças de comportamento alimentar de até 80% (GUIMARÃES et al., 2010). Segundo Inelmen et al. (2005) obesos em programas de tratamento combinando modificações comportamentais, aconselhamento nutricional e atividade física apontam taxas de abandono do tratamento que variaram de 10 a 80%.

A mudança de comportamento alimentar está intimamente relacionada à adesão terapêutica, sendo considerado um grande desafio para os profissionais na área da saúde, exigindo intervenção multiprofissional e multidisciplinar (MALDANER et al., 2008).

Durante a infância, a família tem grande responsabilidade não só na oferta do tipo de alimento, mas igualmente na formação do comportamento alimentar da criança, detendo os pais o papel de primeiros educadores nutricionais (COSTA, 2012). Neste âmbito, os fatores culturais e psicossociais da família influenciam as experiências alimentares da criança desde o momento do nascimento, dando início ao processo de aprendizagem (RAMOS; STEIN, 2000).

Uma adequada introdução de novos alimentos no primeiro ano de vida, com uma correta socialização alimentar a partir deste período, assim como a oferta de alimentos variados e saudáveis, em ambiente alimentar agradável, permite à criança iniciar a aquisição das preferências alimentares responsáveis pela determinação do seu padrão de consumo (BIRCH, 1999).

Estudo de revisão realizado por Wardle (2007) sobre a relação das características dos alimentos e o comportamento alimentar apontou que as preferências alimentares mudam em consequência de experiências e aprendizado. Portanto, estratégias que os pais utilizam para a criança se alimentar ou para aprender a comer determinados alimentos, podem apresentar estímulos tanto

adequados como inadequados, o que vai determinar a aquisição das preferências alimentares da criança e o seu autocontrole na ingestão alimentar (BIRCH & FISHER, 1997).

1.2 O comportamento alimentar infantil e a influência parental

Comportamento é definido como a maneira de se comportar ou de se conduzir; condutas; procedimentos; conjunto de ações observáveis de um indivíduo. É também entendido como um conjunto de reações do indivíduo frente às interações do meio onde está envolvido sob determinadas circunstâncias. Por sua vez o comportamento alimentar refere-se a ações relacionadas à alimentação, que dependem dos sentimentos e cognições relacionadas (ALVARENGA; KORITAR, 2015). O comportamento alimentar tem sido tema de grande interesse em estudos por reconhecer sua importância para o êxito de intervenções nutricionais. Ocupa papel de destaque na prevenção e tratamento de doenças crônicas associadas a uma alimentação inadequada (ROSSI, 2008).

Os pais influenciam o comportamento alimentar das crianças de várias maneiras: eles ativamente fazem escolhas alimentares para a família (seleção de alimentos e bebidas); servem como modelos para escolhas alimentares e como se alimentar; e são também modelos de práticas alimentares para reforçar o desenvolvimento de hábitos e comportamentos (BIRCH; SAVAGE; VENTURA, 2007).

Práticas alimentares podem ser definidas como a forma com que os indivíduos se relacionam com a alimentação em diferentes esferas, a fisiológica, a emocional e a social. (POULIN; PROENÇA, 2003). As práticas alimentares parentais são influenciadas pelas características da criança, incluindo idade, sexo, estado nutricional e maneira de comer. Assim, pais e filhos afetam e reagem um com o outro no comportamento alimentar. Além disso, as práticas dos pais muitas vezes são uma resposta de cuidado e proteção frente às “ameaças” percebidas à saúde e desenvolvimento das suas crianças, tais como: saúde fragilizada, prematuridade, internações prévias, podendo promover padrões dietéticos pouco saudáveis, ganho de peso acelerado e obesidade (BIRCH; SAVAGE; VENTURA, 2007).

Segundo Savage et al. (2007), em toda a história humana, a escassez de alimentos e desnutrição foram as principais ameaças para a sobrevivência de crianças, e as práticas alimentares parentais evoluíram em resposta a essas ameaças. Práticas como fornecimento de grandes porções palatáveis e incentivo às crianças a comer, são ainda muito difundidas na maioria das culturas, levando a excesso de comida e de consumo em certas regiões.

A família é a principal instituição social influenciando as crianças. Assim, é provável que muitos fatores de risco modificáveis para a obesidade infantil tenham substanciais raízes dentro do contexto familiar. Embora evidências sobre como o contexto familiar influencia a obesidade infantil sejam ainda limitadas, pesquisas com os cuidadores examinando a influência sobre alimentação e peso de crianças e jovens aumentaram nos últimos anos (VENTURA; BIRCH, 2008).

Os pais desempenham papel importante na criação do ambiente em que a comida está inserida, moldam o desenvolvimento de comportamentos alimentares de diversas formas, mas principalmente através de suas próprias práticas alimentares; além disto, quando empregam estratégias comportamentais específicas do controle da quantidade e qualidade da ingestão alimentar de seus filhos (KIEFNER-BURMEISTER et al., 2014).

Pesquisa recente realizada na Austrália sobre alimentação saudável e imagem corporal, com pais de crianças com idade entre 1 a 6 anos, verificou que os pais descreveram uma alimentação saudável dos filhos com variedade e equilíbrio, limitando certos alimentos, tais como açúcar, sal e alimentos processados. Mostraram estar bem informados sobre nutrição e acesso à alimentação saudável, expressando desejo de mais informações práticas sobre como evitar imagem corporal negativa e promoção de alimentação saudável. Os resultados indicaram a necessidade de enfatizar o papel que os pais têm no desenvolvimento de uma alimentação saudável e positiva imagem corporal (HART et al., 2015).

Estudo americano de corte transversal realizado nos por Hanson et al. (2004) com 902 adolescentes e respectivos pais, com a finalidade de examinar o relato de pais sobre disponibilidade alimentar na residência, ingestão alimentar e associações com ingestão de frutas, legumes e verduras (FLV) e laticínios dos adolescentes demonstrou que os pais não estavam consumindo a quantidade mínima diária

recomendada de FLV ou laticínios. A maioria dos pais relatou que FLV estavam disponíveis em casa e geralmente vegetais eram servidos no jantar, que o consumo de leite era frequente e que refrigerantes estavam disponíveis em casa. Os resultados sugeriram que os pais desempenham papel na determinação de consumo de FLV e laticínios, uma vez que o ambiente doméstico está associado a padrões de consumo, reforçando o papel parental neste processo.

Outro estudo comparou as teorias de modelagem e controle da influência parental sobre atitudes e comportamentos alimentares de crianças com foco em alimentos tipo *snack*. Foram aplicados questionários sobre motivação para comer, insatisfação com a imagem corporal e controle da ingestão alimentar. Os resultados mostraram correlações significativas de ingestão de lanche entre pai e filho, motivações para comer e insatisfação corporal - indicando o papel importante para modelagem. Para as crianças cujos pais indicaram maior tentativa de controlar a alimentação de seu filho, houve maior ingestão de alimentos não integrais e do tipo *snack*. Verificou-se também que as crianças cujos pais indicaram um maior uso de alimentos como meio para controlar o comportamento de seus filhos, tiveram níveis mais elevados de insatisfação corporal. O modelo positivo do papel parental pode ser uma estratégia mais adequada do que tentativas de controle dietético para melhorar a alimentação de uma criança (BROWN; ODGEN, 2004).

A mãe é quem mais frequentemente se ocupa da alimentação dos filhos, podendo contribuir para padrões saudáveis ou para desregulação da ingestão - promovendo o desequilíbrio entre necessidade e ingestão e tendo como consequência a obesidade, transtornos alimentares (TA) e estados de carência nutricional. Isto pode acontecer quando, mesmo de forma bem-intencionada, assumem que seus filhos precisam de ajuda para determinar o quê, quando e quanto devem comer e quando impõe práticas alimentares e atitudes impositivas, que não dão às crianças a oportunidade do autocontrole (SCAGLIONI et al., 2008).

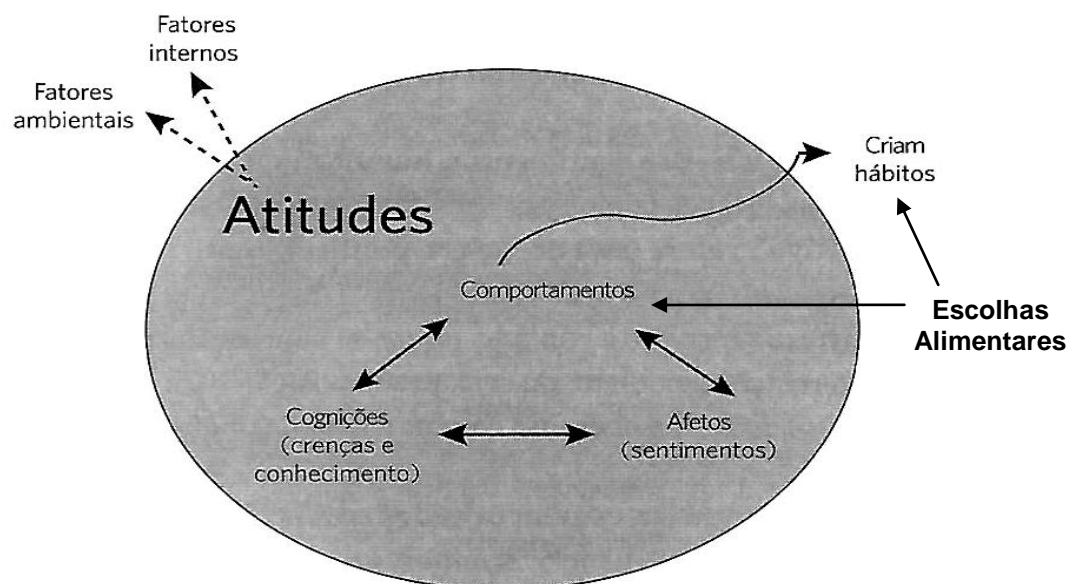
Há grande preocupação atualmente com a saúde e alimentação das crianças, inclusive por sua repercussão no estado nutricional, mas também imagem corporal, hábitos e comportamento alimentar inadequados e desenvolvimento de TA, documentados em estudos com crianças e jovens (MUSHER-EIZENMAN; HOLUB, 2007).

Estudos transversais têm procurado identificar as características de funcionamento parental e familiar que poderiam ocorrer antes do aparecimento dos TA. Entre os resultados destacam-se as pressões inadequadas dos pais, comportamento de pais superprotetores/ alta preocupação, indiferença parental, discórdia familiar, falta de cuidado parental e maior adversidade, distinguem pacientes com TA daqueles em condição psiquiátrica normal (GRANGE et al. 2010).

Portanto, pesquisas sugerem que o ambiente familiar, responsável por influenciar o comportamento alimentar de crianças e adolescentes pode também ser fator de risco para desenvolvimento de TA.

Segundo Alvarenga et al. (2015), atitudes alimentares são “crenças, pensamentos, sentimentos, comportamentos e relacionamento com os alimentos”. Elas são influenciadas por fatores ambientais (família, religião, cultura, sociedade, etc.) e por fatores internos, que envolvem sentimentos, pensamentos, crenças e tabus (Figura 1).

Figura 1 - Atitudes alimentares e seus componentes cognitivo, afetivo e comportamental



Fonte: (ALVARENGA; KORITAR, 2015)

A importância de se estudar atitudes (que incluem, portanto, comportamentos, sentimentos, percepções) é que elas predizem as ações. As atitudes maternas (assim como de outros grupos) dependem de diversos aspectos, dentre eles tem-se

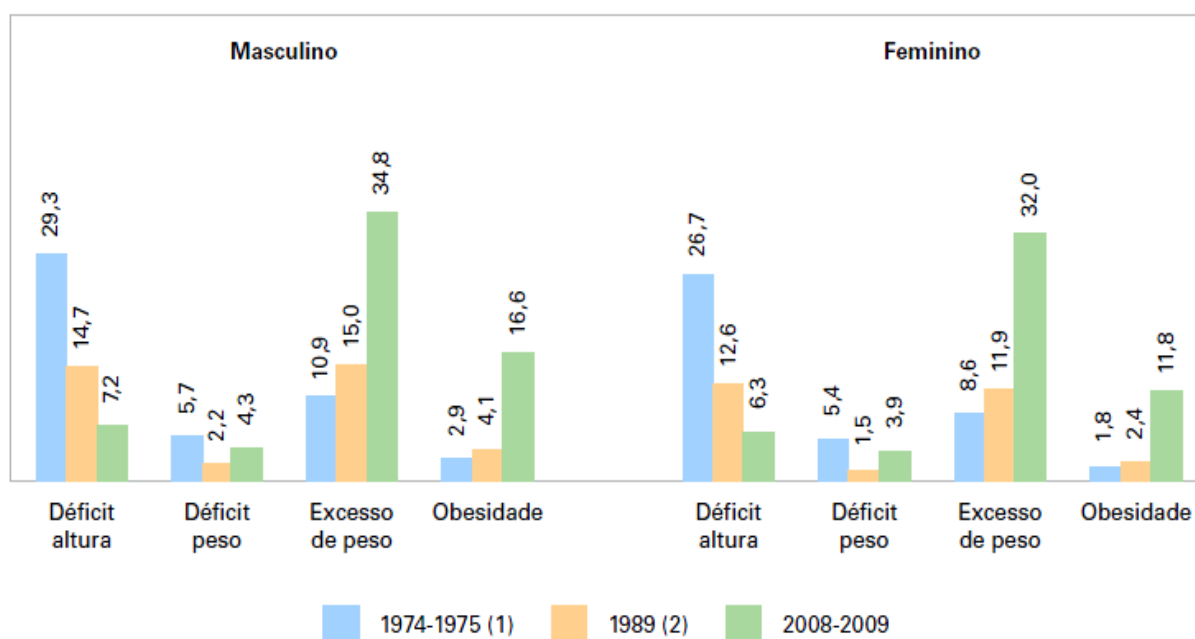
fatores culturais, a própria história alimentar da mãe e preocupações com a saúde dos filhos (VIANA; FRANCO; MORAIS, 2011).

Dado o papel das atitudes dos pais – especialmente das mães – em bons ou maus hábitos de alimentação; discute-se o quanto estas atitudes podem ter papel no estado nutricional e de saúde das crianças. Isto é especialmente importante nos dias de hoje, dada à vigência de sobrepeso e obesidade infantil, além da presença de TA e outros problemas de saúde relacionados à alimentação.

A Organização Mundial de Saúde aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. A projeção é que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso; e mais de 700 milhões obesos. O número de crianças com sobrepeso e obesidade no mundo poderá chegar a 75 milhões, caso nada seja feito. No Brasil, a obesidade vem crescendo cada vez mais. Alguns levantamentos apontam que mais de 50% da população está acima do peso, ou seja, na faixa de sobrepeso e obesidade. No último levantamento oficial feito pelo IBGE dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008/2009, indicam que em 20 anos, os casos de obesidade mais do que quadruplicaram entre crianças de 5 a 9 anos, chegando a 16,6% entre os meninos e 11,8% entre as meninas (IBGE, 2010).

Dados da última POF 2008-2009 mostraram ainda que a prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças a partir de cinco anos de idade comparados os resultados de 1974-1975 apontam para aumento de 10,9% para 34,8% de excesso de peso entre os meninos e de 8,6% para 32% entre as meninas (Figura 2).

Figura 2 – Gráfico de evolução de indicadores antropométricos na população de 5 a 9 anos de idade, por sexo – Brasil – períodos 1974-1975, 1989 e 2009



Fonte: (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010)

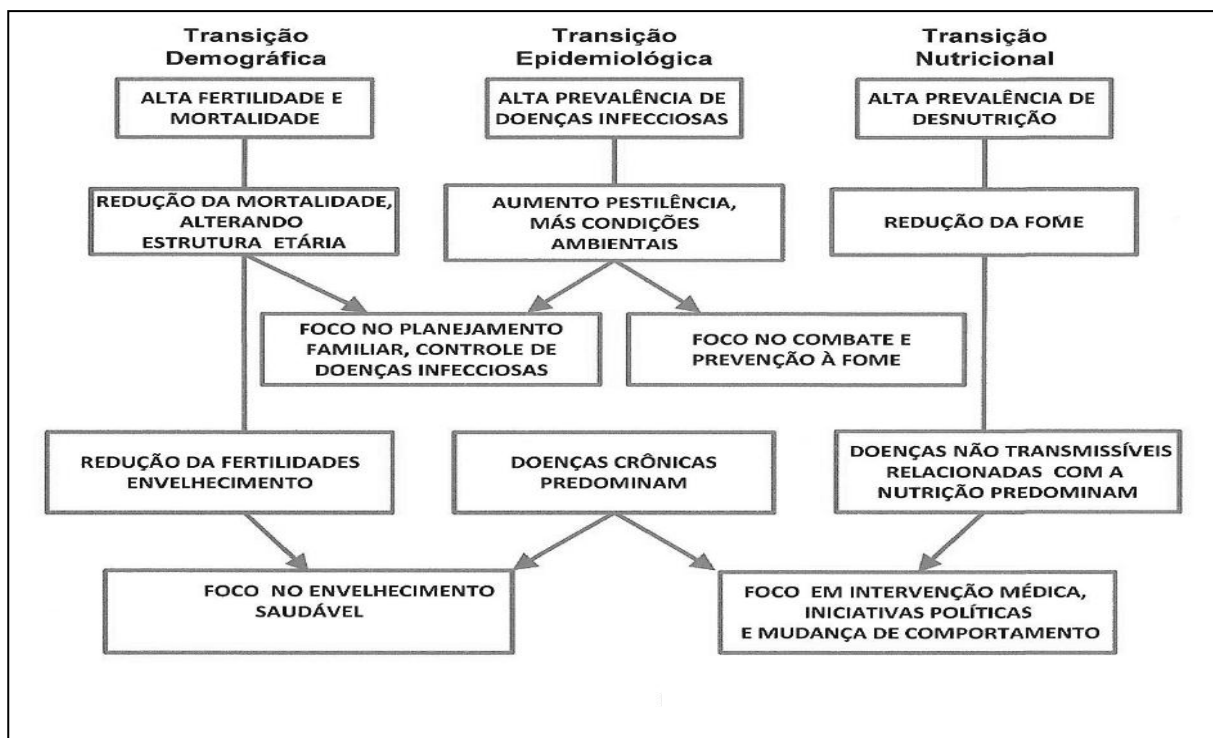
1.3 A Transição Nutricional

Desde a última metade do século XX estão sendo vivenciadas mudanças econômicas, sociais e demográficas, decorrentes da modernização, crescente urbanização e avanço tecnológico, que alteraram os padrões de estado nutricional com redução da incidência da desnutrição e prevalência de sobrepeso e obesidade entre adultos e crianças no mundo (LANG, 2009; POPKIN 2001; MONTEIRO, 2000; TADDEI, 2002).

Grandes mudanças ocorreram nos padrões de dieta e atividade física. Essas alterações são refletidas nos resultados nutricionais, incluindo alterações na composição de corpo e estatura média. As sociedades modernas vêm utilizando dieta ricas em gordura saturada, açúcar e alimentos refinados, baixo consumo de FLV, dietas pobre em fibras - frequentemente denominado a "dieta ocidental". Este padrão dietético pode ser associado com altos níveis de doenças crônicas e degenerativas e redução de tempo sem deficiência (POPKIN, 2002).

Segundo Popkin (2002), um novo padrão dietético vem surgindo como resultado de mudanças na dieta, notadamente associado à finalidade de prevenir ou retardar doenças degenerativas e prolongar a saúde. Tais alterações, que são instituídas em alguns países por parte dos consumidores e em outros pela política governamental, podem constituir uma transição em grande escala na estrutura dietética e composição corporal, expressando mudanças de comportamento necessárias, conforme Figura 3.

Figura 3 - Estágios de saúde, nutrição e as alterações demográficas



Fonte: (POPKIN, 2002)

Diante do panorama alimentar e nutricional que hoje se apresentam, os governos federal, estadual e municipal buscam através de políticas públicas elaborar diretrizes com a finalidade norteadora e educativa para auxiliarem nas mudanças com foco no envelhecimento saudável e no comportamento alimentar.

1.4 Atenção Básica em Saúde e o papel do nutricionista em UBS

O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis nº 8080/90 e nº 8.142/90 (Lei Orgânica da Saúde) prevê por meio de seus princípios e diretrizes o acesso universal (saúde como direito de todos), a igualdade no atendimento assistencial e equidade na distribuição dos recursos (MACHADO, 2007).

Diante das recomendações atuais do SUS, é de competência dos municípios a organização dos serviços da atenção básica, e atribui ao Estado, os papéis de normatização, avaliação e assessoria técnica. Dessa forma, os municípios assumem a responsabilidade como gestores da saúde e à rede básica de saúde cabe à competência de prestar a assistência à população (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica em Saúde (ABS) é entendida como o conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida sob a forma de trabalho em equipe e orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social (BRASIL, 2011). É considerada a primeira forma de atendimento à população. Conforme sua capacidade resolutiva, a Atenção Básica (AB), por meio de suas ações, pode resolver grande parte dos problemas de saúde da população (CERVATO-MANCUSO et al., 2012).

O município de São Paulo conta atualmente com 451 UBS e vários outros equipamentos de saúde, tais como Ambulatórios de Especialidades, equipes de Estratégia de Saúde da Família, equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família. A Coordenadoria da Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde, vem promovendo mudanças no sentido de fortalecer e melhorar a assistência ao usuário das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em 2015 elaborou o documento Fortalecendo a Atenção Básica no Município de São Paulo - Diretrizes Gerais – UBS em consonância com os princípios do SUS, como norteador das atividades individuais e coletivas na AB, destacando-se, pelo interesse deste estudo, aquelas voltadas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente na atenção integral, trabalhando com competências e habilidades

familiares na promoção do desenvolvimento infantil, e promovendo ações de prevenção e assistência aos distúrbios alimentares desnutrição, anemias carenciais, sobrepeso e obesidade e outros agravos à saúde (SÃO PAULO, 2015).

Considerando as atribuições comuns dos profissionais das UBS, o nutricionista, como parte da equipe de saúde, se destaca nos cuidados da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), promovendo ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários (ASSIS, 2002).

Desta forma, evidencia-se a necessidade deste profissional buscar novas estratégias de avaliação do comportamento alimentar familiar para melhor compreensão do contexto em que a criança está inserida, para então intervir de maneira mais assertiva na promoção de hábitos e práticas alimentares saudáveis.

1.5 Avaliação das atitudes e práticas alimentares

Uma linha de pesquisa emergente que tem sido utilizada para compreender o comer na infância e preocupações com peso, examina o papel dos pais na alimentação de seus filhos, incluindo observações comportamentais de interação pais e filhos durante a hora da refeição (MUSHER-EIZENMAN; HOLUB, 2007). Segundo os pesquisadores, o relato dos pais é fundamental para a compreensão das práticas alimentares de seus filhos, e desta forma, questionários, testes e escalas padronizados podem ser úteis.

Atualmente existem diversos questionários desenvolvidos e validados, em vários países, destinados a avaliar o estilo, as atitudes ou o comportamento alimentar. Para avaliar o comportamento alimentar de crianças e adolescentes os mais utilizados em pesquisas científicas internacionais apresentam-se descritos nos Quadros 1, 2 e 3.

Quadro 1. Estudos com o uso do Questionário de Alimentação da Criança e da Escala de Comportamento dos Pais Durante a Refeição

ESCALA	AUTOR	MEDIDA	COMPOSIÇÃO DO INSTRUMENTO	ALGUNS ESTUDOS COM USO DA ESCALA
Child Feeding Questionnaire (CFQ) QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA (QAC)	BIRCH et al., 2001 ESTADOS UNIDOS	PERCEPÇÕES E PREOCUPAÇÕES DOS PAIS EM RELAÇÃO AO CONTROLE DAS PRÁTICAS DE ALIMENTAÇÃO NA INFÂNCIA 4 FATORES: - Responsabilidade percebida - Percepção do próprio peso - Percepção do peso da criança - Preocupação com peso da criança E ATITUDES E PRÁTICAS DOS PAIS SOBRE O CONTROLE NA ALIMENTAÇÃO INFANTIL 3 FATORES: - Restrição de alimentos - Pressão para comer - Monitoramento *RESPOSTAS MATERNAS	31 QUESTÕES 7 FATORES	BRASIL MIRANDA DA CRUZ, 2009 DISSERTAÇÃO DE MESTRADO (Validação para população brasileira) O uso de um questionário de alimentação para o estudo de atitudes, crenças e práticas dos pais em relação à alimentação e propensão à obesidade
				BRASIL LORENZATO, 2012 DISSERTAÇÃO DE MESTRADO 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)
				AUSTRALIA GREGORY et al., 2010 (Uso de 3 fatores - pressão para comer, restrição e monitoramento) Maternal feeding practices, child eating behaviour and body mass index in preschool-aged children: a prospective analysis
				SUÉCIA NOWICHA et al., 2014 (Validação com pequenas modificações para população sueca) Parental feeding practices and associations with child weight status. Swedish validation of the Child Feeding Questionnaire finds parents of 4-year-old less restrictive
				PORTUGAL VIANA et al., 2012 (Validação com pequenas modificações para população portuguesa) Controlo alimentar materno e estado ponderal: Resultados do questionário alimentar para crianças
Parent Mealtime Action Scale (PAMS) ESCALA DE COMPORTAMENTO DOS PAIS DURANTE A REFEIÇÃO (ECPDR)	HENDY et al., 2009 ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA	COMPORTAMENTO DOS PAIS DURANTE AS REFEIÇÕES - 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 - Insistência para comer *RESPOSTAS MATERNAS	31 ITENS 9 DOMÍNIOS DE COMPORTAMENTO	BRASIL PETTY et al., 2013 (Validação para população brasileira) Escala de comportamento dos pais durante a refeição: Validação preliminar e Associação com o consumo alimentar de escolares de São Paulo.
				PETTY et al., 2014 Comparison of Maternal Feeding Practices and Child Weight Status in Children from three Countries

Quadro 2. Estudos com uso de escalas de avaliação que medem estilos, atitudes ou comportamento alimentar.

ESCALA	AUTOR	MEDIDA	COMPOSIÇÃO DO INSTRUMENTO	ALGUNS ESTUDOS COM USO DA ESCALA
Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ)	VAN STRIEN et al. 1986 HOLANDA	ESTILOS ALIMENTARES - Comer comedido (10 itens) - Comer externo (10 itens) - Comer emocional (13 itens)	33 ITENS 3 SUBESCALAS *RESPOSTAS MATERNAS	PORTUGAL VIDAL, 2006 Eating behavior in a sample of Portuguese health science students; relationships with obesity, dieting, and self-esteem (Validação para população portuguesa)
Parent Feeding Style Questionnaire (PFSQ) QUESTIONÁRIO DE ESTILO ALIMENTAR PARENTAL	WARDLE et al. 2002 REINO UNIDO	ESTILOS DE ALIMENTAÇÃO PARENTAL - Alimentação instrumental - Solicitação e encorajamento para comer - Alimentação emocional - Controle sobre comer	27 ITENS 4 SUBESCALAS *RESPOSTAS MATERNAS	HONG KONG LO et al., 2015 Associations between Parental Feeding Styles and Child Eating Habits: A Survey of Hong Kong Pre-School Children
Child Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ) QUESTIONÁRIO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DA CRIANÇA	WARDLE et al. 2001 REINO UNIDO	ESTILO ALIMENTAR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: - Resposta à saciedade - Ingestão lenta - Seletividade - Resposta à comida - Prazer em comer - Desejo de beber - Sobre ingestão emocional - Sub ingestão emocional	35 ITENS 8 FATORES *RESPOSTAS MATERNAS	PORTUGAL VIANA; SINDE, 2008 (Validação para população portuguesa) O comportamento alimentar em crianças: Estudo de validação de um questionário numa amostra portuguesa (CEBQ)
Caregiver's Feeding Styles Questionnaire (CFSQ) QUESTIONÁRIO DE ESTILOS DE ALIMENTAÇÃO DO CUIDADOR	HUGHES et al., 2005 ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA	ESTILOS DE ALIMENTAÇÃO DO CUIDADOR CENTRADA NA CRIANÇA E CENTRADO NO CUIDADOR: - Autoritativo - Indulgente - Autoritário - Sem envolvimento - Indulgente - Sem envolvimento	2 DIMENSÕES 7 CENTRADAS NA CRIANÇA 12 DIRETIVAS *RESPOSTAS MATERNAS	ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA HUGHES et al., 2012 Caregiver's Feeding Styles Questionnaire: Establishing Cutoff Points
Comprehensive Feeding Practices Questionnaire (CFPQ) QUESTIONÁRIO DE PRÁTICAS ALIMENTARES DA CRIANÇA	MUSHER-EIZENMAN; HOLUB, 2007 ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA	MEDIDAS DE PRÁTICAS DE ALIMENTAÇÃO DOS PAIS DE CRIANÇAS	49 ITENS 12 SUBESCALAS *RESPOSTAS MATERNAS	REINO UNIDO FARROW et al., 2015 Teaching our children when to eat: how parental feeding practices inform the development of emotional eating—a longitudinal experimental design
				NORUEGA MELBYE et al., 2011 Validation of the Comprehensive Feeding Practices Questionnaire with parents of 10-to-12-year-olds (Validação com pequenas adaptações para população norueguesa)
				BRASIL ARAÚJO, 2015 Dissertação de Mestrado: Práticas parentais alimentares e sua relação com o consumo de alimentos na infância (Validação para população brasileira)
Infant Feeding Questionnaire (IFQ) QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL	BAUGHUM et al., 2001 ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA	CRENÇAS E PRÁTICAS ALIMENTARES MATERNAS e RELAÇÃO COM A OBESIDADE ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS NO 1º ANO DE VIDA	*RESPOSTAS MATERNAS	ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA BAUGHUM et al., 2001 Maternal feeding practices and beliefs and their relationships to overweight in early childhood
Pre schooler Feeding Questionnaires (PFQ) QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO DO PRÉ-ESCOLAR	BAUGHUM et al., 2001 ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA	CRENÇAS E PRÁTICAS ALIMENTARES MATERNAS ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇA PRÉ-ESCOLAR DE 2 A 5 ANOS	*RESPOSTAS MATERNAS	

Quadro 3. Estudos com o uso de mais de uma escala de avaliação que medem estilos, atitudes ou comportamento alimentar.

ALGUNS ESTUDOS COM USO DE MAIS DE UMA ESCALA		
ESTUDO COM USO ALGUMAS SUBESCALAS DE VÁRIAS ESCALAS	ESTUDO COM USO DE 3 ESCALAS	ESTUDOS DE 2 ESCALAS
<p>AUSTRALIA RODGERS et al., 2013 Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in young children: a prospective study</p> <p>SELEÇÃO DE 5 PRINCIPAIS ESCALAS PARA AVALIAR COMPORTAMENTO ALIMENTAR MATERNO IDENTIFICANDO SUAS SUBESCALAS RELACIONADAS AO MONITORAMENTO, RESTRIÇÃO E CONTROLE, PRESSÃO PARA COMER:</p> <p>- CFQ Subescala que avalia Restrição e Monitoramento dos pais</p> <p>- PFQ Subescala que avalia pressão para comer e persuasão</p> <p>- PFSQ Subescala que avalia uso alimento como recompensa</p> <p>- COEC Subescala que avalia controle pais sobre alimentação da criança (sobre hábitos alimentares e ambiente alimentar)</p> <p>- CFPQ Subescalas de controle do peso para avalia</p> <p>E</p> <p>SELEÇÃO DE 2 ESCALAS PARA MEDIR COMPORTAMENTO ALIMENTAR DA CRIANÇA</p> <p>CEBQ Subescalas que avaliam responsabilidade alimentar, desejo de ingestão líquidos e saciedade</p> <p>DEBQ Subescalas que avalia o comer emocional (comer em resposta a afeto negativo) e externo (comer em resposta a estímulos aos alimentos independentemente de sentimentos de fome)</p>	<p>REINO UNIDO BROWN; ODGEN, 2004 Children's eating attitudes and behaviour: a study of the modelling and control theories of parental influence</p> <p>USO DE 2 ESCALAS:</p> <p>- DEBQ (Uso parcial da escala – motivação para comer externa e interna)</p> <p>- Questionário de satisfação (Cooper et al., 1987)</p> <p>- Escala de silhuetas (Stunkard et al., 1986)</p>	<p>PORTUGAL VIANA et al., 2011 O estado ponderal e o comportamento alimentar de crianças e jovens: influência do peso e das atitudes de controlo da mãe</p> <p>USO DE 2 ESCALAS: Aplicação integral</p> <p>- CFQ - CEBQ</p>

1.6 A Escala de Comportamento dos Pais durante a Refeição e o Questionário de Alimentação da Criança

Dentre as escalas utilizadas, a Escala de Comportamento dos Pais durante a Refeição (ECPDR) emerge como uma ferramenta adequada para avaliar as práticas de alimentação de pais de crianças. Ela foi desenvolvida nos Estados Unidos por Hendy et al. (2009), denominada originalmente de *Parent Mealtime Action Scale* (PMAS), é composta de 31 questões que avaliam as ações mais utilizadas pelos pais durante a hora da refeição. Petty et al. (2013) em estudo pioneiro no Brasil ao usar a ECPDR, traduziram o instrumento para o português e avaliaram sua estrutura fatorial e características psicométricas em uma grande amostra de pais da cidade de São Paulo. Além disso, foi investigada a associação entre ações dos pais nas refeições das crianças e o consumo alimentar dos escolares. Participaram da pesquisa 582 pais (86% mães) e filho com idade entre 6 e 10 anos. Os resultados mostraram que crianças que comem frutas e legumes mais frequentemente tinham pais que ingeriam mais vezes esses alimentos e que raramente ofereciam refeições especiais aos seus filhos. Filhos que mais frequentemente consumiam alimentos com alta densidade calórica tinham pais que comem rotineiramente esse tipo de alimento e raramente definiam limites na sua ingestão.

Outra ferramenta interessante é o *Child Feeding Questionnaire* (CFQ), que tem sido largamente utilizado em estudos norte americanos sobre o comportamento alimentar na infância, mostrando-se um instrumento eficiente. Elaborado por Birch et al. (2001), nos Estados Unidos, e validado para a população americana, é uma medida de autor relato para avaliar aspectos da alimentação da criança - percepções, atitudes e práticas e suas relações para padrões de aceitação de alimento em desenvolvimento infantil, os controles de ingestão de alimentos e obesidade. Este instrumento foi projetado para uso com os pais das crianças de 2 a 11 anos de idade. No Brasil, Miranda da Cruz (2009) traduziu e testou a fidedignidade do CFQ, denominado na língua portuguesa por Questionário de Alimentação da Criança (QAC). A autora aplicou a escala em um estudo com 120 mães e seus respectivos filhos de ambos os sexos, a fim de investigar as atitudes, crenças e práticas dos pais em

relação à alimentação e propensão à obesidade de seus filhos com idade entre 2 e 11 anos recrutadas em escola da rede particular de Ribeirão Preto.

Lorenzato (2012), utilizou posteriormente o QAC em pesquisa com os mesmos objetivos de Miranda da Cruz, e verificaram que houve associação entre a restrição e pressão para comer determinados alimentos com desenvolvimento da obesidade de seus filhos.

De qualquer forma, os estudos que exploram esta temática no Brasil são ainda escassos e nenhum deles avaliou como o comportamento dos pais durante a refeição se relaciona com a percepção materna sobre a alimentação da criança (ou seja, como estes dois instrumentos – ECPDR e QAC – se correlacionam). Conhecer esta realidade e relação pode auxiliar no desenvolvimento de protocolos de intervenção mais cuidadosos, e propostas terapêuticas adequadas – com envolvimento da família e discussão de questões específicas.

2. JUSTIFICATIVA

O interesse pela temática deste estudo surgiu mediante a percepção profissional nos atendimentos clínicos em nutrição infantil ambulatorial, no ambiente das UBSs, de que para maiores possibilidades de êxito terapêutico seria necessária a abordagem mais ampla de pais ou cuidadores e, mais especificamente das mães.

Conhecer o papel da mãe pode ser fundamental para intervenções mais ajustadas às mudanças necessárias do comportamento alimentar da criança no contexto familiar, uma vez que é ela quem mais frequentemente se ocupa da alimentação dos filhos.

A pesquisa tem caráter inovador à medida que pretende investigar através de dois instrumentos estruturados e validados para a população brasileira – a ECPDR e o QAC de forma a se complementarem em suas respostas - as atitudes da mãe nas refeições do filho e a percepção sobre alimentação da criança.

O estudo pode contribuir para a promoção de alimentação saudável e para mudanças de comportamento alimentar em estratégias do aconselhamento nutricional para problemas de saúde diversos.

Os benefícios podem se ampliar à medida que os resultados possam auxiliar na estruturação ou melhoria de protocolos de assistência nutricional ambulatorial na área de saúde infantil como um todo, por poder trazer informações que permitam aos profissionais realizarem investigações e avaliações mais completas e conseqüente elaboração de planos de ações terapêuticas mais adequados e ajustados à criança no contexto familiar.

3. HIPÓTESE

As atitudes, crenças e práticas das mães em relação à alimentação de seus filhos podem estar relacionadas, e podem variar em função da renda, escolaridade e estado nutricional da mãe e do filho.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Avaliar o comportamento das mães durante a refeição dos filhos e a percepção materna sobre alimentação da criança.

4.2 Objetivos Específicos

- Avaliar se o comportamento da mãe durante a refeição dos filhos e a percepção materna sobre alimentação da criança diferem com relação ao estado nutricional das crianças e das mães, renda e escolaridade das mães;
- Investigar possível correlação do estado nutricional das crianças com o das mães;
- Analisar concordância da avaliação do comportamento da mãe durante a refeição dos filhos e a percepção materna sobre alimentação da criança por meio dos dois instrumentos padronizados.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Desenho do estudo

Estudo transversal realizado em duas UBS da Supervisão Técnica de Saúde Mooca/ Aricanduva, pertencente à Coordenadoria Regional Sudeste da Secretaria Municipal de Saúde - Prefeitura do Município de São Paulo.

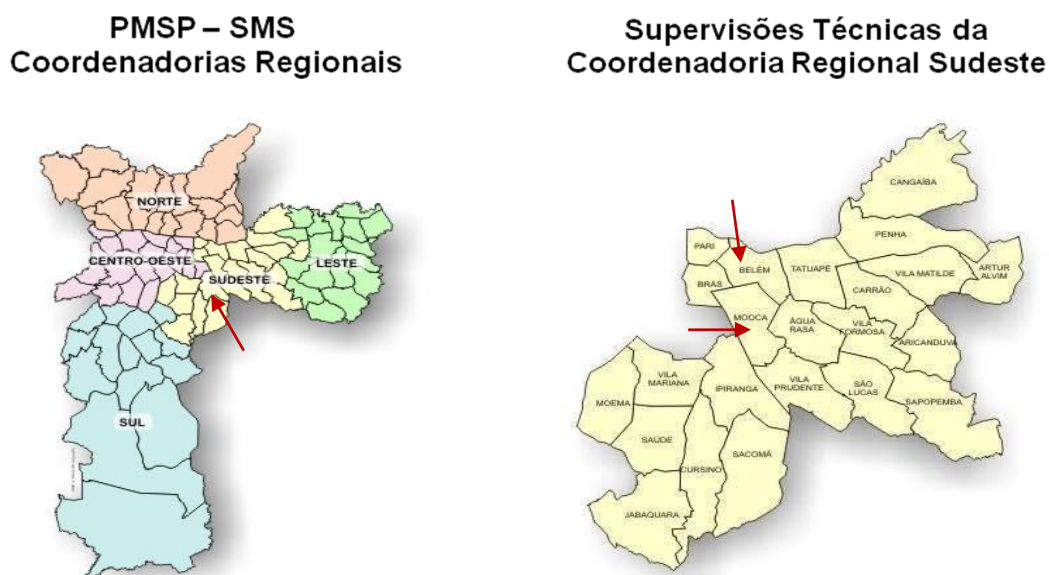
Após aprovação do projeto pelo comitê de ética do Centro Universitário São Camilo (Parecer N. 48/2015) e da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo (Parecer número 1.239.197), foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido para os responsáveis para esclarecimento de todos os procedimentos a serem realizados pela pesquisadora do estudo (Apêndice A).

5.2 Local do estudo

O Estudo foi realizado em duas UBSs da Supervisão Técnica de Saúde Mooca/Aricanduva, pertencente à Coordenadoria Regional Sudeste da Secretaria Municipal de Saúde - Prefeitura do Município de São Paulo.

Escolha por conveniência das unidades básicas de saúde UBS Vila Bertioga – Domingos Delascio e UBS Belenzinho – Marcus Wolosker.

Figura 4 - Mapa da cidade de São Paulo com Coordenadorias regionais demarcadas e Coordenadoria Regional Sudeste com respectivas supervisões técnicas de saúde, destacando regiões Mooca e Belém onde se localizam Unidades básicas de saúde de aplicação da pesquisa



5.3 População

Amostra não probabilística, de conveniência, composta por mães e respectivos filhos que frequentam as UBSs em questão.

Participaram desde estudo 116 pares de mães e respectivos filhos. O N amostral foi suficiente para as análises propostas. As mães foram convidadas a participar, desde que atendidos os critérios de inclusão e exclusão abaixo:

Critérios de Inclusão:

- Mães com filhos de ambos os sexos com idade entre 6 e 10 anos completos.

A escolha da faixa etária é justificada por estar inserida naquela indicada nos estudos de validação das escalas utilizadas nesta pesquisa. Além disso, optou-se pela fase escolar por ser um período importante para formação dos hábitos alimentares, risco de desenvolvimento de obesidade.

- Filho acompanhando o atendimento para avaliação do estado nutricional.

Critérios de Exclusão:

- Mães analfabetas ou com incapacidade de responder instrumentos da pesquisa; crianças com alergias ou restrições alimentares importantes referidos, e problemas de saúde crônicos que afetem a alimentação, tais como: múltiplas alergias alimentares; desordens metabólicas ou genéticas; problemas anatômicos ou mecânicos da via aérea superior ou trato gastrointestinal adquiridos ou congênitos, defeitos da laringe, traqueia e esôfago, que incapacitem parcial ou totalmente a alimentação por via oral.

- O convite para a participação foi feito da seguinte forma:

Para UBS- Belenzinho

- Pela chegada de mães nos corredores e ambiente para espera da UBS com finalidades diversas, tais como: marcação, realização ou retirada de resultados de exames, consultas agendadas;

- Foi entregue pessoalmente uma carta convite para mães em suas casas pelo agente de saúde da equipe da Estratégia Saúde da Família.

Para a UBS – Vila Bertioga:

- Pela chegada de mães nos corredores e ambiente para espera da UBS com finalidades diversas, tais como: marcação, realização ou retirada de resultados de exames, consultas das criança ou de suas mães:

- Consultas agendadas (inicial ou retorno) com os vários profissionais da saúde (médico pediatra, dentista, médico homeopata, fonoaudióloga, psicóloga;

- Consulta inicial com a nutricionista;

- Foi realizado levantamento de dados de crianças com idade entre 6 e 10 anos, atendidas na UBS pelos profissionais atuantes, através de suas planilhas de agendamentos progressos ou de futuro próximo. A partir da obtenção de nome da mãe, se número de telefone disponível na planilha, procedeu-se o contato com as mães para convite de participação na pesquisa (Apêndice A). Uma vez aceito, foi realizado o agendamento das mães na UBS para coleta de dados.

Todas as mães que concordaram com a participação, receberam informações sobre o estudo conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). No caso de mães com mais de um filho na faixa etária do estudo, foi solicitado que ela escolhesse um para a participação.

5.4 Variáveis do estudo e coleta de dados

As variáveis do estudo e respectivos instrumentos para coleta apresentam-se no Quadro 4.

Quadro 4 - Variáveis do estudo e instrumentos de coleta e avaliação de dados

VARIÁVEIS DO ESTUDO	DADOS COLETADOS	INSTRUMENTO DE COLETA E AVALIAÇÃO
Demográficas	Idade materna e filho; Sexo criança; Escolaridade, Estado Civil e Trabalho Materno	Questionário de Dados Sociodemográficos
Estado Nutricional	Peso, Estatura, IMC mãe, Escore z criança classificação estado nutricional	Questionário de Dados Sociodemográficos
Situação socioeconômica	Estimativa do Poder de Compra de Famílias Urbanas	Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)
Comportamento Alimentar das mães para com alimentação dos filhos	Respostas estruturadas (mães)	Escala de Comportamento dos Pais durante a Refeição
Percepção da Alimentação da Criança	Respostas estruturadas (mães)	Questionário de Alimentação da Criança

Durante o período de tempo em que as mães respondiam aos instrumentos de coleta, para entretenimento de seus filhos foram disponibilizados desenhos para colorir e lápis de cor, sendo livre a escolha de utilizá-los ou não (Apêndice C).

A comunicação do estado nutricional de mãe e criança foi feita verbalmente e entregue por escrito (Apêndice D)

Segue abaixo a descrição detalhada de cada variável e procedimentos de coleta de dados.

5.4.1 Variáveis demográficas

As variáveis demográficas foram representadas pela idade (mãe e criança); sexo (mãe e criança); escolaridade, estado civil, trabalho materno; gênero da criança, por meio de aplicação de questionário de dados sócios demográficos (Apêndice E).

5.4.2 Estado nutricional

Aferiram-se o peso (P) e estatura (E) de mães e filhos, segundo as normas técnicas da OMS (1999), adotadas pelo Ministério da Saúde (2008), em que as crianças foram pesadas vestindo roupas mínimas, e as mães com roupas leves, ambos sem calçados, em balança mecânica antropométrica para adulto Welmy® com capacidade de 150kg e divisões de 100g, com régua antropométrica com escala de 2,00 metros, utilizada para a mensuração da estatura, sendo todas as medidas tomadas pela própria pesquisadora. Realizou-se o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) segundo a fórmula – $IMC = P/E^2$.

Para a classificação do estado nutricional materno, utilizou-se critérios propostos pela OMS (1995), descrito no quadro 5.

Quadro 5 - Classificação do Índice de Massa Corporal de adultos

IMC (kg/m²)	Classificação
Abaixo 18,5	Baixo Peso
18,5 – 24,9	Eutrofia
25 – 29,9	Sobrepeso
30 – 34,9	Obesidade grau I
35 – 39,9	Obesidade grau II
≥ 40	Obesidade grau III

Fonte: (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995)

Para as crianças, foi calculado o escore-Z do IMC/Idade proposto para meninos e meninas de 5 a 19 anos (OMS, 2007), e subsequente classificação do estado nutricional conforme Quadro 6.

Quadro 6 - Classificação do Índice de massa corporal para a idade de crianças e adolescentes de 5 a 19 anos

IMC (kg/m²)	Classificação
< Escore-z -3	Magreza Acentuada
≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
≥ Escore-z -2 e ≤ Escore-z +1	Eutrofia
> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	Sobrepeso
> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Obesidade
> Escore-z +3	Obesidade Grave

Fonte: (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007)

5.4.3 Situação socioeconômica

A avaliação da situação socioeconômica foi realizada utilizando o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) – atualização 2015 – estabelecido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP), que identifica o potencial de consumo dos lares brasileiros, classificando a população em seis estratos socioeconômicos denominados A, B1, B2, C1, C2 e D-E. O CCEB está baseado em posse de bens, atrelando a cada item uma quantidade de pontos, que devem ser somados e o valor resultante identificado no critério, segundo seus pontos de cortes, a classificação socioeconômica da família (ABEP, 2014) (Anexo A). Foi utilizado modelo de questionário simplificado sugerido para aplicação do CCEB (Anexo B).

5.4.4 Avaliação do comportamento alimentar das mães para com a alimentação dos filhos

A Escala de Comportamento dos Pais durante a Refeição é a versão em português da *Parent Mealtime Action Scale* (PAMS), desenvolvida recentemente e validada para uma população americana por Hendy et al.

(2009). No Brasil, a versão foi traduzida e validada por Petty et al. (2013), em estudo com pais ou cuidadores oficiais de crianças de 6 a 10 anos, matriculadas em escolas na cidade de São Paulo (Anexo C). A escala em seu original teve confiabilidade (Alpha de Cronbach) de 0,62 - variando entre 0,42 e 0,81 entre os 9 domínios (Hendy et al., 2009), e o trabalho de validação de encontrou Alpha de Cronbach de 0,61 - variando de 0,47 a 0,81 entre os domínios (PETTY et al., 2013).

Esta escala é composta por 31 itens, subdivididos em nove domínios de comportamentos (Quadro 7):

- 1) Disponibilidade diária de frutas e hortaliças (3 itens);
- 2) Modelo de consumo de guloseimas (3 itens);
- 3) Uso de recompensa (4 itens);
- 4) Muitas opções alimentares (4 itens);
- 5) Redução de gordura (3 itens);
- 6) Refeições especiais (4 itens);
- 7) Limites para guloseimas (3 itens);
- 8) Persuasão positiva (4 itens), e
- 9) Insistência para comer (3 itens).

Quadro 7 - Composição da Escala de Comportamento dos Pais durante a Refeição – ECPDR, de acordo com os domínios

Domínio	Itens	
DISPONIBILIDADE DIÁRIA DE FRUTAS E HORTALIÇAS D1	17	Você dá fruta para o seu filho (a) todos os dias
	19	Você come frutas todos os dias
	20	Você come verduras e legumes todos os dias
MODELO DE CONSUMO DE GULOSEIMAS D2	21	Você toma refrigerante todos os dias
	22	Você come balas ou doces todos os dias
	23	Você come salgadinhos todos os dias
USO DE RECOMPENSA D3	1	Você faz com que o momento de comer seja uma brincadeira ou uma diversão para seu filho (a)
	6	Você dá para o seu filho (a) um alimento preferido como prêmio por bom comportamento
	7	Você oferece para o seu filho (a) um brinquedo ou uma atividade favorita como prêmio por bom comportamento
	8	Você oferece para o seu filho (a) uma sobremesa especial como prêmio por ele (a) comer
MUITAS OPÇÕES ALIMENTARES D4	4	Você deixa seu filho (a) comer o que ele (a) quiser
	5	Você deixa seu filho (a) colocar temperos ou molhos na comida como ele (a) quer
	9	Você deixa seu filho substituir um alimento por outro que ele (a) goste
	10	Você deixa seu filho (a) escolher quais alimentos comer, mas apenas entre aqueles que são oferecidos a ele (a)
REDUÇÃO DE GORDURA D5	12	Você impede seu filho (a) de comer demais
	18	Você faz mudanças na comida do seu filho (a) para diminuir a quantidade de gordura
	24	Você faz mudanças na sua própria comida para diminuir a quantidade de gordura
REFEIÇÕES ESPECIAIS D6	2	Você come os mesmos alimentos que o seu filho (a)
	3	Você senta com seu filho (a), mas não come
	11	Você prepara uma refeição ou alguma comida especial para o seu filho (a) diferente daquela da família
	31	Você coloca um pouco de cada alimento no prato de seu filho (a)
LIMITE PARA GULOSEIMAS D7	25	Você estabelece limites quanto ao número de doces que seu filho (a) pode comer por dia
	26	Você estabelece limites de quanto refrigerante seu filho (a) pode tomar por dia
	27	Você estabelece limites de quanto salgadinho seu filho (a) pode comer por dia
PERSUASÃO POSITIVA D8	13	Você diz para o seu filho (a) o quanto você gosta da comida
	14	Você diz para o seu filho (a) que será bom o sabor da comida se ele (a) experimentar
	15	Você diz para o seu filho (a) que seus amigos ou irmãos gostam da comida
	16	Você diz para seu filho (a) que um alimento vai deixá-lo saudável, inteligente e forte
INSISTÊNCIA PARA COMER D9	28	Você insiste para o seu filho (a) comer mesmo se ele (a) diz não estou com fome
	29	Você insiste para o seu filho (a) comer quando ele (a) está com sono ou não está se sentindo bem,m
	30	Você insiste para o seu filho (a) comer quando ele (a) está chateado (a)

As questões foram respondidas de acordo com a frequência de prática de cada comportamento (1-nunca; 2-às vezes, 3-sempre). As respostas foram tabuladas e para obtenção do resultado de cada um dos 9 comportamentos avaliados, realizou-se a média dos itens que compõe cada domínio. A frequência de cada ação foi obtida pela média de todas as respostas em cada subgrupo, (instruções - Anexo D). Portanto, quanto maior o valor obtido, mais frequentemente a ação foi executada pela mãe (Quadro 8).

Não há sistema classificatório com respectivos pontos de corte para diagnosticar a pontuação encontrada. Segundo Petty et al. (2013), em seus estudos para a validação do instrumento e uso na população brasileira, identificaram para os vários domínios uma interpretação baseada em pareceres de vários autores de estudos com uso dos domínios (Quadro 8).

Quadro 8 - Opções de respostas e pontuação da Escala de Comportamento dos Pais durante a Refeição – ECPDR

OPÇÕES DE RESPOSTAS E PONTUAÇÃO - ECPDR					
DOMÍNIO DE COMPORTAMENTO E NÚMERO DE ITENS	OPÇÕES DE RESPOSTA E PONTUAÇÃO POR ITEM			VALOR DE PONTUAÇÃO DO DOMÍNIO	INTERPRETAÇÃO DA PONTUAÇÃO (PETTY et al., 2013)
	1	2	3		
DISPONIBILIDADE DIÁRIA DE FRUTAS E HORTALIÇAS (3 itens)	NUNCA	ÀS VEZES	SEMPRE	SCORE DE CADA DOMÍNIO É A SOMA DOS VALORES DE PONTUAÇÃO DE SEUS RESPECTIVOS ITENS, DIVIDIDO PELO Nº DE ITENS DO DOMÍNIO	QUANTO MAIOR O VALOR DA MÉDIA, MELHOR
MODELO DE CONSUMO DE GULOSEIMAS (3 itens)					QUANTO MAIOR O VALOR DA MÉDIA, PIOR
USO DE RECOMPENSA (4 itens)					HÁ CONTROVÉRSIAS. ALGUNS AUTORES ACHAM PREJUDICIAL E OUTROS NÃO
MUITAS OPÇÕES ALIMENTARES (4 itens)					QUANTO MAIOR O VALOR DA MÉDIA, PIOR
REDUÇÃO DE GORDURA (3 itens)					HÁ CONTROVÉRSIAS. ALGUNS AUTORES ACHAM PREJUDICIAL E OUTROS NÃO. O DOMÍNIO MISTURA QUESTÕES DE RESTRIÇÃO QUANTI E QUALITATIVA
REFEIÇÕES ESPECIAIS (4 itens)					QUANTO MAIOR O VALOR DA MÉDIA, PIOR. NÃO HÁ ESTUDOS DE CAUSALIDADE, MAS HÁ ASSOCIAÇÃO COM PIOR CONSUMO DE FLV
LIMITES PARA GULOSEIMAS (3 itens)					QUANTO MAIOR O VALOR DA MÉDIA, MELHOR
PERSUAÇÃO POSITIVA (4 itens)					NA TEORIA, QUANTO MAIOR O VALOR DA MÉDIA, MELHOR, MAS NENHUM ESTUDO COMPROVA QUE FUNCIONA
INSISTÊNCIA PARA COMER (3 itens)					QUANTO MAIOR O VALOR DA MÉDIA, PIOR, POIS DESRESPEITA A CAPACIDADE DE AUTO REGULAÇÃO DE FOME E SACIEDADE DA CRIANÇA

5.4.5 Avaliação da percepção da alimentação da criança

O Questionário de Alimentação da Criança (QAC) é a tradução e validação para a língua portuguesa do *Child Feeding Questionnaire*, desenvolvido por Birch et al. (2001), sendo considerado um instrumento apropriado para pesquisas com pais de crianças com desenvolvimento normal (Anexo E). A escala foi traduzida e teve fidedignidade avaliada no Brasil por Miranda da Cruz (2009).

A escala em seu original teve confiabilidade (Alpha de Cronbach) de 0,70 a 0,92 entre os 7 fatores (BIRCH et al; 2001); o trabalho de Miranda da Cruz (2009) não fez avaliação da confiabilidade na aplicação na amostra brasileira.

Possui 31 questões e testa sete fatores (itens no Quadro 9): quatro que avaliam as percepções e preocupações dos pais e em relação ao controle das práticas de alimentação na infância e três fatores que avaliam as atitudes e práticas dos pais sobre o controle na alimentação infantil:

- 1) Responsabilidade percebida (3 itens), que avalia com que frequência os pais se sentem responsáveis pelo o que, quando e quanto o (a) filho (a) come;
- 2) Percepção do próprio peso corporal (4 itens),
- 3) Percepção do peso da criança (6 itens);
- 4) Preocupação em relação ao peso da criança (3 itens);
- 5) Restrição de alimentos (8 itens), que mede o grau em que os pais restringem alimentos não saudáveis ou utilizam alimentos como recompensa;
- 6) Pressão para comer (4 itens), e
- 7) Monitoramento (3 itens), que avalia o grau com que os pais acompanham, supervisionam o consumo de alimentos não saudáveis como frituras e guloseimas.

Quadro 9 - Composição do Questionário de Alimentação da Criança – QAC, de acordo com os fatores

Fator	Itens	
PERCEPÇÃO DE RESPONSABILIDADE F1	1	Quando sua criança está em casa, com que frequência você é responsável por alimentá-la?
	2	Com qual frequência você é responsável por decidir qual é o tamanho da porção de sua criança?
	3	Com qual frequência você é responsável por decidir se sua criança come o tipo correto de comida?
PERCEPÇÃO DO PESO DOS PAIS F2	4	Sua infância (5 a 10 anos de idade).
	5	Como era seu peso na adolescência.
	6	Como era seu peso aos 20 anos.
	7	Como era seu peso atualmente
PERCEPÇÃO DO PESO DA CRIANÇA F3	8	Peso de sua criança durante o primeiro ano de vida.
	9	Peso de sua criança de 1 a 2 anos.
	10	Peso de sua criança na pré-escola.
	11	Peso de sua criança do pré a 2ª série.
	12	Peso de sua criança da 3ª a 5ª série.
PREOCUPAÇÃO COM O PESO DA CRIANÇA F4	13	Peso de sua criança da 6ª a 8ª série
	14	O quanto você se preocupa sobre a sua criança comer muito quando você não está perto dela?
	15	O quanto você se preocupa sobre a sua criança ter que fazer dieta para manter um peso desejável?
RESTRICÇÃO F5	16	O quanto você se preocupa sobre a sua criança ficar acima do peso?
	17	Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muitos doces (balas, sorvete, bolos, tortas).
	18	Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muitos alimentos altamente calóricos.
	19	Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muitos de seus alimentos preferidos.
	20	Eu intencionalmente mantenho algumas comidas fora do alcance da minha criança.
	21	Eu ofereço doces (balas, sorvete, bolos, tortas) para a minha criança como recompensa por um bom comportamento.
	22	Eu ofereço para minha criança seu alimento preferido em troca de um bom comportamento.
	23	Se eu não orientar ou regular o que minha criança come, ela irá comer muita porcária.
PRESSÃO PARA COMER F6	24	Se eu não orientar ou regular o que minha criança come, ela irá comer muito de sua comida preferida.
	25	Minha criança deveria sempre comer toda a comida de seu prato.
	26	Eu tenho que ser muito cuidadoso para ter certeza de que minha criança come o suficiente.
	27	Se minha criança diz “Eu não estou com fome”, eu tento fazer comer mesmo assim.
MONITORAMENTO F7	28	Se eu não guiar ou regular o que minha criança come, ela poderia comer muito menos do que deveria.
	29	O quanto você mantém o controle dos doces (balas, sorvete, bolos, tortas) que sua criança come?
	30	O quanto você mantém o controle dos lanches (batatas, salgadinhos) que sua criança come?
	31	O quanto você mantém o controle dos alimentos altamente calóricos que sua criança come?

As questões são respondidas de acordo com a intensidade das percepções e atitudes; para cada uma das questões de cada fator, sempre há cinco opções de respostas com correspondentes pontos de 1 a 5. A média aritmética dos pontos das questões de cada fator é calculada para determinação dos fatores e quanto maior a média alcançada maior presença do fator nas atitudes e práticas alimentares exercidas pelos pais (Quadro 10).

Quadro 10 - Opções de respostas e pontuação do Questionário de Alimentação da Criança – QAC

OPÇÕES DE RESPOSTAS E PONTUAÇÃO - QAC						
AValiação	Fatores	1	2	3	4	5
PERCEPÇÕES E PREOCUPAÇÕES DOS PAIS EM RELAÇÃO AO CONTROLE DAS PRÁTICAS DE ALIMENTAÇÃO NA INFÂNCIA	RESPONSABILIDADE PERCEBIDA (o que, quando e quanto o filho come) (3 itens)	Nunca	Raramente	Metade do tempo	Maior parte do tempo	Sempre
	PERCEPÇÃO DO PRÓPRIO PESO (4 itens)	Muito abaixo do peso	Abaixo do peso	Normal	Acima do peso	Muito acima do peso
	PERCEPÇÃO DO PESO DA CRIANÇA (6 itens)	Muito abaixo do peso	Abaixo do peso	Normal	Acima do peso	Muito acima do peso
	PREOCUPAÇÃO COM PESO DA CRIANÇA (3 itens)	Despreocupado	Um pouco preocupado	Preocupado	Bem preocupado	Muito preocupado
ATTITUDES E PRÁTICAS DOS PAIS SOBRE O CONTROLE NA ALIMENTAÇÃO INFANTIL	RESTRIÇÃO DE ALIMENTOS (8 itens)	Discordo	Discordo levemente	Neutro	Concordo levemente	Concordo
	PRESSÃO PARA COMER (4 itens)	Discordo	Discordo levemente	Neutro	Concordo levemente	Concordo
	MONITORAMENTO (3 itens)	Nunca	Raramente	Às vezes	Maior parte do tempo	Sempre

5.5 Procedimentos

As questões dos instrumentos ECPDR e QAC foram colocadas em um formato mais fácil e prático para aplicação, entendimento e interpretação dos participantes da pesquisa. Procedeu-se modificações somente na disposição das questões e modo de colocação dos itens de escolhas para respostas, sem alterar a estrutura das perguntas e opções de respostas (Anexos C e E).

Posteriormente foi realizado pré-teste com cinco mães que aguardavam atendimento pediátrico para seus filhos na UBS Vila Bertioga, sendo as mesmas convidadas a responder os questionários após esclarecimentos quanto à finalidade de testar os instrumentos e isenção de vínculo em

pesquisa. Encontrou-se que o tempo médio de preenchimento dos dois questionários (ECPDR e QAC) foi de 10 minutos para cada questionário, com poucas dificuldades de compreensão após explicações.

Por isso ficou estabelecido que os questionários fossem auto-administrados no interior das UBSs, após explicações, tomando-se o cuidado para não haver indução às respostas.

5.6 Roteiro metodológico

As etapas metodológicas seguiram o roteiro representado pela Figura 5.

Figura 5 - Organograma do Roteiro Metodológico



5.7 Análise estatística

Os dados foram processados no software Stata, versão 13.0. O nível de significância adotado foi de 5%.

A descrição das características gerais da amostra foi apresentada por meio de distribuição de frequências simples, médias e seus respectivos desvio padrão. Na ausência de normalidade das variáveis contínuas utilizaram-se medianas e seus respectivos intervalos interquartis (IQ_{25-75}).

A descrição das percepções e atitudes maternas, medidas pelos escores ECPDR e QAC, foi realizada por meio da apresentação das medianas (IQ_{25-75}) do escore total e de cada subescala que compõe os escores.

Apresentou-se gráficos do tipo box plot para ilustrar a distribuição mediana dos valores (IQ_{25-75}) das subclasses do ECPDR e do QAC em função do estado nutricional da criança. Para a verificação das diferenças estatísticas entre a pontuação de cada subclasse utilizou-se o teste Kruskal Wallis e o teste Mann-Whitney.

A investigação se os escores gerais de atitudes e percepções maternas, bem como suas subescalas, diferem segundo características da criança e da mãe foi realizada por meio de regressão linear. Devido à ausência de normalidade do escore QAC, seus valores foram transformados em unidade de raiz quadrada, pois ofereceram melhor ajuste.

Investigou-se a correlação existente entre o escore total de ECPDR e o QAC, bem como a correlação existente entre cada subclasse do QAC com as subclasses do ECPDR, por meio do teste de correlação de Spearman. Exploraram-se também as relações existentes, internamente, entre as subclasses do escore ECPDR. O mesmo foi realizado entre as subclasses do QAC. A confiabilidade de ambas as escalas foi avaliada por meio do Alpha de Cronbach.

Avaliou-se a associação existente entre o estado nutricional materno e o da criança, por meio do teste Qui Quadrado de Pearson. Procedeu-se, ainda,

ao teste de correlação de Spearman para investigar a relação existente entre o IMC materno e o IMC da criança (em unidades de escore z).

5.8 Aspectos Éticos

A pesquisa foi analisada e aprovada pelos comitês de ética do Centro Universitário São Camilo sob o número 48/2015, em 04/08/2015, e da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo sob o número 1.239.197, em 22/09/2015.

As mães assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

6. RESULTADOS

Participaram deste trabalho 116 pares de mães e filhos, cujas características foram apresentadas na tabela 1. Uma criança (e sua mãe) foi excluída do estudo, pois a criança tinha $score-z < 3$ de IMC para a idade na avaliação do estado nutricional, caracterizando um *outlier*.

Tabela 1- Características da amostra (n=116).

Variáveis	n (%)
Características da Criança	
<i>Gênero</i>	
Masculino	63 (54,3)
Feminino	53 (45,7)
<i>Faixa etária da criança</i>	
<8 anos	45 (38,8)
8-10 anos	71 (61,2)
<i>Idade da criança (anos) média (DP)</i>	8 (1,5)
<i>Filho único?</i>	
Sim	32 (27,6)
Não	84 (72,4)
<i>Come com a mãe?</i>	
Sim	89 (76,7)
Não	27 (23,8)
<i>Estado Nutricional criança (IMCz)</i>	
Eutrofia	49 (42,3)
Sobrepeso	23 (19,8)
Obesidade	44 (37,9)
<i>Escore z do IMC da criança, média (DP)</i>	1,4 (1,6)
Características Maternas	
<i>Nível Socioeconômico</i>	
A ou B	28 (24,1)
C, D ou E	88 (75,9)
<i>Mãe trabalha?</i>	
Sim	59 (50,9)
Não	57 (49,1)
<i>Situação marital</i>	
Com companheiro	94 (81,0)
Sem companheiro	22 (19,0)

<i>Escolaridade materna</i>	
Ensino fundamental	41 (35,6)
Ensino médio	57 (49,6)
Ensino superior	17 (14,8)
<i>Idade materna</i>	
<30 anos	19 (16,4)
30 -40 anos	49 (42,2)
≥40 anos	48 (41,4)
Idade materna em anos (mediana, IQ ₂₅₋₇₅)	38 (32- 43)
<i>Estado Nutricional mãe (IMC)</i>	
Baixo Peso	2 (1,7)
Eutrofia	31 (26,7)
Sobrepeso	39 (33,6)
Obesidade	44 (37,9)
IMC (mediana, IQ ₂₅₋₇₅)	28,4 (24,6-32,9)

IMC = Índice de massa corporal da mãe

IMCz = Escore z do IMC da criança

As crianças estudadas tiveram distribuição quase uniforme quanto ao sexo. A maior parte das crianças era maior de oito anos, possuía pelo menos um irmão, fazia as refeições na presença da mãe e apresentava excesso de peso ou obesidade. Quanto às características maternas, a maioria era de classe social igual ou inferior a C1, possuía 30 anos ou mais, tinha companheiro e apresentava excesso de peso ou obesidade. Metade delas trabalhava e estudou até o ensino médio.

As variáveis relacionadas às atitudes alimentares (escores nas escalas QAC e ECPDR), não tiveram distribuição normal; portanto, os resultados são apresentados, em medianas e intervalo interquartis nas tabelas 2 e 3.

O Alpha de Cronbach nesta amostra para QAC foi 0,88 (variando de 0,60 a 0,86); e para ECPDR 0,66 (variando de 0,28 a 0,86).

Tabela 2- Medidas descritivas (mediana, intervalo interquartis, valores mínimos e máximos) dos valores obtidos na Escala de comportamento dos pais durante a refeição (ECPDR) e seus domínios (n=116).

Variável	Mediana	IQ₂₅₋₇₅	Min-Max
ECPDR	68	64-71	49-79
1 - Disponibilidade diária de frutas e hortaliças	2,7	2,3-3,0	1,3-3,0
2 - Modelo de consumo de guloseimas	1,7	1,7-2,0	1,0-2,7
3 - Uso de recompensas	1,5	1,3-2,0	1,0-2,5
4 - Muitas opções alimentares	1,8	1,5-2,0	1,0-3,0
5 - Redução de gordura	2,3	1,7-2,0	1,0-3,0
6 - Refeições especiais	2,3	2,0-2,5	1,5-3,0
7 - Limite para guloseimas	3,0	2,3-3,0	1,0-3,0
8 - Persuasão positiva	2,8	2,4-3,0	1,0-3,0
9 - Insistência para comer	2,0	1,7-2,7	1,0-3,0

Opções de respostas: 1 (nunca), 2(às vezes) e 3 (sempre).

Observando as medianas do escore total do ECPDR e suas subescalas, notou-se que as maiores medianas foram obtidas para os domínios: disponibilidade diária de frutas e hortaliças (1=2,7), limite de guloseimas (7=3,0) e persuasão positiva (8=2,8) - todas indicativas de atitudes maternas positivas. Já as menores medianas foram encontradas nos seguintes domínios: modelo de guloseima (2=1,7), uso de recompensas (3=1,5) e oferecimento de muitas opções alimentares (4=1,8) - todas relacionadas a atitudes negativas.

Tabela 3- Medidas descritivas (mediana, intervalo interquartis, valores mínimos e máximos) dos valores obtidos no Questionário de Alimentação da Criança (QAC) e seus fatores (n=116).

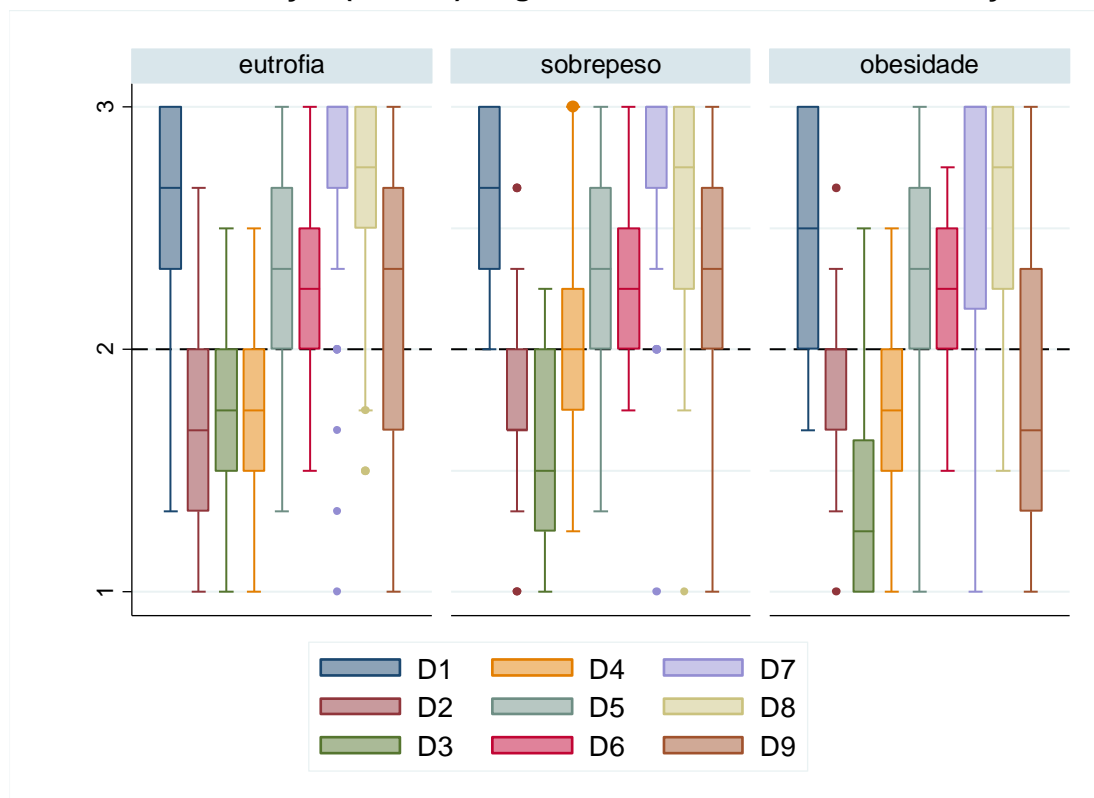
Variável	Median a	IQ ₂₅₋₇₅	Min-Max
QAC	108	99-114	68-134
1 - Responsabilidade percebida pela mãe quanto à alimentação do filho	4,3	3,7-5,0	1,3-5,0
2 - Percepção pela mãe de seu próprio peso corporal	3,3	3,0-3,5	2,0-4,3
3 - Percepção da mãe sobre o peso do filho	2,5	2,0-2,7	1,5-4,2
4 - Preocupação da mãe com o peso do filho	3,5	2,3-4,7	1,0-5,0
5 - Restrição de alimentos não saudáveis	3,8	3,1-4,3	1,1-5,0
6 - Pressão para a criança comer	3,8	3,0-4,5	1,0-5,0
7 - Monitoramento exercido pela mãe sobre o consumo de alimentos não saudáveis pela criança	4,3	3,8-5,0	1,0-5,0

Opções de respostas: variam de 1 a 5, sendo que quanto maior o valor maior a intensidade da atitude ou percepção avaliada.

As medianas obtidas nas subclasses de QAC indicam que os fatores mais presentes nas mães avaliadas foram a responsabilidade percebida quanto a alimentação da criança (1=4,3), o monitoramento exercido pela mãe sobre o consumo de alimentos saudáveis (7=4,3), a restrição de alimentos não saudáveis (5=3,8) e a pressão para comer (6=3,8). O fator menos presente foi a percepção da mãe sobre o peso do filho (3=2,5).

Os escores nas escalas QAC e ECPDR foram comparados segundo o estado nutricional das crianças para avaliar se as percepções e atitudes das mães variavam conforme o mesmo. As figuras 6 e 7 ilustram estas variações.

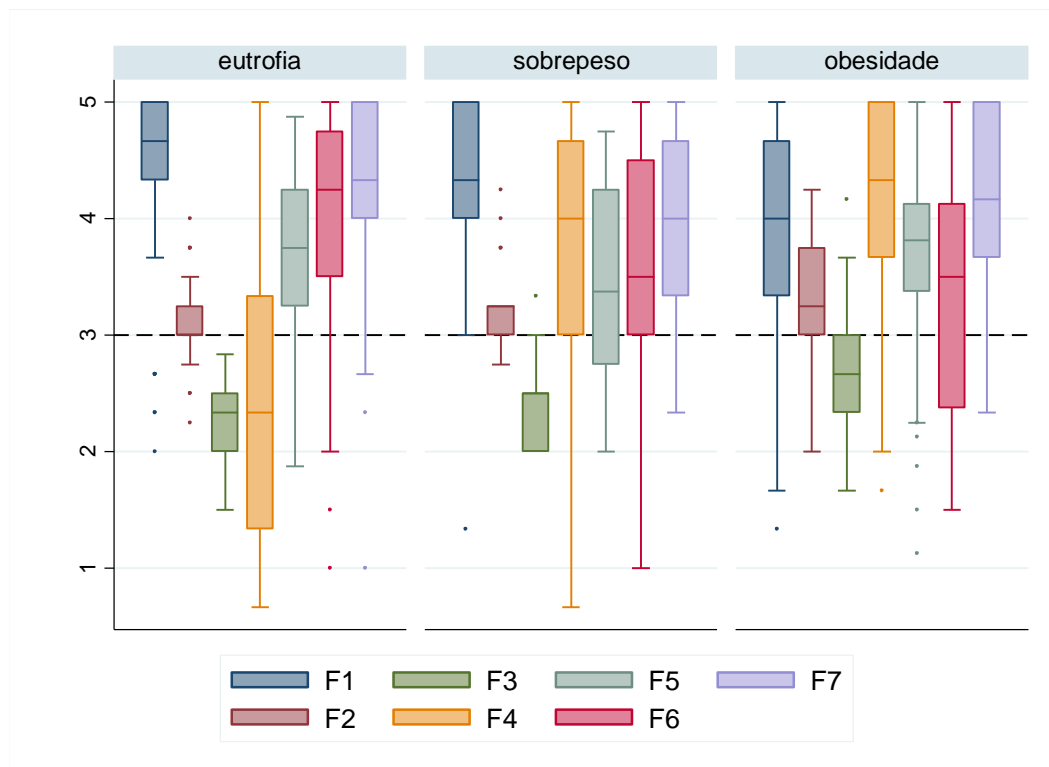
Figura 6 - Box Plot das subescalas (domínios) da Escala de Comportamento dos Pais Durante a Refeição (ECPDR), segundo estado nutricional da criança



D1=disponibilidade de FH; D2=modelo de consumo de guloseimas; D3=uso de recompensas; D4=muitas opções alimentares; D5= redução de gordura; D6=refeições especiais; D7=limite para guloseimas; D8=persuasão; D9=insistência para comer. As opções de respostas variam de 1 (nunca), 2(às vezes) e 3(sempre), portanto, quanto maior a pontuação das opções de resposta, maior a presença do domínio avaliado. Diferenças estatisticamente significante ($p < 0.05$) verificadas para: D3 (Eutrofia X Obesidade) e D9 ((Eutrofia X Obesidade).

A figura 6 ilustra a distribuição das medianas e IQ_{25-75} das subescalas do ECPDR segundo estado nutricional da criança. Diferenças estatisticamente significantes foram encontradas somente entre as mães de crianças eutróficas e as mães de crianças obesas para os domínios D3 “uso de recompensas” e D9 “insistência para comer”, em ambos os domínios valores medianos significativamente maiores foram encontrados para as mães de crianças eutróficas (mediana D3=1,8; mediana D9=2,3) quando comparadas às mães de crianças obesas (med.D3=1,3; med. D9=1,7).

Figura 7- Box Plot das subescalas (fatores) do Questionário de Alimentação da Criança (QAC), segundo estado nutricional da criança.



F1=responsabilidade percebida pela mãe quanto à alimentação do filho; F2=percepção pela mãe de seu próprio peso corporal; F3=percepção da mãe sobre o peso do filho; F4=preocupação da mãe com o peso do filho; F5=restrição de alimentos não saudáveis; F6=pressão para a criança comer; F7=monitoramento exercido pela mãe sobre o consumo de alimentos não saudáveis pela criança. As opções de respostas variam de 1 a 5, quanto maior a pontuação das opções de resposta, maior a presença do fator. Diferenças estatisticamente significante ($p < 0.05$) verificadas para: F1 (Eutrofia X Obesidade); F2 (Eutrofia X Obesidade); (F3 (Eutrofia X Obesidade e Sobrepeso X Obesidade); F4 (Eutrofia X Sobrepeso e Eutrofia X Obesidade); F6 (Eutrofia X Sobrepeso e Eutrofia X Obesidade).

A figura 7 ilustra a distribuição das medianas e IQ_{25-75} das subescalas do QAC segundo estado nutricional da criança. Quanto aos fatores ligados à percepção materna (F1 a F4), nota-se que mães de crianças eutróficas diferem significativamente de mães de crianças obesas, sendo que a reponsabilidade percebida quanto à alimentação da criança (F1) é maior entre as mães de crianças eutróficas (med=4,7) do que entre obesas (med=4,0); a percepção do próprio peso corporal (F2) é maior entre as mães de crianças obesas (med=3,0) do que entre eutróficas (med=3,3); a percepção do peso corporal da criança (F3) é maior entre as mães de crianças obesas (med=2,7) que de eutróficas (med=2,3); a preocupação com o peso da criança (F4) é maior entre as mães de crianças obesas (med=4,3) o que entre eutróficas (med=2,3). Observaram-se, ainda, diferenças significativas quanto à percepção do peso

corporal da criança (F3) entre mães de crianças com sobrepeso (med=2,5) e mães de crianças obesas (med=2,7); e para o fator preocupação com o peso da criança (F4) entre as mães de crianças eutróficas (med=2,3) e mães de crianças com sobrepeso (med=4,0).

Ao analisarmos os fatores ligados as atitudes e práticas maternas (F5 a F7), verificou-se que somente o fator pressão para comer (F6) diferiu significativamente segundo o estado nutricional da criança, revelando diferenças entre mães de crianças eutróficas (med=4,3) e com sobrepeso (med=3,5) e entre eutróficas e obesas (med=3,5).

A variação no escore do QAC e ECPDR segundo escore Z do IMC das crianças, bem como segundo características das mães pode ser vista na tabela 4.

Tabela 4 - Variação da pontuação total do Questionário de Alimentação da Criança (QAC) e Escala de Comportamento dos Pais Durante a Refeição (ECPDR), segundo características maternas e da criança.

Variável independente	QAC β (IC95%)	ECPDR β (IC95%)
Idade da mãe		
< 30 anos (<i>ref</i>)	--	--
30-40 anos	0,06 (-0,27; 0,39)	1,48 (-1,49; 4,45)
≥40 anos	-0,002 (-0,33; 0,33)	1,23 (-1,75; 4,21)
Escolaridade materna		
<i>Fundamental</i>	--	--
<i>Médio</i>	0,12 (-0,13; 0,37)	-0,38 (-2,64; 1,88)
<i>Superior</i>	0,10 (-0,24; 0,46)	0,29 (-2,90; 3,47)
Situação marital		
<i>Sem companheiro</i>	--	--
<i>Com companheiro</i>	0,03 (-0,25; 0,32)	0,47 (-2,13; 3,07)
Trabalho materno		
<i>Sim</i>	--	--
<i>Não</i>	0,13 (-0,09; 0,36)	-0,68 (-2,72; 1,36)
Nível Socioeconomico		
<i>A e B</i>	--	--
<i>C, D e E</i>	0,06 (-0,20; 0,33)	0,13 (-2,26; 2,51)
Estado nutricional da mãe		
<i>Eutrofia/ baixo peso</i>	--	--
<i>Sobrepeso</i>	-0,11 (-0,40; 0,18)	-2,72 (-5,28; -0,18)*
<i>Obesidade</i>	0,10 (-0,18; 0,38)	-2,58 (-5,06; -0,10)*
Escore z IMC da criança	0,08 (0,01; 0,15)*	-0,69 (-1,30; -0,07)*

*p<0,05;

**QAC em unidades de raiz quadrada

IMC = Índice de massa corporal da mãe

IMCz = Escore z do IMC da criança

Avaliando se percepções e atitudes maternas, medidas pelo escore total QAC e ECPDR, diferem segundo características maternas, não foi observado diferenças, com exceção do estado nutricional da mãe, no qual se verificou que mães obesas e com sobrepeso apresentaram escore ECPDR significativamente inferior a mães eutróficas, na ordem de -2,58 unidades de ECPDR para mães obesas e -2,72 unidades de ECPDR para mães com sobrepeso.

Diferenças estatisticamente significantes também foram observadas apenas para o IMC da criança, onde a cada unidade de aumento no IMC da criança aumenta o escore QAC em 0,08 unidades; comportamento inverso foi observado para a ECPDR, com redução de 0,69 unidades no escore a cada aumento de uma unidade do IMC da criança.

Foi verificado também que há correlação (0,4347 / $p < 0,0001$) entre estado nutricional da mãe e do filho. E quando avaliado de forma categórica, observa-se que existe associação do estado nutricional da mãe e da criança, ou seja, no grupo de mães obesas a frequência de filhos obesos é cerca de duas vezes maior (RP=2,2) do que no grupo de mães não obesas ($p < 0,0001$).

A tabela 5 apresenta todos os coeficientes de correlação calculados entre os sete fatores do QAC.

Tabela 5 - Correlação entre fatores do Questionário de Alimentação da Criança (QAC).

QAC	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
1 - Responsabilidade percebida pela mãe quanto à alimentação do filho	--	--	--	--	--	--	--
2 - Percepção pela mãe de seu próprio peso corporal	-0,05	--	--	--	--	--	--
3 - Percepção da mãe sobre o peso do filho	-0,13	0,001	--	--	--	--	--
4 - Preocupação da mãe com o peso do filho	-0,15	0,13	0,34*	--	--	--	--
5 - Restrição de alimentos não saudáveis	0,08	0,01	-0,05	0,20*	--	--	--
6 - Pressão para a criança comer	0,21*	-0,03	-0,23*	-0,08	0,43*	--	--
7 - Monitoramento exercido pela mãe sobre o consumo de alimentos não saudáveis pela criança	0,32*	-0,13	-0,06	0,01	0,28	0,13	--

* $p < 0,05$

Das 21 correlações investigadas, seis foram estatisticamente significantes, sendo positiva para F1xF6 (responsabilidade percebida X pressão para comer), F1xF7 (responsabilidade percebida X monitoramento), F3xF4 (percepção do peso do filho X preocupação com o peso do filho), F4xF5 (preocupação com o peso do filho X restrição de alimentos), F5xF6 (restrição

de alimentos X pressão para comer) e negativa para F3xF6 (percepção do peso do filho X pressão para comer). A maioria das correlações observadas são consideravelmente fracas ($r < 0,4$), com exceção da correlação encontrada entre “restrição de alimentos não saudáveis” e “pressão para comer” ($r = 0,43$), considerada moderada.

A tabela 6 apresenta todos os coeficientes de correlação calculados entre os nove domínios do ECPDR.

Tabela 6 – Correlação entre todos os domínios da Escala de Comportamento dos Pais Durante a Refeição (ECPDR).

ECPDR	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9
1 Disponibilidade diária de frutas e hortaliças	--	--	--	--	--	--	--	--	--
2 Modelo de consumo de guloseimas	-0,10	--	--	--	--	--	--	--	--
3 Uso de recompensas	0,02	-0,05	--	--	--	--	--	--	--
4 Muitas opções alimentares	-0,07	0,19*	0,16	--	--	--	--	--	--
5 Redução de gordura	0,31*	-0,17	-0,13	0,02	--	--	--	--	--
6 Refeições especiais	-0,001	0,14	0,08	-0,06	0,16	--	--	--	--
7 Limite para guloseimas	0,48*	-0,16	-0,002	-0,10	0,47*	-0,07	--	--	--
8 Persuasão positiva	0,15	-0,15	0,25*	0,13	0,23*	0,01	0,19	--	--
9 Insistência para comer	0,01	-0,03	0,18*	0,01	0,07	0,02	-0,003	0,28*	--

* $p < 0,05$

Das 36 correlações investigadas, 8 foram estatisticamente significantes e positivas, entre D1xD5 (disponibilidade de FH X redução de gordura), D1xD7 (disponibilidade de FH X limite para guloseimas), D2xD4 (modelo de consumo de guloseimas X muitas opções alimentares), D3xD8 (uso de recompensas X persuasão positiva), D3xD9 (uso de recompensas X insistência para comer), D5xD7 (redução de gordura X limite para guloseimas), D5xD8 (redução de gordura X persuasão positiva) e D8xD9 (persuasão positiva X insistência para comer). A maioria das correlações observadas são consideravelmente fracas ($r < 0,4$), com exceção da correlação encontrada entre “disponibilidade de FH” X “limite para guloseimas” ($r = 0,48$) além de “redução de gordura” X “limite para guloseimas” ($r = 0,47$), consideradas de força moderada.

Como as escalas QAC e ECPDR se comunicam, foi verificada convergência entre os escores das mesmas; a correlação (Spearman's rho) entre os escores totais da QAC e totais da ECPDR foi de 0,3802 ($p < 0,0001$).

Uma exploração sobre a correlação entre os domínios da ECPDR e dos fatores da QAC foi realizada. Tal avaliação é especialmente importante, uma vez que os escores das escalas não são unidirecionais (nem sempre maiores escores significam melhores atitudes ou percepções). A tabela 7 apresenta os coeficientes de correlação entre as subclasses do QAC e do ECPDR, além de explorar a correlação destas subclasses com o IMC da mãe e com o IMC da criança (em escore z).

Tabela 7- Correlação entre todos os domínios (D1 a D9) da Escala de Comportamento dos Pais Durante a Refeição (ECPDR) e os fatores (F1 a F7) do Questionário de Alimentação da Criança (QAC) com Índice de Massa Corporal (IMC) da mãe e da criança.

ECPDR	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	IMC mãe	IMC criança
D1	0,26*	-0,03	-0,03	-0,07	0,05	0,01	0,40*	-0,08	-0,20*
D2	-0,22*	0,09	0,08	0,06	-0,04	0,05	-0,21*	0,14	0,13
D3	-0,04	-0,08	-0,33*	-0,11	0,38*	0,30*	0,03	-0,29*	-0,35*
D4	-0,15	-0,02	0,12	0,07	0,18*	0,00	-0,08	-0,02	0,04
D5	0,07	-0,01	-0,01	0,25*	0,16	-0,02	0,44*	0,05	0,16
D6	-0,10	-0,04	-0,13	-0,09	-0,12	-0,14	-0,02	-0,09	-0,09
D7	0,32*	-0,12	-0,05	0,10	0,22*	0,03	0,54*	-0,10	-0,19*
D8	0,22*	0,02	-0,07	0,08	0,30*	0,27*	0,28*	0,05	0,02
D9	0,12	0,003	-0,20*	-0,09	0,15	0,51*	0,20*	-0,15	-0,22*
IMC mãe	-0,002	0,54*	0,18	0,11	-0,02	-0,11	-0,02	---	--
IMC criança	-0,24*	0,25*	0,40*	0,55*	0,07	-0,28*	-0,07	0,44*	--

*p<0,05

F1=responsabilidade percebida pela mãe quanto à alimentação do filho; F2=percepção pela mãe de seu próprio peso corporal; F3=percepção da mãe sobre o peso do filho; F4=preocupação da mãe com o peso do filho; F5=restricção de alimentos não saudáveis; F6=pressão para a criança comer; F7=monitoramento exercido pela mãe sobre o consumo de alimentos não saudáveis pela criança. D1=disponibilidade de FH; D2=modelo de consumo de guloseimas; D3=uso de recompensas; D4=muitas opções alimentares; D5= redução de gordura; D6=refeições especiais; D7=limite para guloseimas; D8= Persuasão positiva; D9=insistência para comer.

Os dados mostram que entre as subclasses do QAC e ECPDR existem correlações positivas entre “responsabilidade percebida pela mãe” (F1) com “disponibilidade de frutas e hortaliças” (D1), “limite para guloseimas” (D7) e “persuasão positiva” (D8); entre “preocupação com o peso do filho” (F4) com “redução de gordura” (D5); entre “restrição de alimentos” (F5) com “uso de recompensas” (D3), “muitas opções alimentares” (D4), “limite para guloseimas” (D7) e “persuasão positiva” (D8); entre “pressão para comer” (F6) com “uso de recompensas” (D3), “persuasão positiva” (D8) e “insistência para comer” (D9); e entre “monitoramento” (F7) com “disponibilidade de FH” (D1), “redução de gordura” (D5), “limite para guloseima” (D7), “persuasão positiva” (D8) e “insistência para comer” (D9).

Correlações negativas foram observadas entre “responsabilidade percebida pela mãe” (F1) com modelo de consumo de guloseimas (D2); entre “percepção sobre peso do filho” (F3) com “uso de recompensas” (D3) e “insistência para comer” (D9) e entre “monitoramento” (F7) com “modelo de consumo de guloseimas” (D2). Em geral as correlações observadas entre as subclasses dos escores foram fracas ($r < 0,4$), com exceção de “pressão para comer” (F6) com “insistência para comer” (D9); “monitoramento” (F7) com “disponibilidade de FH” (D1); “monitoramento” (F7) com “redução de gordura” (D5) e “monitoramento” (F7) com “limite para guloseimas” (D7) ($r \geq 0,4$).

O IMC da mãe mostrou-se positivamente correlacionado com “percepção do próprio peso corporal” (F2) e negativamente com o “uso de recompensas” (D3). O IMC da criança apresentou correlação positiva e fraca com “percepção do próprio peso corporal” (F2), e moderada com “percepção sobre peso do filho” (F3) e “preocupação com o peso do filho” (F4) e negativa e fraca com “responsabilidade percebida pela mãe” (F1), “pressão para comer” (F6) e “monitoramento” (F7). Na análise das subescalas do ECPDR com o IMC da criança todas as correlações significantes identificadas com “disponibilidade de FH” (D1), “uso de recompensas” (D3), “limite para guloseimas” (D7) e “insistência para comer” (D9) foram negativas e fracas ($r < 0,4$). Observou-se correlação moderada ($r = 0,44$) entre o IMC da mãe e o IMC da criança.

7. DISCUSSÃO

Este trabalho avaliou 116 pares de mães e filhos para investigar o comportamento da mãe durante a refeição e sua percepção sobre a alimentação da criança. Questionários validados foram utilizados para esta avaliação, e embora tenham sido usados anteriormente em estudos nacionais (no caso do QAC apenas em teses não publicadas), é a primeira vez que os dois – ECPDR e QAC – são utilizados em conjunto.

Na amostra estudada, identificou-se que a maioria das mães era de classe baixa, idade intermediária (maior de 30 anos), sendo que a metade trabalhava e tinha companheiro. Tal perfil apresenta compatibilidade com o público usuário de UBS, local onde foram convidadas para o estudo. Pôde ser observado um número muito expressivo de mães com sobrepeso e obesidade (mais de 70%), evidenciando valor acima daquele encontrado na última POF 2008-2009 (IBGE, 2010) para a população de mulheres brasileiras que é de 48% com excesso de peso e 16,9% obesas. Portanto, a frequência de obesas no presente estudo é mais do que o dobro (37,9%).

A imensa maioria das mães era da classe sócio econômica C, D ou E, e tal fato pode ter relação com perfil nutricional apresentado quando estudos apontam aumento do excesso de peso entre as classes menos favorecidas (GIGANTE et al., 2009; PAN et al., 2013). Observando os dados da POF de 2008-2009 (IBGE, 2010) sobre a prevalência de excesso de peso e de obesidade segundo as classes de rendimento para mulheres observa-se aumento contínuo de prevalência até a classe de “2-5 salários mínimos” (compatível com público deste estudo) e declínio a partir desta faixa de renda. As escolaridades das mães deste estudo podem ter também alguma relação com a frequência de excesso de peso encontrada. Gigante et al. (2009) ao analisarem fatores associados ao sobrepeso e obesidade encontraram relação inversa entre escolaridade e estado nutricional.

Já com relação às crianças, foi possível obter uma amostra muito semelhante entre os sexos, sendo a maioria com idade entre 8 e 10 anos, e não filho único. Igualmente às mães, muitas crianças estavam acima do peso (57,7%). A última POF 2008-2009 (IBGE, 2010) mostrou que meninos desta faixa etária apresentaram 34,8% de sobrepeso e 16,6% de obesidade, e meninas 32% de sobrepeso e 11,8%

de obesidade. Desta forma, as crianças do presente estudo apresentaram metade de sobrepeso (19,8%) e mais do que o dobro de obesidade (37,9%) quando comparados aos dados da POF. Diferentemente dos adultos, este último levantamento nacional aponta aumento contínuo de excesso de peso e obesidade conforme aumenta a classe de rendimento familiar para crianças; desta forma é difícil atribuir o achado de maior obesidade nesta amostra a questão renda.

A alta presença de excesso de peso na amostra encontrada em nossa investigação está em consonância com a tendência secular de aumento do sobrepeso e obesidade (IBGE, 2010) entre adultos e crianças, mas é ainda mais importante do que os últimos dados nacionais publicados.

Os resultados encontrados para a ECPDR - que avalia dimensões de comportamentos utilizados pelos pais na hora das refeições - apontaram que as atitudes mais frequentes foram a “disponibilidade de frutas e hortaliças” (FH), o “limite para ingestão de guloseimas” e a “persuasão positiva” – que são comportamentos que podem ser considerados positivos.

Petty et al. (2013) verificaram que os pais que disponibilizaram FH para os filhos e consumiram FH, raramente prepararam refeições diferenciadas para seus filhos – o que pode atestar um “bom comportamento”. Neste mesmo estudo, identificou-se que 70% das crianças faziam as refeições com pelo menos um dos pais ou cuidadores. Esta presença pode implicar em motivação e de recompensa por meio de atitudes positivas como elogios verbais – que podem se associar à maior ingestão de FH e menor uso de refrigerantes e guloseimas.

Na presente pesquisa, a maioria das mães (76,7%) responderam que os filhos comem com elas, evidenciando um aspecto positivo, desde que as atitudes maternas sejam adequadas. Ainda com relação à ECPDR, as atitudes menos frequentes apontadas pelas mães foram: “modelo de consumo de guloseimas”, “uso de recompensas” e “muitas opções alimentares” - que são todas negativas. Portanto, estas mães referiram pouco “uso” deste tipo de atitude com seus filhos. O estudo de Rochinha e Souza (2012) evidenciaram que uso de alimentos preferidos pelas crianças como forma de recompensa não aumenta o consumo dos alimentos propostos. Da mesma forma, Benton (2004) referiu que utilizar-se de oferta de alimentos como forma de recompensa, objetivando a ingestão de outros alimentos é

prática comum nas famílias, porém tal estratégia conduz na verdade à diminuição da preferência pelo alimento alvo. Assim, estas mães parecem de alguma forma “saber” que o uso de recompensa não é adequado; ou não o fazem de qualquer forma (os porquês dos comportamentos não foram levantados nesta pesquisa). Corroborando tal dado, Nowicha et al. (2014) encontraram que o método de recompensa foi rejeitado pela maioria das mães (70%) de seu estudo.

Quando a análise dos domínios da ECPDR foi feita de acordo com o estado nutricional da criança (apresentado na Figura 6), encontrou-se que o “uso de recompensas” e a “insistência para comer” foram maiores para as mães de crianças eutróficas comparadas às mães de crianças obesas. Tal resultado indica que parece haver diferença nas atitudes das mães dependendo do estado nutricional de seus filhos. Utilizando a ECPDR em estudo de comparação de atitudes de mães de três países (Brasil, Coréia do Sul e Estados Unidos da América), Petty et al. (2014) verificaram que associação com maior redução de gordura e menor insistência para comer quando as crianças tinham excesso de peso - resultado semelhante ao encontrado no presente estudo.

Analisando os resultados encontrados via QAC – que avalia atitudes e percepções maternas quanto à criança e sua alimentação – as respostas mais frequentes foram: a “responsabilidade percebida” quanto à alimentação do filho, e “monitoramento” sobre o consumo de alimentos não saudáveis, seguidos pela “restrição” de alimentos não saudáveis e “pressão para comer”. Os fatores menos presentes foram a “percepção da mãe sobre o peso do filho”, a “percepção pela mãe de seu próprio peso corporal”, e a “preocupação da mãe com o peso do filho”.

Miranda da Cruz (2009) também identificou como fatores mais frequentes a “percepção de responsabilidade” quanto à alimentação do filho, e entre os menos frequentes a “preocupação com o peso da criança”, “pressão para comer” e o “monitoramento” sobre o consumo de alimentos não saudáveis. Por sua vez Lorenzato (2012) teve em seu estudo como mais freqüentes os fatores “percepção de responsabilidade”, “preocupação com o peso da criança”, “restrição” e “monitoramento”. Os fatores menos presentes foram a “percepção da mãe sobre o peso do filho”, e a “percepção pela mãe de seu próprio peso corporal”.

Estes resultados referentes à responsabilidade percebida e monitoramento podem ser pensados como fruto da preocupação dos pais com a saúde e alimentação das crianças, por sua significância na determinação de hábitos e comportamentos.

Da mesma forma que para ECPDR, os fatores da QAC foram comparados com relação ao estado nutricional da criança (apresentado na Figura 7), e encontrou-se que há diferença entre as mães de crianças eutróficas com relação às obesas: a “reponsabilidade percebida quanto à alimentação da criança” foi maior em mães de crianças eutróficas do que em mães de crianças obesas; a “percepção do próprio peso” mostrou-se maior em mães de crianças obesas quando comparadas às mães de crianças eutróficas; a “percepção do peso da criança” e a “preocupação com o peso da criança” foi maior em mães de crianças com sobrepeso e obesas do que em mães de crianças eutróficas.

O achado de maior pressão para crianças eutróficas do que obesas pode fazer certo sentido, no entanto, o resultado de menor reponsabilidade percebida quanto à alimentação da criança obesa é na verdade paradoxal – uma vez que se pode imaginar que esta precisa mais da responsabilidade de sua mãe pela alimentação. Tal dado é ainda mais “curioso” ao se observar que as mães das crianças obesas responderam maior preocupação com o peso da criança. De que forma esta preocupação se reflete?

Lorenzato (2012), de maneira semelhante, também encontrou correlação positiva entre a percepção do peso da criança pela mãe e percepção do próprio peso materno, indicando que a percepção do peso do filho pela mãe pode depender da percepção do próprio peso. Desta forma, pode-se sugerir que conforme as mães se percebem com peso mais elevado, melhor é a percepção do peso dos filhos. Neste mesmo estudo, foi encontrada correlação positiva entre as questões “percepção do peso da criança” e “percepção do peso da mãe” com o fator “responsabilidade percebida” - indicando que a responsabilidade da mãe pode depender da percepção do peso dos filhos e de seu próprio peso.

Ao investigar sobre percepção corporal, sabe-se que muitas vezes os pais não percebem adequadamente o excesso de peso de seus filhos. Camargo (2013) encontrou em cinco de oito artigos estudados em sua revisão que não há percepção

dos pais em relação ao sobrepeso e obesidade dos filhos de maneira adequada. Boa-Sorte (2007) afirmou ainda que a percepção inadequada do peso dos filhos é mais frequente nos casos em que os mesmos são obesos. Divergindo do último autor, no presente trabalho, a percepção foi maior pelas mães das crianças obesas – que também se disseram mais preocupadas com o peso dos filhos. A questão é saber se esta percepção e preocupação se refletem em melhores atitudes e comportamentos.

Quanto ao fato de que mães de crianças eutróficas referiram maior percepção de seu peso corporal, pode-se imaginar que estas também eram eutróficas (uma vez que se encontrou correlação entre IMC das mães e filhos, e maior frequência de filhos obesos no grupo de mães obesas). Assim, a percepção pode ter relação com seu estado nutricional.

No trabalho de Miranda da Cruz (2009) não foi identificada correlação positiva entre os IMCs das crianças e os de suas mães, fato que pode ser decorrente de uma amostra significativamente diferenciada, ou seja, famílias de classes sociais de alta renda (A ou B) e alto nível de escolaridade – diferentemente do presente trabalho. Outros trabalhos, no entanto, apontam correlação entre o estado nutricional dos filhos e o de seus pais (BIRCH & VENTURA, 2009; SATO et al. 2011).

A confiabilidade da QAC na presente amostra foi boa, e semelhante ao estudo original de Birch et al. (2001); já para ECPDR encontrou-se valor mediano, mas também semelhante ao estudo original de Hendy et al. (2009) e ao estudo de validação de Petty et al. (2013). Como se espera de uma escala validada e bem desenvolvida, seus fatores devem se correlacionar (mesmo que de maneira fraca – indicando que não medem a mesma coisa).

Para a ECPDR encontrou-se relação positiva entre “disponibilidade de FH” e a “redução de gorduras”; e “disponibilidade de FH” e “limite para guloseimas”. Assim, pode-se crer que aqueles que disponibilizam mais FH também reduzem gorduras e limitam guloseimas – atestando importância deste comportamento. Também houve relação positiva entre o “modelo de consumo de guloseimas” e “muitas opções alimentares”, de forma que pais que consumem muito refrigerante, bala e salgadinhos, também dão aos filhos muitas opções alimentares – mostrando como estes dois comportamentos negativos estão relacionados. Por fim, houve relação

positiva entre o “uso de recompensas” e a “persuasão positiva”, e relação positiva entre o “uso de recompensa” e a “insistência para comer” – o que é um tanto paradoxal, pois oferecer recompensas e insistir para comer não é considerado algo positivo em geral; e houve ainda relação positiva entre “redução de gorduras” e a “persuasão positiva”.

Vale mencionar, no entanto, que segundo Petty et al. (2013), a recompensa pode assumir caráter positivo se a mesma se der com a presença dos pais durante a refeição, quando sentados à mesa, mediante uso provável de elogios verbais, e tem sido correlacionada com maior ingestão de frutas e hortaliças e baixa ingestão de refrigerantes.

No caso da QAC, houve relação positiva entre a “responsabilidade percebida” e “pressão para comer”, e entre a “responsabilidade percebida” e o “monitoramento” exercido pela mãe sobre o consumo de alimentos não saudáveis pela criança. No último caso, parece congruente que mães que se sentem responsáveis monitorem o consumo alimentar; mas quanto à pressão, o resultado é um tanto incongruente, pois fazer pressão para comer pode não ter resultados positivos e, portanto, não se pode entender exatamente pressão para comer como reflexo de (adequada) responsabilidade materna. Notou-se ainda correlação positiva entre a “percepção do peso do filho” e a “preocupação com o peso do filho”; entre a “preocupação com o peso do filho” e a “restrição de alimentos”; e entre a “restrição de alimentos” e a “pressão para comer”. Em contrapartida, correlação negativa foi encontrada para “percepção do peso do filho” e a “pressão para comer”. Quanto aos primeiros aspectos, novamente parece fazer sentido perceber melhor o peso do filho e ter então maior preocupação, e ter maior preocupação e restringir alimentos não saudáveis (embora se saiba que a restrição pode ter efeitos contraproducentes). Já a relação direta entre pressão para comer e restrição a alimentos não saudáveis é também confusa de se compreender. Da mesma maneira porque menor percepção do filho leva a maior pressão para comer, seria por não atentar para suas reais necessidades?

Corroborando os possíveis efeitos negativos da restrição de alimentos aos filhos, afirma-se que o excessivo controle parental sobre a alimentação pode ensinar

as crianças a ignorar seus limites de saciedade e fome interna, levando a excessos em resposta ao ambiente externo (CARNELL et al., 2014).

A análise de regressão permitiu apontar algumas diferenças com relação às características maternas e da criança para o escore total da ECPDR e do QAC. Tais resultados, no entanto, são de difícil interpretação, uma vez que não se pode inferir que uma pontuação alta (ou baixa) seja positiva ou não - uma vez que ambas as escalas não são unidirecionais, e os resultados de maior escore devem ser interpretados fator por fator, e domínio por domínio.

Assim, a análise de correlação de fator a fator da QAC, e domínio a domínio da ECPDR com IMC da mãe e criança traz dados mais claros. Correlações significantes mostraram que:

- quanto maior a “responsabilidade percebida pela mãe” menor o “modelo de consumo de guloseimas” - o que pode demonstrar que a responsabilidade materna leva a evitar alimentos com alta densidade calórica, doces, balas e refrigerantes. Encontrou-se também que as mães que evitam doces, refrigerantes, etc. (menor modelo de consumo de guloseima) monitoram mais seus filhos quanto ao consumo de alimentos como frituras e guloseimas;

- quanto maior a “percepção sobre o peso do filho” menor é o “uso de recompensas” e “insistência para comer”. O que pode indicar que a melhor percepção do peso leva a evitar estratégias de recompensas, tais como brincadeiras na hora da refeição, uso de alimento preferido como prêmio por bom comportamento; e que se a mãe reconhece o peso do filho evita estratégias de insistência para comer;

- quanto maior a “responsabilidade percebida pela mãe” maior a “disponibilidade de FH”, maior o “limite da guloseimas”, e maior a “persuasão positiva”. O que aponta que sentir-se responsável pode levar a comportamentos adequados (como disponibilizar mais FH, colocar limite para alguns alimentos e incentivo à alimentação saudável);

- quanto maior a “preocupação para com o peso do filho” maior a “redução de gordura”. Se o excesso de peso for realmente um fator de preocupação, faz sentido

reduzir gordura. Este conhecimento sobre a necessidade de controlar gordura alimentar é disseminado em meios diversos, tais como a cultura familiar, o meio social, os meios de comunicação, o aprendizado escolar do filho, e a orientação do profissional da saúde;

- quanto maior a “restrição para comer”, maior o “limite de guloseimas”, maior “uso de recompensas”, maior “persuasão positiva”, e mais “opções alimentares”. Maior restrição e maior limite de guloseimas parecem obviamente associados. Já ao serem produzidas as restrições quanto à ingestão de doces, alimentos altamente calóricos e outros alimentos preferidos pela criança, a mãe pode utilizar-se de estratégias recompensatórias, como “um negócio”, para que a criança se entusiasme por reconhecer o benefício decorrente da “troca”; mas o uso de recompensas é controverso, mesmo que a mãe pense em tal estratégia como uma persuasão positiva. A relação de maior restrição com mais opções alimentares é difícil de compreender. Deve-se lembrar que práticas alimentares restritivas envolvem regulação do tipo e quantidades alimentares consumidas pelas crianças; e embora os pais possam tentar restringir seus filhos de comer para reduzir o peso e manter saúde, estudos sugerem que restrição pode originar o efeito oposto, incentivando as crianças a procurar alimentos restritos e desregulando o controle de saciedade (RODGERS et al., 2013).

- quanto maior a “pressão para comer”, maior a “insistência para comer”, maior “uso de recompensa”, e maior a “persuasão positiva”. Pressão e insistência parecem naturalmente associados; mas a pressão pode se dar também via recompensas (que novamente, pode ser uma estratégia controversa) ou persuasão positiva – dizendo à criança para comer porque é bom, é gostoso, é saudável, vai deixá-lo forte.

- quanto maior o “monitoramento” exercido pela mãe sobre o consumo de alimentos não saudáveis pela criança, maior a “disponibilidade de FH”, maior a “redução de gordura”, “maior o limite para guloseimas”, maior a “persuasão positiva” e “insistência para comer”. Este monitoramento também parece naturalmente relacionado ao limite para guloseimas e redução de gordura. Evidencia-se aqui uma associação com resultado positivo quando este monitoramento leva à maior

disponibilidade de FH e mais persuasão positiva. Mas observa-se que também pode haver comportamento negativo, como mais insistência para comer.

A análise de correlação dos domínios da ECPDR e fatores da QAC com o IMC da mãe e das crianças, mostrou que:

- quanto maior o IMC da mãe maior foi a “percepção do seu próprio peso” corporal, e menos ela usava “recompensas”. O que pode sugerir que perceber o seu próprio peso pode levar a mãe a ter maior consciência e seriedade em lidar com a alimentação do filho, evitando brincadeiras na hora da refeição ou utilizar-se de estratégias de permutas como prêmios ou sobremesas por comer ou bom comportamento;

- quanto maior o IMC da criança maior foi a “percepção do peso corporal da mãe”, e maior a “percepção sobre peso do filho” e a “preocupação com o peso do filho”; e também menor foi o “monitoramento”, a “pressão para comer” e a “responsabilidade percebida pela mãe”. O achado de que quanto maior IMC do filho, menor monitoramento e menor responsabilidade percebida, nos leva à reflexão de que quanto menor monitoramento e responsabilidade maior o IMC do filho.

- também quanto maior foi o IMC da criança menor foi a “disponibilidade de FH”, menor o “uso de recompensas”, menor o “limite para guloseimas” e menor “a insistência para comer”. Da mesma forma que colocado acima, aqui pode-se pensar que se há menor disponibilidade de FH, menor limite de guloseimas maior é peso da criança.

Uma vez que este foi o primeiro trabalho que aplicou conjuntamente a QAC e a ECPDR, uma análise de convergência entre estas escalas é de interesse. No caso dos escores totais encontrou-se correlação fraca; e no caso das subescalas pode-se observar que a maioria das correlações é fraca e algumas moderadas (dados apresentados na tabela 7). Tal resultado pode ser considerado positivo, pois se as correlações fossem fortes, as escalas estariam avaliando a mesma coisa. Elas têm relação e tratam de construtos semelhantes, mas pode-se concluir que são complementares e, portanto, são uteis na aplicação conjunta em estudos que visem avaliar atitudes e comportamentos maternos com relação à alimentação de seus filhos.

Deve-se considerar que este trabalho tem a limitação de ter avaliado uma amostra não probabilística; mas sendo mães freqüentadoras de UBSs, acredita-se que podem compor uma amostra interessante de mães dos extratos C, D e E. Ressalta-se ainda, que o N amostral foi suficiente para as análises propostas neste estudo.

Ainda, deve-se considerar que ao se trabalhar com escalas e questionários, as respostas ficam sempre circunscritas as opções dadas, sem uma maior exploração dos construtos – o que só seria possível em estudo qualitativo. Deve-se considerar também que estamos aqui trazendo resultados daquilo que as mães dizem que falam e o que elas dizem que pensam, e não necessariamente sobre aquilo que realmente fazem - o que exigiria uma observação de comportamentos, metodologia raríssima na área da saúde. De qualquer forma, os dados aqui levantados trazem uma discussão interessante sobre atitudes e comportamentos maternos quanto à alimentação dos filhos.

8. CONCLUSÃO

Não foram encontradas diferenças para o comportamento da mãe durante a refeição dos filhos e a percepção materna sobre alimentação da criança com relação à renda e escolaridade das mães. Já com relação ao estado nutricional das crianças e das mães foram evidenciadas diferença nas atitudes das mães dependendo do estado nutricional de seus filhos, e de seu próprio estado nutricional. As principais diferenças encontradas foram que quanto maior o peso materno maior foi a percepção do seu próprio peso e menor uso de recompensas com os filhos; quanto maior o peso da criança maior foi a percepção materna quanto ao seu próprio peso, maior a percepção e preocupação com o peso do filho, mas menor era a disponibilidade de FH, menor o uso de recompensas, menor o limite para guloseimas e menor a insistência para comer.

Houve correlação entre o estado nutricional das crianças e o das mães. Este estudo por sua natureza não tem como fazer relações de causalidade, mas tal relação é importante, e evidencia a necessidade de se trabalhar as questões alimentares e de saúde juntamente entre mães e filhos, uma vez que as mães são modelos para escolhas alimentares e como se alimentar.

Houve concordância entre o comportamento da mãe durante a refeição dos filhos e a percepção materna sobre alimentação da criança. As duas escalas utilizadas provaram avaliar construtos semelhantes, mas de forma diferente e complementar. A Escala de Comportamento dos Pais Durante a Refeição (ECPDR) e o Questionário de Alimentação da Criança (QAC) podem ser considerados instrumentos eficientes para investigar a relação entre ações maternas nas refeições e os hábitos alimentares, de forma conjunta, integralmente ou de forma parcial elegendo os domínios e fatores que mostraram correlação positiva significativa.

8.1 Considerações finais e recomendações

Este trabalho pode ser considerado relevante e inovador, pois é o primeiro estudo que utiliza duas ferramentas (ECPDR e QAC) para medir conjuntamente atitudes e percepções maternas trazendo subsídios relevantes para outras pesquisas para o aprofundamento da aplicação conjunta dos instrumentos e maior identificação de complementariedade, pontos conflitantes, entre outros.

Os instrumentos utilizados na pesquisa podem, de forma conjunta e integral ou na escolha de algumas de suas subescalas, serem agregados à anamneses e triagem nutricional ambulatorial, tornando-as mais completas à medida que incluem informações sobre atitudes e comportamentos dos pais em relação aos seus filhos, o que é de suma importância, uma vez que a família - especialmente a mãe - é a principal “entidade educadora” em alimentação na infância, e assim as respostas às questões contidas nas escalas podem trazer informações importantes para elaboração de estratégias de aconselhamento nutricional para problemas de saúde detectados.

O estudo traz subsídios importantes para elaboração ou melhoria de protocolos de assistência nutricional ambulatorial na área da saúde infantil como um todo, por proporcionar informações que permitam aos nutricionistas e às demais especialidades na área da saúde, realizarem investigações e avaliações mais completas e conseqüente elaboração de planos de ações terapêuticas mais ajustadas à criança no contexto familiar.

O resultado deste estudo pode contribuir, portanto, com os nutricionistas e demais membros da equipe de saúde, na promoção de competências e habilidades das mães e demais familiares ou cuidadores focando na melhora do estilo de vida e no comportamento alimentar.

9 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE MESTRADO – APRENDIZADOS E SIGNIFICADOS DESTA JORNADA

Meu trabalho como nutricionista foi iniciado em 1986 em área e local tal qual idealizado e planejado por mim, na Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência, conhecida como Hospital Beneficência Portuguesa, após dois anos e meio da conclusão do curso de Nutrição, tempo esse decorrido por minha opção considerando o objetivo de aguardar a oportunidade de trabalho em nutrição clínica hospitalar, em hospital de grande porte que pudesse atender aos meus anseios e vocação, o que veio a acontecer integralmente na referida Instituição. Lá permaneci por aproximadamente sete anos, quando então, por concurso público da Prefeitura do Município de São Paulo, assumi, mais uma vez, atividades em nutrição clínica em hospital público por dezessete anos, vindo, pelo meu interesse e possibilidade na rede pública municipal, a ser transferida para uma unidade básica de saúde, onde então encontrei nova atuação e desafios, que me ajudaram a tomar a decisão de realização de mestrado com escolha de área e tema de pesquisa.

Orgulho-me da trajetória profissional aqui brevemente exposta, paralelamente às atividades na docência no ensino superior em Nutrição realizadas desde 1990, pois ambas vem sendo o mecanismo de motivação e evolução profissional e pessoal, trazendo-me maturidade e oportunizando identificar o valor de um mestrado na área da nutrição infantil comportamental, cujos conhecimentos adquiridos na jornada de sua realização e resultados encontrados permitem aplicabilidade no trabalho que realizo com dedicação e empenho, para criação e melhoria de protocolos na assistência às crianças que cuido.

As disciplinas cursadas e as importantes presenças, acompanhamentos e contribuições de minha orientadora e co-orientadora foram decisivos para a construção de todo o processo desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. 1 ed. São Paulo: Cultura Médica, 2005.

ALVARENGA, M. S.; KORITAR, P. Atitude alimentar: o comportamento, os sentimentos e as crenças sobre comida. In: ALVARENGA, M. S. et al. **Nutrição Comportamental**. São Paulo: Manole, 2015. cap. 2, p. 24-25.

ARAÚJO, G. S. **Práticas parentais alimentares e sua relação com o consumo de alimentos na infância**. 2015.158f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

ASSIS, et al. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 15, n. 3, p. 255-266, set./dez. 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISAS – ABEP. **Critérios de Classificação Econômica Brasil**. 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Alex/Downloads/01_cceb_2015.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

BAUGHUM, A. E. et al. Maternal feeding practices and beliefs and their relationships to overweight in early childhood. **J Dev Behav Pediatrics**. v. 22, n.6, p. 391-408, Dec. 2001.

BENTO, I. C.; ESTEVES, J. M. M.; FRANÇA, T. E. Alimentação saudável e dificuldades para torná-la uma realidade: percepções de pais/responsáveis por pré-escolares de uma creche em Belo Horizonte/MG, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, jan./ago. 2015.

BENTON, D. Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. **International Journal of Obesity**, n. 28, p. 858-869, 2004.

BIRCH, L. L. Development of food preferences. **Annu. Rev. Nutr.**, n. 19, p. 41-62, 1999.

BIRCH, L. L. et al. Confirmatory factor analysis of the child feeding questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. **Appetite**, n. 36, p. 201-210, Jun. 2001.

BIRCH, L. L.; FISHER, J. O. Food intake regulation in children. Fat and sugar substitutes and intake. **Ann N Y Acad Sci.**, n. 819, p. 194-220, May 1997.

BIRCH, L. L.; VENTURA, A. Preventing childhood obesity: what works?. **Int. J. Obes.**, n. 33, p. s74-s81, 2009. Supplement.

BIRCH, L. L.; SAVAGE, J. S.; VENTURA, A. Influences on the development of children's eating behaviours: from infancy to adolescence. **Can J. Diet Pract Res**, Canadá, v. 68, n. 1, p. 1-56, 2007. Supplement.

BOA-SORTE, N. et al. Maternal perceptions and self-perception of the nutritional status among children and adolescents from private schools. **J. Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 4, p. 349-356, 2007.

BOURGERS, H. Costumbres, practicas y habitos alimentarios: deseables y indeseables / Food habits and practices: desirable and undesirable. **Arch. Latinoam. nutr.**, v. 38, n. 3, p. 766-79, Sept. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SISVAN**: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BROWN R.; OGDEN, J. Children's eating attitudes and behaviour: a study of the modelling and control theories of parental influence. **Health Educ. Res.**, v. 19, n. 3, p. 261-271, Jun. 2004.

CAMARGO, A.P. P. M. A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, Feb. 2013.

CARNELL, S. et al. Parent feeding behavior and child appetite: associations depend on feeding style. **Int. J. Eat Disord.**, v. 47, n. 7, p. 705-709, Nov. 2014.

CERVATO-MANCUSO, A. M. et al. A atuação do nutricionista na atenção básica à saúde em um grande centro urbano. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, p. 12, p.3289-3300, 2012.

COSTA, M. da G. F. A. et al. Conhecimento dos pais sobre alimentação: construção e validação de um questionário de alimentação infantil. **Rev. Enferm. Ref.**, n. 6, p. 55-68, mar. 2012.

FARROW, C. V.; HAYCRAFT E.; BLISSETT, J. M. Teaching our children when to eat: how parental feeding practices inform the development of emotional eating – a longitudinal experimental design. **Am. J. Clin. Nutr.**, n.10, p. 908-913, Marc. 2015.

GARCIA, R. W. D. Eating practices and behavior in the urban environment: a study in downtown São Paulo. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 455-467, jul./set. 1997.

GIGANTE, D. P. et al. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006." **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 83-89, nov. 2009. Suplemento.

GRANGE, D. et al. Academy for eating disorders position paper: the role of the family in eating disorders. **Internation Journal of Eating Disorders**, n. 43, p. 1-5, 2010.

GREGORY, J. E.; PAXTON, S. J.; BROZOVIC, A. M. Maternal feeding practices, child eating behaviour and body mass index in preschool-aged children: a prospective analysis. **Int. J. of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 7, n. 55, 2010.

GUIMARÃES, N. Z. et al. Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades. **Rev. Nutrição**, Campinas, v.23, n.3, p.323-333, maio./jun. 2010.

HANSON N. I. et al. Associations between parental report of the home food environment and adolescent intakes of fruits, vegetables and dairy foods. **Public Health Nutr.**, v. 8, n. 1, p. 77-85, Feb. 2004.

HART, L. M. et al. What parents know and want to learn about healthy eating and body image in preschool children: a triangulated qualitative study with parents and Early Childhood Professionals. **BMC Public Health**, n. 15, p. 596, 2015.

HENDY, H. M. et al. The Parent Mealtime Action Scale (PMAS). Development and association with children's diet and weight. **Appetite**, n 52, p. 328–339, 2009.

HUGHES, S.O. et al. Revisiting a neglected construct: parenting styles in a child-feeding context. **Appetite**, n. 44, p.83–92, 2005.

HUGHES, S. O. et al. Caregiver's Feeding Styles Questionnaire: Establishing Cutoff Points. **Appetite**. v. 58, n. 1, p.393–395, fev. 2012.

INELMEN, et al. Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients. **Int. J. Obes.**, n. 29, p. 122-128, Jan. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil. 2010. 42 slides. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000108.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

KIEFNER-BURMEISTER, A. E. et al. Food consumption by young children: a function of parental feeding goals and practices. **Appetite.**, n. 74, p. 6-11, Mar. 2014.

LANG, R. M. F.; NASCIMENTO, A. N.; TADDEI, J. A. A. C. Nutritional transition and child and adolescent population: protective measures against the marketing of harmful food and beverages. **Nutrire**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 217-229, dez. 2009.

LO, K. et al. Associations between parental feeding styles and childhood eating habits: a survey of Hong Kong pré-school children. **PLoS One**, v. 10, n. 4, Apr. 2015.

LORENZATO, L. **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. 159f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

MACHADO, M. F. A. S et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MALDANER, C. R. et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, Rio Grande do Sul, n.29, v.4, p.647-53, dez. 2008.

MELBYE, E. L.; OGAARD, T.; OVERBY, N. C. Validation of the comprehensive feeding practices questionnaire with parents of 10-to-12-year-olds. **BMC Med. Res. Methodol.**, v.11, n.113, 2011.

MIRANDA DA CRUZ, I. S. da. **O uso de um questionário de alimentação para o estudo de atitudes, crenças e práticas dos pais em relação à alimentação e propensão à obesidade.** 2009. 62f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

MONTEIRO, C. A. et al. Shifting obesity trends in Brazil. **Eur. J. of Clinical Nutrition**, v. 54, n. 4, p. 342-346, 2000.

MUSHER-EIZNMAN, D.; HOLUB, S. Comprehensive feeding practices questionnaire: validation of a new measure of parental feeding practices. **J. Pediatr. Psychol.**, v. 32, n. 8, p. 960-972, 2007.

NOWICKA, P. et al. Parental feeding practices and associations with child weight status. Swedish validation of the Child Feeding Questionnaire finds parents of 4-year-olds less restrictive. **Appetite**, v. 81, n. 1, p. 232-241, Oct. 2014.

PAN, L. et al. Incidence of obesity among young US children living in low-income families, 2008-2011. **Pediatrics**, v. 132, n. 6, p.1006-1013, 2013.

PASSOS, D. R. et al. Comportamento alimentar infantil: comparação entre crianças sem e com excesso de peso em uma escola do município de Pelotas, RS. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 33, n. 1, p. 42-49, 2015

PETTY, M. L. B.; ESCRIVÃO, M.A.M.S.; SOUZA, A. A. L. de. Preliminary validation of the parent mealtime action scale and its association with food intake in children from São Paulo, Brazil. **Appetite**, n. 62, p. 166-172, 2013.

PETTY, M. L. B. Practices and child weight status in children from three countries. **International Journal of Child Health and Nutrition**, n. 3, p. 67-77, 2014.

POPKIN, B. M. The nutrition transition and obesity in the developing world. **J Nutr.**, v. 131, n. 3, p. 871s-873s, Mar. 2001.

POPKIN, B. M. An overview on the nutrition transition and its health implications: the Bellagio meeting. **Public Health Nutrition**, v. 5, n. 1A, p. 93–103, 2002.

POULAIN, J. P.; PROENÇA, R. P. da C. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. **Rev. Nutrição**, v. 16 n. 4, p. 365-386, 2003.

RAMOS, M.; STEIN, L. M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **Jornal Pediatria**, v. 76, n. 3, p.229-237, 2000. Suplemento.

ROCHINHA, J. I.; SOUSA, B. I. I. Os estilos e práticas parentais, a alimentação e o estado ponderal dos seus filhos. **Revista SPCNA**, v. 18, n. 1, 2012.

RODGERS, R. F. et al. Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in young children: a prospective study. **Int. J. Behav. Nutr. Phys. Actv.**, v. 10, 2013.

ROSSI, A.; MOREIRA, E. A. M.; RAUEN, M. S. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 21, n. 6, p. 739-748, nov./dez. 2008.

SÃO PAULO. **Política de apoio à atenção básica no SUS/SP**. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/projetos/politica_de_apoio_a_atencao_basica_no_estado_de_sp.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2016.

SATO, A. F. et al. Associations between parent behavior and adolescent weight control. **J Pediatr Psychol.**, v. 36, n. 4, p. 451-450, May 2011.

SAVAGE, J.; FISHER, J. O.; BIRCH, L. L. Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. **J Law Med Ethics.**, v. 35, n. 1, p. 22-34, 2007.

SCAGLIONI, S., SALVIONI, M.; GALIMBERTI, C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. **B. J. Nutr.**, v. 99, n. 1, p. S22-S25, 2008. Supplement.

TADDEI, J. A. A. C. et al. **Desvios nutricionais em menores de cinco anos**. São Paulo: UNIFESP, 2002.

TORAL, N.; SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1641-1650, 2007.

VAN STRIEN, V. et al. The predictive validity of the Dutch Restrained Eating Scale. **Intern J. Eating Disorders**, v. 5, n. 4, p. 747-755, May 1986.

VENTURA, A. K.; BIRCH, L. L. Does parenting affect children's eating and weight status?. **Int. J. Beh. Nut. Phys. Act.**, n. 5, p.15, 2008.

VIANA, V. et. al. Controlo alimentar materno e estado ponderal: resultados do questionário alimentar para crianças. **Psic., Saúde & Doenças**, v. 13, n. 2, p. 298-310, 2012.

VIANA, V.; FRANCO, T.; MORAIS, C. O estado ponderal e o comportamento alimentar de crianças e jovens: influência do peso e das atitudes de controlo da mãe. **Psic., Saúde & Doenças**, v. 12, n. 2, p. 267-279, 2011.

VIANA, V.; SINDE, S. O comportamento alimentar em crianças: Estudo de validação de um questionário numa amostra portuguesa (CEBQ). **Aná. Psicológica**, v. 26, n. 1, p. 111-120, Jan. 2008.

VIDAL, P. M. Eating behavior in a sample of Portuguese health science students; relationships with obesity, dieting, and self-esteem. **Rev. SPCNA**, v. 12, n. 3, p. 120-127, 2006.

WARDLE J. Eating behaviour and obesity. **Obes. Rev.**, v. 8, n. 1, p. 73-75, 2007. Supplement.

WARDLE J. et al. Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. **J. Child Psic. Psichiat.**, v. 42, n. 7, p. 963-970, Oct. 2001.

WARDLE J. et al. Parental Feeding Style and the Intergenerational Transmission of Obesity Risk. **Obesity Research**, v. 10, n. 6, p. 453-462, June 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Physical status**: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995. (Technical Report Series, n. 854).

APÊNDICE A

Planilha Demonstrativa de Agenda de Consulta Profissional, com Exemplo da Busca e Extração de Dados para Convite à Mãe para Participação na Pesquisa

Atend Hora	Paciente	Procedimento	Tipo	Grupo	Diagnóstico	Procedimentos Adicionais
	<p>UBS VILA BERTIÓGA - DOMINGOS DELASCIO / CEO MOOCA C.M.F.S: [] Data: []</p> <p>PREFEITURA DE SÃO PAULO Profissional: [] CNS: [] Especialidade: PEDIATRIA (I) Agenda (LOCAL): 01/03 - Terça-feira</p>					
	<p>MAYNY FREIZ NARCENIENYO 20414016049971 Prom: 634748 CN: 00017990 Idade: 6 BR: BRANCA Telefone: 11 20611231 Mãe: MARY AISA / 09562722 3530BL21C</p>	030010067 - CONSULTA MEDICA - 0001 EM ATENÇÃO BÁSICA				
	<p>SABRITA DE CARVALHO VIEIRA 89608711097017 Prom: 6320060 CN: 04022082 Idade: 14 BR: BRANCA Telefone: 11 20614067 Mãe: VANILDO NADELA BRAGA / 0 MGR01A</p>	030010067 - CONSULTA MEDICA - 0001 EM ATENÇÃO BÁSICA				
	<p>MAYKON DE MYLLAN LAURINO SILVA 89930116047506 CN: 00112011 Idade: 4 BR: NAO RESPONDEU</p>	030010067 - CONSULTA MEDICA - 0001 EM ATENÇÃO BÁSICA				<p>MAY NOME DA CRIANÇA 801 Nº CARTÃO SUS Pront: [] DN: 22/01/2007 Idade: 9 A/C: [] RESPONDEU Telefone: 11 23 [] Mãe: EDI NOME DA MÃE</p>
	<p>MAYARA SPINELLI AURENDO VASCON 80147999228548 Prom: 6728665 CN: 022012007 Idade: 9 BR: NAO RESPONDEU Telefone: 11 2377265 Mãe: EDI / 0000000000000000 SAZIELA VASCONCELOS 8476111716051 Prom: 6775572 CN: 069173018 Idade: 13 BR: BRANCA Telefone: 11 20276073 Mãe: PAULINA PAULINHA MRS01111011A DRA / 0000000000000000 SANDO 8080018801001 Prom: 662846 CN: 00000000 Idade: 0 BR: BRANCA Telefone: Mãe: DANIELA DE OLIVEIRA 8431010051111111A 09800111087011 Prom: 611246 CN: 01012011 Idade: 2 BR: NAO RESPONDEU Telefone: 11 20611231 Mãe: TEREZINHA DE SOUZA RN DE CAIANE CRISTINA SILVA 00601000706011 DN: 28/2/2016 Idade: 0 BR: BRANCA Telefone:</p>	030010067 - CONSULTA MEDICA - 0001 EM ATENÇÃO BÁSICA				
	<p>MAYARA SPINELLI AURENDO VASCON 80147999228548 Prom: 6728665 CN: 022012007 Idade: 9 BR: NAO RESPONDEU Telefone: 11 2377265 Mãe: EDI / 0000000000000000 SAZIELA VASCONCELOS 8476111716051 Prom: 6775572 CN: 069173018 Idade: 13 BR: BRANCA Telefone: 11 20276073 Mãe: PAULINA PAULINHA MRS01111011A DRA / 0000000000000000 SANDO 8080018801001 Prom: 662846 CN: 00000000 Idade: 0 BR: BRANCA Telefone: Mãe: DANIELA DE OLIVEIRA 8431010051111111A 09800111087011 Prom: 611246 CN: 01012011 Idade: 2 BR: NAO RESPONDEU Telefone: 11 20611231 Mãe: TEREZINHA DE SOUZA RN DE CAIANE CRISTINA SILVA 00601000706011 DN: 28/2/2016 Idade: 0 BR: BRANCA Telefone:</p>	030010067 - CONSULTA MEDICA - 0001 EM ATENÇÃO BÁSICA				

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, em uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Desde logo fica garantido o sigilo das informações. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Comportamento das mães e percepção materna sobre a alimentação dos filhos

Pesquisador Responsável: Kathleen Jellmayer
Mestranda do curso de Pós graduação em Nutrição do Nascimento à Adolescência
Telefone para contato: (11) 99764-0510

O **objetivo da pesquisa** é avaliar o comportamento da mãe durante a refeição dos filhos e a percepção materna sobre a alimentação da criança.

Trata-se de um estudo envolvendo a participação de mães e seus filhos com idade entre 6 e 10 anos. A coleta de dados será realizada com o uso de dois questionários que você deverá responder, e a medição do peso e da estatura sua e de seu filho(a).

Os benefícios decorrentes da sua participação envolvem a avaliação de seu estado nutricional e de seu filho.

Será garantido o sigilo a todos que participarem da pesquisa, sem qualquer tipo de identificação.

Nenhum risco, prejuízo ou desconforto serão provocados pela pesquisa. Os participantes poderão se retirar do estudo a qualquer momento.

Os dados coletados serão utilizados na dissertação de mestrado da pesquisadora Kathleen Jellmayer e em publicações em revistas especializadas da área. Em caso de dúvidas entrar em contato com a pesquisadora.

Fica também disponibilizado o contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo para dúvidas e denúncias éticas (3397-2464/smscep@gmail.com).

Os resultados desta pesquisa poderão ser de grande utilidade para a compreensão, prevenção e tratamento de problemas de conduta alimentar e distúrbios do estado nutricional.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO

Eu, _____, abaixo assinado, após ter sido devidamente esclarecido, concordo em participar do estudo.

Local e data: São Paulo, ____/____/____

Nome do responsável

Assinatura do responsável

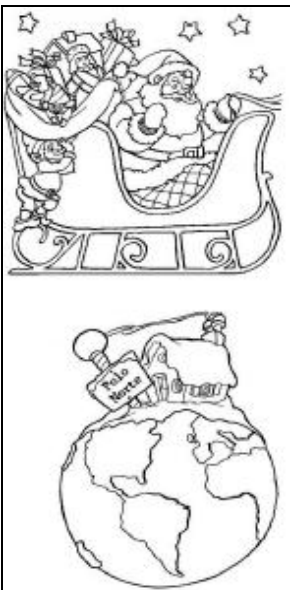
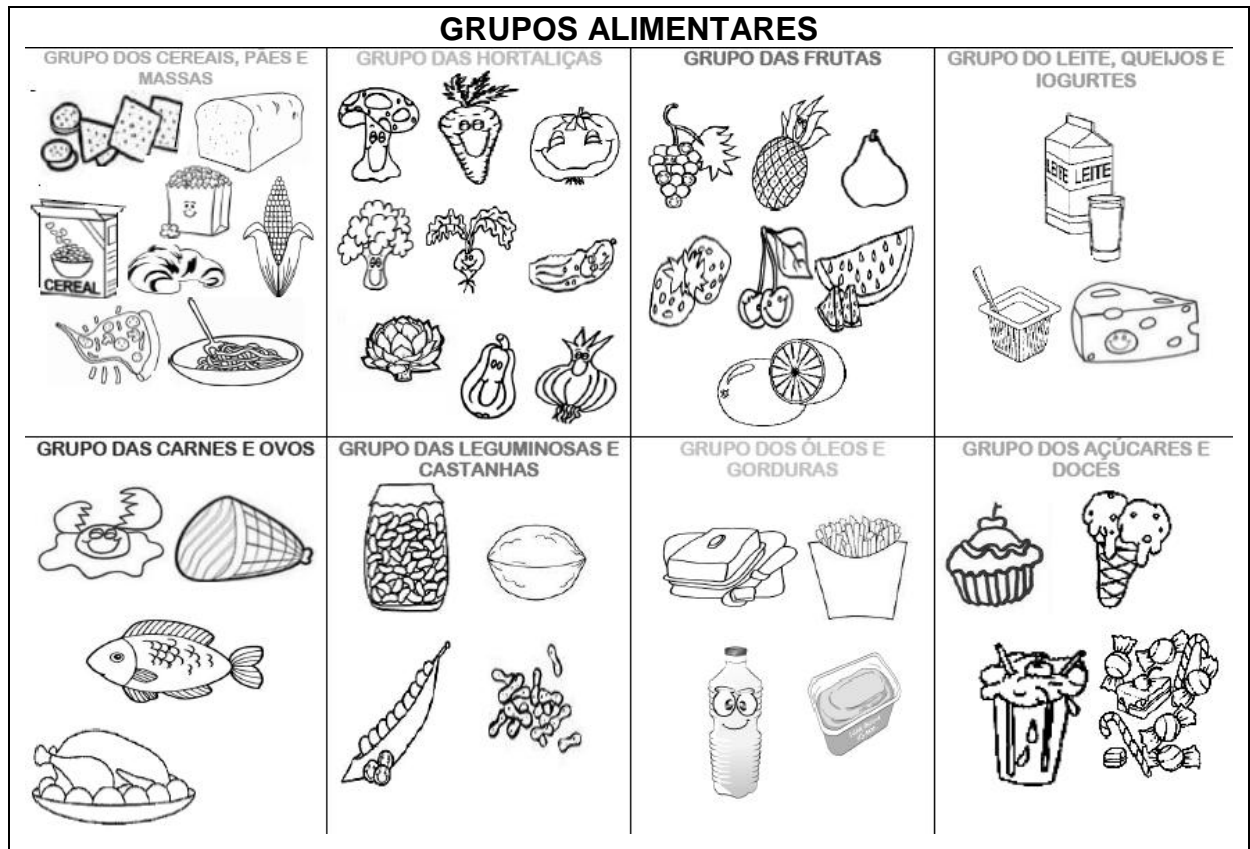
Nome do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE C

Materiais para Entretenimento das Crianças durante a Coleta de Dados com as Mães

DESENHOS PARA COLORIR EM PAPEL SULFITE



APÊNDICE D

Comunicação do Estado Nutricional de Mãe e Filho

PESQUISA: COMPORTAMENTO DAS MÃES E PERCEÇÃO MATERNA SOBRE A ALIMENTAÇÃO DOS FILHOS	
DIAGNÓSTICO DO ESTADO NUTRICIONAL	
MÃE	FILHO (A)
Peso = _____ Kg	Peso = _____ Kg
Estatura = _____ m	Estatura = _____ m
IMC = _____ Kg/m ²	IMC = _____ Kg/m ²
DIAGNÓSTICO:	DIAGNÓSTICO:
Data: ___/___/___	Pesquisadora: _____ <small>CARIMBO / ASSINATURA</small>
Mãe: Obrigada por sua participação!	

APÊNDICE E

Questionário de Dados Sociodemográficos

QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Nome da Mãe: _____

2. Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos

Peso: _____ Kg Altura: _____ cm IMC: _____ Kg/m²

3. Escolaridade:

Marque um "X" no grau de instrução:

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º Grau	
Primário completo/ Ginásial incompleto	Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º Grau	
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental completo/ 1º Grau completo	
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio completo/ 2º Grau completo	
Superior completo	Superior completo	

4. Trabalha atualmente? () Sim () Não Qual sua ocupação? _____

5. Com quem você mora? _____

6. Estado civil: _____

7. Número de filhos: _____ Idade(s): _____

8. Filho da pesquisa: _____

Sexo: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos

Peso: _____ Kg Altura: _____ cm IMC: _____ Kg/m²

9. Quem a prepara a comida em casa?

10. Com quem este filho come habitualmente?

ANEXO A

Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB



CRITÉRIO
DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA
BRASIL



Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/01/2015

A metodologia de desenvolvimento do Critério Brasil que entra em vigor no início de 2015 está descrita no livro *Estratificação Socioeconômica e Consumo no Brasil* dos professores Wagner Kamakura (Rice University) e José Afonso Mazzon (FEA /USP), baseado na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do IBGE.

A regra operacional para classificação de domicílios, descrita a seguir, resulta da adaptação da metodologia apresentada no livro às condições operacionais da pesquisa de mercado no Brasil.

As organizações que utilizam o Critério Brasil podem relatar suas experiências ao Comitê do CCEB. Essas experiências serão valiosas para que o Critério Brasil seja permanentemente aprimorado.

A transformação operada atualmente no Critério Brasil foi possível graças a generosa contribuição e intensa participação dos seguintes profissionais nas atividades do comitê:

Luis Pilli (Coordenador) - LARC Pesquisa de Marketing
 Bianca Ambrósio - TNS
 Bruna Suzzara – IBOPE
 Marcelo Alves - Nielsen
 Margareth Reis – GFK
 Paula Yamakawa - IBOPE
 Renata Nunes - Data Folha
 Tatiana Wakaguri - IBOPE
 Sandra Mazzo - IPSOS
 Valéria Tassari - IPSOS

A ABEP, em nome de seus associados, registra o reconhecimento e agradece o envolvimento desses profissionais.

SISTEMA DE PONTOS

Variáveis

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7
Serviços públicos	
	Não Sim
Água encanada	0 4
Rua pavimentada	0 2

Distribuição das classes

As estimativas do tamanho dos estratos atualizados referem-se ao total Brasil e resultados das Macro Regiões, além do total das 9 Regiões Metropolitanas e resultados para cada um das RM's (Porto Alegre, Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Brasília, Salvador, Recife e Fortaleza).

As estimativas para o total do Brasil e Macro Regiões são baseadas em estudos probabilísticos nacionais do Datafolha e IBOPE Inteligência. E as estimativas para as 9 Regiões Metropolitanas se baseiam em dados de estudos probabilísticos da GFK, IPSOS e IBOPE Media (LSE).

Classe	Brasil	Sudeste	Sul	Nordeste	Centro Oeste	Norte
A	2,7%	3,3%	3,2%	1,1%	3,7%	1,5%
B1	5,0%	7,0%	6,3%	2,1%	5,7%	2,5%
B2	18,1%	22,7%	21,3%	10,2%	20,3%	11,2%
C1	22,9%	27,3%	29,0%	14,9%	22,6%	14,4%
C2	24,6%	23,9%	24,5%	24,5%	25,9%	28,2%
D-E	26,6%	15,9%	15,6%	47,2%	21,8%	42,1%

Classe	9RM's	POA	CWB	SP	RJ	BH	BSB	SSA	REC	FOR
A	4,3%	4,5%	6,5%	5,0%	3,1%	3,9%	10,6%	1,8%	2,7%	3,6%
B1	6,6%	7,2%	9,2%	8,1%	5,2%	5,8%	11,3%	3,5%	4,0%	4,4%
B2	20,7%	23,7%	26,5%	25,1%	18,3%	20,3%	23,2%	12,6%	12,2%	12,1%
C1	25,0%	28,4%	27,1%	27,9%	24,3%	24,7%	22,2%	21,1%	18,6%	16,7%
C2	25,0%	23,7%	21,1%	23,1%	27,4%	26,7%	18,8%	30,5%	27,3%	24,7%
D-E	18,4%	12,5%	9,6%	10,9%	21,7%	18,5%	13,9%	30,5%	35,1%	38,5%

Cortes do Critério Brasil

Classe	Pontos
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D-E	0 - 16

Estimativa para a Renda Média Domiciliar para os estratos do Critério Brasil

Abaixo são apresentadas as estimativas de renda domiciliar mensal para os estratos sócio-econômicos. Os valores se baseiam na PNAD 2013 e representam aproximações dos valores que podem ser obtidos em amostras de pesquisas de mercado, mídia e opinião. A experiência mostra que a variância observada para as respostas à pergunta de renda é elevada, com sobreposições importantes nas rendas entre as classes. Isso significa que pergunta de renda não é um estimador eficiente de nível sócio-econômico e não substitui ou complementa o questionário sugerido abaixo. O objetivo da divulgação dessas informações é oferecer uma ideia de característica dos estratos sócio-econômicos resultantes da aplicação do Critério Brasil.

Estrato Sócio Econômico	Renda média Domiciliar
A	20.272,56
B1	8.695,88
B2	4.427,36
C1	2.409,01
C2	1.446,24
D - E	639,78
TOTAL	2.876,05

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral:

Devem ser considerados todos os bens que estão dentro do domicílio em funcionamento (incluindo os que estão guardados) independente da forma de aquisição: compra, empréstimo, aluguel, etc. Se o domicílio possui um bem que emprestou a outro, este não deve ser contado pois não está em seu domicílio atualmente. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suíte(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Empregados Domésticos

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos cinco dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esqueça de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

Note bem: o termo empregado mensalista se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou contínua, pelo menos cinco dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (pessoal e profissional) não devem ser considerados.

Microcomputador

Considerar os computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks. Não considerar: calculadoras,

agendas eletrônicas, tablets, palms, smartphones e outros aparelhos.

Lava-Louça

Considere a máquina com função de lavar as louças.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente:

Havendo uma geladeira no domicílio, serão atribuídos os pontos (2) correspondentes a posse de geladeira; Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2ª porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer. Dessa forma, esse domicílio totaliza 4 pontos na soma desses dois bens.

Lava-Roupa

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semiautomática. O tanquinho NÃO deve ser considerado.

DVD

Considere como leitor de DVD (Disco Digital de Vídeo ou Disco Digital Versátil) o acessório doméstico capaz de reproduzir mídias no formato DVD ou outros formatos mais modernos, incluindo videogames, computadores, notebooks. Inclua os aparelhos portáteis e os acoplados em microcomputadores. Não considere DVD de automóvel.

Micro-ondas

Considerar forno micro-ondas e aparelho com dupla função (de micro-ondas e forno elétrico).

Motocicleta

Não considerar motocicletas usadas exclusivamente para atividades profissionais. Motocicletas apenas para uso pessoal e de uso misto (pessoal e profissional) devem ser consideradas.

Secadora de roupas

Considerar a máquina de secar roupa. Existem máquinas que fazem duas funções, lavar e secar. Nesses casos, devemos considerar esse equipamento como uma máquina de lavar e como uma secadora.

ANEXO B

Questionário Simplificado para Aplicação do CCEB

Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB

Dados de Classificação

1. Nome da Mãe: _____
2. Chefe de família: () o próprio entrevistado () outro: _____

SISTEMA DE PONTOS

Variáveis

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7
Serviços públicos	
	Não Sim
Água encanada	0 4
Rua pavimentada	0 2

Cortes do Critério Brasil

Classe	Pontos
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D-E	0 - 16

Total de Pontos: _____

Classe: _____

ANEXO C

Escala de Comportamento dos Pais durante a Refeição - ECPDR

COMPORTAMENTO DOS PAIS DURANTE A REFEIÇÃO

Você responderá a seguir algumas questões sobre alimentação de seu filho. (se você tem mais de um filho, pense naquele de idade entre 6 e 10 anos)

Para as frases abaixo, pense durante uma semana típica, ou seja uma semana habitual, com que frequência você tem cada um dos seguintes comportamentos?

1. Você faz com que o momento de comer seja uma brincadeira ou uma diversão para seu filho (a)
 nunca às vezes sempre
2. Você come os mesmos alimentos que são oferecidos ao seu filho (a)
 nunca às vezes sempre
3. Você se senta com seu filho (a), mas não come
 nunca às vezes sempre
4. Você deixa seu filho (a) comer o que ele (a) quiser
 nunca às vezes sempre
5. Você deixa a seu filho (a) colocar temperos/ molhos na comida como ele (a) quer
 nunca às vezes sempre
6. Você dá para o seu filho (a) um alimento preferido como prêmio por bom comportamento
 nunca às vezes sempre
7. Você oferece para o seu filho (a) um brinquedo ou uma atividade favorita como prêmio por ele (a) comer
 nunca às vezes sempre
8. Você oferece para o seu filho (a) uma sobremesa especial como prêmio por ele (a) comer
 nunca às vezes sempre
9. Você deixa seu filho (a) substituir um alimento por outro que ele (a) goste
 nunca às vezes sempre
10. Você deixa seu filho (a) escolher quais alimentos comer, mas apenas entre aqueles que são oferecidos a ele (a)
 nunca às vezes sempre
11. Você prepara uma refeição ou alguma comida especial para seu filho (a), diferente daquela da família
 nunca às vezes sempre
12. Você impede seu filho (a) de comer demais
 nunca às vezes sempre
13. Você diz para o seu filho (a) o quanto você gosta da comida
 nunca às vezes sempre
14. Você diz para o seu filho (a) que será bom o sabor da comida se ele (a) experimentar
 nunca às vezes sempre
15. Você diz para o seu filho (a) que seus amigos ou irmãos gostam da comida
 nunca às vezes sempre
16. Você diz para o seu filho (a) que um alimento vai deixá-lo (a) saudável, inteligente e forte
 nunca às vezes sempre

COMPORTAMENTO DOS PAIS DURANTE A REFEIÇÃO

17. Você dá fruta para o seu filho (a) todos os dias
 nunca às vezes sempre
18. Você faz mudanças na comida do seu filho (a) para diminuir a quantidade de gordura
 nunca às vezes sempre
19. Você come frutas todos os dias
 nunca às vezes sempre
20. Você come verduras e legumes todos os dias
 nunca às vezes sempre
21. Você toma refrigerante todos os dias
 nunca às vezes sempre
22. Você come balas ou doces todos os dias
 nunca às vezes sempre
23. Você come salgadinho todos os dias
 nunca às vezes sempre
24. Você faz mudanças na sua própria comida para diminuir a quantidade de gordura
 nunca às vezes sempre
25. Você estabelece limites quanto ao número de doces que seu filho (a) pode comer por dia
 nunca às vezes sempre
26. Você estabelece limites de quanto refrigerante seu filho (a) pode tomar por dia
 nunca às vezes sempre
27. Você estabelece limites de quanto salgadinho seu filho (a) pode comer por dia
 nunca às vezes sempre
28. Você insiste para o seu filho (a) comer mesmo se ele/ela diz “não estou com fome”
 nunca às vezes sempre
29. Você insiste para seu filho (a) comer quando ele/ela está com sono ou não está se sentindo bem
 nunca às vezes sempre
30. Você insiste para o seu filho (a) comer quando ele (a) está chateado (a)
 nunca às vezes sempre
31. Você coloca um pouco de cada alimento no prato do seu filho (a)
 nunca às vezes sempre

ANEXO D

**Instruções para obtenção do valor de pontuação de cada subgrupo da Escala
de Comportamento dos Pais Durante a Refeição - ECPDR**

Limite para guloseimas:

Valores: _____ + _____ + _____ = _____ (Soma)
Item #: 25 26 27 3

O escore do subgrupo "Limite para guloseimas" é a soma dos valores divididos por 3 = _____

Persuasão positiva:

Valores: _____ + _____ + _____ + _____ = _____ (Soma)
Item #: 13 14 15 16

O escore do subgrupo "Persuasão positiva" é a soma dos valores divididos por 4 = _____

Disponibilidade diária de frutas e hortaliças:

Valores: _____ + _____ + _____ = _____ (Soma)
Item #: 17 19 20

O escore do subgrupo "Disponibilidade diária de frutas e hortaliças" é a soma dos valores divididos por 3 = _____

Uso de prêmio:

Valores: _____ + _____ + _____ + _____ = _____ (Soma)
Item #: 1 6 7 8

O escore do subgrupo "Uso de prêmio" é a soma dos valores divididos por 4 = _____

Insistência para comer:

Valores: _____ + _____ + _____ = _____ (Soma)
Item #: 28 29 30

O escore do subgrupo "Insistência para comer" é a soma dos valores divididos por 3 = _____

Modelo de consumo de guloseimas:

Valores: _____ + _____ + _____ = _____ (Soma)
Item #: 21 22 23

O escore do subgrupo "Modelo de consumo de guloseimas" é a soma dos valores divididos por 3 = _____

Refeição especial:

Primeiramente, inverta os valores dados aos itens 2 e 31 de maneira que o valor 1 torne-se 3 e o 3 torne-se 1. Estes itens devem ser alterados pois apresentam sentido inverso ao do subgrupo

(novos) valores: _____ + _____ + _____ + _____ = _____ (Soma)
 Item #: 2 3 11 31

O escore do subgrupo "Refeição especial" é a soma dos valores divididos por 4 = _____

Redução de gordura:

Valores: _____ + _____ + _____ = _____ (Soma)
 Item #: 12 18 24

O escore do subgrupo "Redução de gordura" é a soma dos valores divididos por 3 = _____

Muitas opções alimentares:

Valores: _____ + _____ + _____ + _____ = _____ (Soma)
 Item #: 4 5 9 10

O escore do subgrupo "Muitas opções alimentares" é a soma dos valores divididos por 4 = _____

ANEXO E

Questionário de Alimentação da Criança - QAC

QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

Você responderá a seguir algumas questões sobre o seu papel na alimentação de seu filho.
(Se você tem mais de um filho, pense naquele de idade entre 6 e 10 anos)

Escolha a resposta que melhor representa a sua opinião e coloque um "X":

1. Quando sua criança está em casa, com que frequência você é responsável por alimentá-la?
 nunca raramente metade do tempo maior parte do tempo sempre
2. Com qual frequência você é responsável por decidir qual é o tamanho da porção de sua criança?
 nunca raramente metade do tempo maior parte do tempo sempre
3. Com qual frequência você é responsável por decidir se sua criança come o tipo correto de comida?
 nunca raramente metade do tempo maior parte do tempo sempre
4. Como era seu peso na infância (5 a 10 anos de idade).
 muito abaixo do peso abaixo do peso normal acima do peso muito acima do peso
5. Como era seu peso na adolescência.
 muito abaixo do peso abaixo do peso normal acima do peso muito acima do peso
6. Como era seu peso aos 20 anos.
 muito abaixo do peso abaixo do peso normal acima do peso muito acima do peso
7. Como era seu peso atualmente.
 muito abaixo do peso abaixo do peso normal acima do peso muito acima do peso
8. Peso de sua criança durante o primeiro ano de vida.
 muito abaixo do peso abaixo do peso normal acima do peso muito acima do peso
9. Peso de sua criança de 1 a 2 anos.
 muito abaixo do peso abaixo do peso normal acima do peso muito acima do peso
10. Peso de sua criança na pré-escola.
 muito abaixo do peso abaixo do peso normal acima do peso muito acima do peso
11. Peso de sua criança do pré a 2ª série.
 muito abaixo do peso abaixo do peso normal acima do peso muito acima do peso
12. Peso de sua criança da 3ª a 5ª série.
 muito abaixo do peso abaixo do peso normal acima do peso muito acima do peso
13. Peso de sua criança da 6ª a 8ª série
 muito abaixo do peso abaixo do peso normal acima do peso muito acima do peso
14. O quanto você se preocupa sobre a sua criança comer muito quando você não está perto dela?
 despreocupado um pouco preocupado preocupado bem preocupado muito preocupado
15. O quanto você se preocupa sobre a sua criança ter que fazer dieta para manter um peso desejável?
 despreocupado um pouco preocupado preocupado bem preocupado muito preocupado
16. O quanto você se preocupa sobre a sua criança ficar acima do peso?
 despreocupado um pouco preocupado preocupado bem preocupado muito preocupado

QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

17. Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muitos doces (balas, sorvete, bolos, tortas).
 discordo discordo levemente neutro concordo levemente concordo
18. Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muitos alimentos altamente calóricos.
 discordo discordo levemente neutro concordo levemente concordo
19. Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muitos de seus alimentos preferidos.
 discordo discordo levemente neutro concordo levemente concordo
20. Eu intencionalmente mantenho algumas comidas fora do alcance da minha criança.
 discordo discordo levemente neutro concordo levemente concordo
21. Eu ofereço doces (balas, sorvete, bolos, tortas) para a minha criança como recompensa por um bom comportamento.
 discordo discordo levemente neutro concordo levemente concordo
22. Eu ofereço para minha criança seu alimento preferido em troca de um bom comportamento.
 discordo discordo levemente neutro concordo levemente concordo
23. Se eu não orientar ou regular o que minha criança come, ela irá comer muita porcaria.
 discordo discordo levemente neutro concordo levemente concordo
24. Se eu não orientar ou regular o que minha criança come, ela irá comer muito de sua comida preferida.
 discordo discordo levemente neutro concordo levemente concordo
25. Minha criança deveria sempre comer toda a comida de seu prato.
 discordo discordo levemente neutro concordo levemente concordo
26. Eu tenho que ser muito cuidadoso para ter certeza de que minha criança come o suficiente.
 discordo discordo levemente neutro concordo levemente concordo
27. Se minha criança diz “Eu não estou com fome”, eu tento fazer ela comer mesmo assim.
 discordo discordo levemente neutro concordo levemente concordo
28. Se eu não guiar ou regular o que minha criança come, ela poderia comer muito menos do que deveria.
 discordo discordo levemente neutro concordo levemente concordo
29. O quanto você mantém o controle dos doces (balas, sorvete, bolos, tortas) que sua criança come?
 nunca raramente às vezes maior parte do tempo sempre
30. O quanto você mantém o controle dos lanches (batatas, salgadinhos) que sua criança come?
 nunca raramente às vezes maior parte do tempo sempre
31. O quanto você mantém o controle dos alimentos altamente calóricos que sua criança come?
 nunca raramente às vezes maior parte do tempo sempre