UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARIA TEREZA CUNHA ALVES RIOS

Associações entre problemas de saúde mental, comportamento alimentar e estado nutricional de pré-escolares no Município de Ribeirão Preto/SP

Ribeirão Preto
2019

MARIA TEREZA CUNHA ALVES RIOS

Associações entre problemas de saúde mental, comportamento alimentar e estado nutricional de pré-escolares no Município de Ribeirão Preto/SP

Versão original

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Professora Doutora Patrícia Leila dos Santos

Ribeirão Preto
2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Rios, Maria Tereza Cunha Alves

Associações entre problemas de saúde mental, comportamento alimentar e estado nutricional de pré-escolares no Município de Ribeirão Preto/SP / Ribeirão Preto, 2019.

71 p. il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Orientador: Santos, Patrícia Leila dos

1. Saúde mental. 2. Comportamento alimentar. 3. Obesidade infantil.

Nome: RIOS, Maria Tereza Cunha Alves

Título: Associações entre problemas de saúde mental, comportamento alimentar e estado nutricional de pré-escolares no Município de Ribeirão Preto/SP

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof(a) Dr(a) _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof(a) Dr(a)_____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof(a) Dr(a)_____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas que estiveram ao meu lado nessa jornada, me apoiando e me incentivando a continuar: meu marido Diego, meus pais e maiores apoiadores da minha carreira, meus irmãos, minha sobrinha Iara e ao meu filho Aurélio, que ainda está a caminho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora, professora e amiga Patrícia, que está comigo há 10 anos me incentivando a continuar estudando;

Agradeço às minhas colegas de pesquisa, que foram um suporte muito importante nessa jornada;

Agradeço às alunas Larissa Falcuci e Larissa Lima, que me ajudaram muito na construção desse trabalho;

Agradeço aos meus colegas de trabalho da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, que me incentivaram e me apoiaram muito durante esses dois anos.

RESUMO

RIOS, Maria Tereza Cunha Alves. **Associações entre problemas de saúde mental, comportamento alimentar e estado nutricional de pré-escolares no Município de Ribeirão Preto/SP.** 2019. 71f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2019.

O Brasil vive uma transição nutricional, com mudanças no padrão alimentar, redução nos índices de desnutrição e aumento nos índices de obesidade em todas as faixas etárias, incluindo a infância. A obesidade infantil também pode estar associada a problemas na saúde mental de crianças muito novas, como ansiedade, depressão e problemas de comportamento. Sabe-se que o comportamento alimentar das crianças tem relação com seu estado nutricional, e ele começa a ser desenvolvido desde muito cedo na vida das crianças. Assim, o objetivo deste estudo foi investigar o comportamento alimentar e a saúde mental entre crianças de dois a quatro anos de idade e analisar possíveis associações entre estado nutricional, comportamento alimentar e problemas emocionais e/ou comportamentais neste grupo. Participaram 95 pais/responsáveis divididos em três grupos: eutróficos (N=34), sobrepeso (n=34) e obesidade (N=32). Os participantes responderam um questionário sociodemográfico, uma escala de rastreamento de problemas psicológicos e outra para investigação do comportamento alimentar. As entrevistas ocorreram em unidades de saúde ou na residência dos participantes, com duração média de 30 minutos. Os dados foram submetidos à estatística descritiva e inferencial. A média de idade dos participantes foi de 32,7(±7,39), exclusivamente mulheres; 25,3% das crianças tinham dois anos, 38,9% três e 35,8% estavam com quatro anos. As subescalas que tiveram maiores pontuações foram Prazer em comer (3,92) e Desejo de beber (3,34) e observou-se diferença estatisticamente significante entre sexos em Resposta à saciedade ($t = 2,433$; $p = 0,018$), com resultados mais elevados para as meninas, e entre grupos etários em Seletividade Alimentar ($F(2;92) = 8,02$, $p = 0,001$), com as crianças de dois anos apresentando menores pontuações. As crianças obesas obtiveram escores maiores nas subescalas de comportamento alimentar que refletem maior interesse pela comida, enquanto as eutróficas apresentaram melhores resultados naquelas que refletem menor interesse pelo alimento. Houve diferença significativa entre o grupo de obesos (maior média) com eutróficos ($p = 0,01$) e com sobrepeso ($p < 0,001$) quanto a Sobreingestão emocional;

entre grupo sobrepeso (menor média) com eutróficos (p = 0,03) e com obesos (p = 0,03) quanto a Desejo de beber; e entre grupo obeso (menor média) e eutrófico quanto a Resposta à saciedade (p = 0,05). No que tange à saúde mental, 27,4% das crianças apresentaram escores muito altos no instrumento, sinalizando problemas psicológicos; as maiores pontuações médias ocorreram nas subescalas Hiperatividade (4,75) e Problemas de Conduta (4,75). Resposta à saciedade correlacionou-se com Problemas emocionais (r = 0,215; p = 0,037) e Hiperatividade (r = 0,244; p = 0,017); Subingestão emocional apresentou correlação com Problemas de conduta (r = 0,334; p = 0,001), Hiperatividade (r = 0,358; p = 0,000) e Problemas de relacionamento (r = 0,321; p = 0,002). Há evidências da associação entre estado nutricional e comportamento alimentar bem como deste último com saúde mental. Neste sentido, os resultados alertam para a necessidade de atenção ao comportamento alimentar e à saúde mental de crianças muito novas, visando à prevenção de problemas na saúde mental e do ganho de peso.

Palavras-chave: 1. Saúde mental. 2. Comportamento alimentar. 3. Obesidade infantil.

ABSTRACT

RIOS, Maria Tereza Cunha Alves. **Associations between mental health problems, eating behavior and nutritional status of preschool children in the city of Ribeirão Preto/SP.** 2019. 71f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2019.

Brazil is experiencing a nutritional transition, with changes in the dietary pattern, reduction in malnutrition rates and increase in obesity rates in all age groups, including childhood. Childhood obesity may also be associated with problems in the mental health of very young children, such as anxiety, depression and behavior problems. It is known that children's eating behavior is related to their nutritional status, and it begins to be developed very early in children's lives. Thus, the objective of this study was to investigate eating behavior and mental health among children from two to four years of age and to analyze possible associations between nutritional status, eating behavior and emotional and / or behavioral problems in this group. Participants included 95 parents / guardians divided into three groups: eutrophic (n = 34), overweight (n = 34) and obesity (n = 32). Participants answered a sociodemographic questionnaire, a psychological problem tracing scale and another for food behavior research. The interviews took place in Health Units or in the participants' residence, with an average duration of 30 minutes. Data were submitted to descriptive and inferential statistics. The mean age of the participants was 32.7 (± 7.39), exclusively women; 25.3% of the children were two years old, 38.9% were three and 35.8% were four years old. The subscales that had higher scores were Enjoyment of food (3.92) and Desire to drink (3.34) and a statistically significant difference was observed between sexes in Satiety responsiveness (t = 2,433; p = 0,018), with more results (F (2; 92) = 8.02, p = 0.001), with two-year-olds presenting lower scores. Obese children had higher scores on eating behavior subscales that reflect greater interest in food, while eutrophic ones presented better results in those that reflect less interest in food. There was a significant difference between the group of obese (higher mean) with eutrophic (p = 0.01) and overweight (p <0.001) regarding emotional overdose; between the overweight group (lower mean) with eutrophic (p = 0.03) and obese (p = 0.03) regarding Desire to drink; and between obese (lower mean) and eutrophic group as to Satiety responsiveness (p = 0.05). Regarding mental health, 27.4% of the children presented very high scores on the

instrument, signaling psychological problems; the highest mean scores occurred in the Hyperactivity subscales (4.75) and Conduct Problems (4.75). Satiety responsiveness was correlated with Emotional problems ($r = 0.215$, $p = 0.037$) and Hyperactivity ($r = 0.244$; $p = 0.017$); Emotional undereating presented a correlation with Conduct Problems ($r = 0.334$, $p = 0.001$), Hyperactivity ($r = 0.358$, $p = 0.000$) and Peer Problems ($r = 0.321$, $p = 0.002$). There is evidence of the association between nutritional status and eating behavior as well as the latter with mental health. In this sense, the results point to the need for attention to the eating behavior and mental health of very young children, aiming at the prevention of problems in mental health and weight gain.

Keywords: 1. Mental health. 2. Food behavior. 3. Childhood obesity.

RESUMEN

RIOS, Maria Tereza Cunha Alves. **Asociaciones entre problemas de salud mental, comportamiento alimentario y estado nutricional de preescolares en Ribeirão Preto / SP.** 2019. 71f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2019.

Brasil está experimentando una transición nutricional, con cambios en los patrones dietéticos, una reducción en las tasas de malnutrición y un aumento en las tasas de obesidad en todos los grupos de edad, incluida la infancia. La obesidad infantil también puede estar asociada con problemas de salud mental en niños muy pequeños, como ansiedad, depresión y problemas de conducta. Se sabe que el comportamiento alimentario de los niños está relacionado con su estado nutricional y comienza a desarrollarse muy temprano en la vida de los niños. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue investigar el comportamiento alimentario y la salud mental en niños de dos a cuatro años y analizar las posibles asociaciones entre el estado nutricional, el comportamiento alimentario y los problemas emocionales y / o conductuales en este grupo. Los participantes fueron 95 padres / tutores divididos en tres grupos: peso normal (N = 34), sobrepeso (n = 34) y obesidad (N = 32). Los participantes respondieron un cuestionario sociodemográfico, una escala de seguimiento de problemas psicológicos y otro para investigar el comportamiento alimentario. Las entrevistas se realizaron en unidades de salud o en los hogares de los participantes, con una duración promedio de 30 minutos. Los datos fueron sometidos a estadística descriptiva e inferencial. La edad promedio de los participantes fue de 32.7 (± 7.39), exclusivamente mujeres; El 25,3% de los niños tenía dos años, el 38,9% tres y el 35,8% tenía cuatro años. Las subescalas que obtuvieron las puntuaciones más altas fueron Pleasure to Eat (3.92) y Desire to Drink (3.34) y se observó una diferencia estadísticamente significativa entre los sexos en Satiety Response ($t = 2.433$; $p = 0.018$), con más resultados. alto para las niñas, y entre los grupos de edad en la Selectividad de los Alimentos ($F (2; 92) = 8.02$, $p = 0.001$), con niños de dos años que presentan puntuaciones más bajas. Los niños obesos tuvieron puntuaciones más altas en las subescalas de comportamiento alimentario que reflejan un mayor interés en los alimentos, mientras que los niños eutróficos tuvieron mejores puntuaciones en aquellos

que reflejan menos interés en los alimentos. Hubo una diferencia significativa entre el grupo de obesos (promedio más alto) con eutrófico ($p = 0.01$) y sobrepeso ($p < 0.001$) con respecto al sobre manejo emocional; entre el grupo con sobrepeso (promedio más bajo) con eutrófico ($p = 0.03$) y obeso ($p = 0.03$) con respecto al deseo de beber; y entre grupos obesos (promedio más bajo) y eutróficos con respecto a la respuesta de saciedad ($p = 0.05$). Con respecto a la salud mental, el 27,4% de los niños tenía puntuaciones muy altas en el instrumento, lo que indica problemas psicológicos; Las puntuaciones medias más altas se produjeron en las subescalas de Hiperactividad (4.75) y Problemas de conducta (4.75). La respuesta a la saciedad se correlacionó con problemas emocionales ($r = 0.215$; $p = 0.037$) e hiperactividad ($r = 0.244$; $p = 0.017$); La mala gestión emocional se correlacionó con los problemas de conducta ($r = 0.334$; $p = 0.001$), la hiperactividad ($r = 0.358$; $p = 0.000$) y los problemas de relación ($r = 0.321$; $p = 0.002$). Existe evidencia de la asociación entre el estado nutricional y el comportamiento alimentario, así como el último con la salud mental. En este sentido, los resultados alertan sobre la necesidad de prestar atención a la conducta alimentaria y la salud mental de los niños muy pequeños, con el objetivo de prevenir los problemas de salud mental y el aumento de peso.

Palabras clave: 1. Salud mental. 2. Comportamiento alimentario. 3. La obesidad infantil.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	**13**
2 OBJETIVO	**22**
3 MATERIAL E MÉTODO	**23**
3.1 Participantes	**23**
3.2 Instrumentos	**25**
3.3 Procedimentos	**27**
3.4 Análise de dados	**31**
4 ASPECTOS ÉTICOS	**33**
5 RESULTADOS	**34**
5.1 Perfil dos participantes e da amostra	**34**
5.2 Estado nutricional e variáveis sociodemográficas	**35**
5.3 Comportamento alimentar e variáveis sociodemográficas	**36**
5.4 Comportamento alimentar e estado nutricional	**39**
5.5 Saúde mental e variáveis sociodemográficas	**41**
5.6 Saúde mental e estado nutricional	**43**
5.7 Comportamento alimentar e saúde mental	**43**
6 DISCUSSÃO	**45**
7 CONCLUSÃO	**51**
REFERÊNCIAS	**52**
APÊNDICES	**57**
ANEXOS	**66**

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a população brasileira tem passado por importantes mudanças nos padrões de consumo alimentar, vivenciando um aumento no consumo de alimentos ultraprocessados, ricos em gordura saturada, açúcar e sal e uma diminuição no consumo de alimentos in natura, ricos em fibras, como verduras, frutas e legumes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Ao mesmo tempo, o país sofreu uma significativa redução nos índices de desnutrição e também um aumento nos índices de obesidade associado a uma alta incidência de doenças crônicas não transmissíveis, o que se caracteriza como "transição nutricional" (FILHO; RISSIN, 2003; KAC; VELASQUEZ-MELENDEZ, 2003).

Essas mudanças alimentares na população brasileira se estendem a todas as faixas etárias. No trabalho de Jaime, Prado e Malta (2017) os autores avaliaram dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde e revelaram que uma em cada três crianças menores de dois anos havia consumido refrigerante no dia anterior à avaliação. No trabalho de Saldiva et al. (2014), foram analisados dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, e os autores identificaram que algumas famílias já ofereciam bebidas adoçadas e alimentos ricos em açúcar para crianças menores de 6 meses. Entretanto, há que se ressaltar que a recomendação brasileira do Guia alimentar para crianças menores de 2 anos, no sentido de prevenir o excesso de peso, é não oferecer nenhum tipo de açúcar para crianças menores de 2 anos (BRASIL, 2010). O consumo de alimentos ultraprocessados na infância, incluindo bebidas ricas em açúcar, está sendo associado na literatura com o desenvolvimento do excesso de peso em crianças (MALIK; SCHULZE; HU, 2006).

Frente aos danos que a alimentação inadequada na infância pode causar, bem como às consequências futuras do excesso de peso na infância, como aumento do risco de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis ao longo da vida (BIRO; WIEN, 2010), os países têm desenvolvido recomendações, programas e políticas nacionais e internacionais voltados para a prevenção da obesidade infantil. Alguns exemplos brasileiros são o Programa Saúde na Escola (PSE), o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), a Regulamentação de Propaganda e Publicidade de Alimentos, a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde, que promovem hábitos alimentares saudáveis desde a infância, contribuindo na prevenção da obesidade infantil (REIS; VASCONCELOS; BARROS, 2011;

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2014; BRASIL, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Apesar desses esforços, a incidência de obesidade no Brasil atingiu níveis preocupantes em todas as faixas etárias. Silva (2014) analisou os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no que diz respeito ao estado nutricional das crianças brasileiras menores de 5 anos, mostrando que 10,1% dos meninos já apresentavam sobrepeso e 7% eram obesos. Em relação às meninas menores de 5 anos, 9,4% estavam com sobrepeso e 5,1% estavam obesas. Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da Mulher (BRASIL, 2009) mostram que 7,3% das crianças brasileiras menores de 5 anos apresentam excesso de peso (sobrepeso ou obesidade). A prevalência de excesso de peso em crianças do mundo todo aumentou de 4,2% em 1990 para 6,7% em 2010. É esperado que se mantenha essa tendência, e que os índices atinjam 9,1% em 2020 (ONIS; BLOSSNER; BORGHI, 2010).

A obesidade e a alimentação não saudável estão associadas às principais causas de morte no mundo todo, como as doenças cardiovasculares, o diabetes, a aterosclerose e o câncer (BRASIL, 2012; MICHA, et. al., 2017). Estudo recente mostrou o impacto de uma alimentação não saudável nos índices de mortalidade de 195 países, atribuindo à alimentação não saudável mais de 11 milhões de mortes em 2017, número maior do que as mortes atribuídas ao cigarro e à hipertensão arterial (AFSHIN et. al., 2019).

Ao considerar um plano de prevenção do ganho de peso e diminuição dos índices de mortalidade por causas evitáveis, é fundamental pensar em estratégias voltadas para a infância, por ser um período em que as intervenções são mais efetivas do que na fase adulta. É mais difícil reduzir o excesso de peso no adulto já obeso do que realizar estratégias de prevenção do ganho de peso em crianças (DEHGHAN; AKHTAR-DANESH; MERCHANT, 2005).

Os primeiros anos de vida de um indivíduo são cruciais para o prognóstico de diversos fatores da sua vida adulta, como o estado nutricional e a saúde em geral. Sabe-se que uma criança obesa possui chances aumentadas de se tornar um adulto obeso em comparação às crianças eutróficas, e que quanto mais cedo o excesso de peso se instala, maiores são essas chances (GUO et al., 2002; ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAUDE, 2014). Além disso, a obesidade infantil está associada ao surgimento de doenças crônicas na vida adulta (BIRO; WIEN, 2010). Ainda mais agravante do que isso, nota-se que muitas condições associadas à má alimentação, que há alguns anos só apareciam em idades mais avançadas, já estão aparecendo em crianças muito pequenas. Dentre elas, se encontram aterosclerose,

hipertensão arterial, doenças gastrointestinais, músculo esqueléticas, ortopédicas, apneia do sono, asma, doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, doença hepática gordurosa não alcoólica e dislipidemia. (BRASIL, 2012; ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAUDE, 2014; KUMAR; KELLY, 2017).

Além das consequências biológicas, que já são bastante exploradas pela literatura, como descrito anteriormente, a obesidade na infância também pode estar relacionada a dificuldades emocionais e comportamentais. Os estudos transversais e longitudinais que investigam a relação do excesso de peso em crianças e adolescentes com a saúde mental mostram que os indivíduos obesos podem apresentar desde muito cedo, mais problemas de comportamento, problemas emocionais, problemas de socialização, ansiedade e depressão (PUDER; MUNSCH, 2010; GRIFFITHS; DEZATEUX; HILL, 2011; SAWYER, et. al., 2011; OLSEN et. al., 2013; PIZZI; VROMAN, 2013; SANTOS; MARANHÃO; BATISTA, 2016; CRUZ et. al., 2017).

Uma das possíveis explicações para as crianças obesas sofrerem esses agravos psicológicos é o sofrimento causado pelos comportamentos de exclusão por parte das outras crianças, pelas piadas depreciativas relacionadas à obesidade, levando à baixa autoestima nessas crianças (PIZZI; VROMAN, 2013). Um trabalho de 1998 já mostrava que crianças aos três anos de idade apresentam comportamentos de estigmatização em relação à obesidade, independentemente do seu estado nutricional, evidenciando o preconceito que as crianças obesas podem sofrer desde muito pequenas (CRAMER; STEINWERT, 1998).

Embora sejam poucos os estudos que investigam, concomitantemente, problemas de saúde mental e excesso de peso em crianças na fase pré-escolar, é possível observar resultados que sugerem esta relação, mesmo em idade tão precoce. Nesse sentido, Cruz e colaboradores (2017) em seu trabalho desenvolvido no Brasil investigando a associação entre problemas de comportamento e excesso de peso em crianças acompanhadas do nascimento aos 4 anos de idade, encontraram associação do excesso de peso com problemas de ansiedade/depressão em meninas, já aos 4 anos. Griffiths, Dezateux e Hill (2011) ao avaliarem crianças aos 3 e aos 5 anos, mostraram que as crianças obesas apresentavam mais problemas de conduta, de hiperatividade, desatenção e de relacionamento quando comparadas com crianças eutróficas da mesma idade. Mallan, Daniels e Nicholson (2017) avaliaram o comportamento alimentar, a presença de problemas psicológicos e o índice de massa corporal (IMC) crianças de 3,5 a 4 anos, e encontraram correlação direta entre obesidade e problemas entre pares, e também uma correlação inversa entre obesidade e comportamento pró-social.

Há que se considerar que a infância é um período caracterizado pelo intenso desenvolvimento físico, emocional, motor, psicológico e social, e qualquer problema instalado nesse momento pode ter consequências futuras e duradouras para a vida do indivíduo (BRASIL, 2012). Assim, a preocupação em prevenir a obesidade infantil perpassa pela preocupação com o desenvolvimento humano, pois pode proteger seu desenvolvimento, minimizando os riscos tanto biológicos quanto psicossociais advindos do excesso de peso. Este caracteriza-se por um fator de risco prevenível, sobre o qual é possível atuar precocemente.

A criança obesa geralmente apresenta mais dificuldades para realizar atividades físicas, seja pela indisposição ou pela vergonha em socializar com outras crianças não obesas. Como consequência, ela acaba se envolvendo preferencialmente em atividades sedentárias, quando deveria ser estimulada a praticar atividades que envolvem gasto energético. A falta de estímulos motores nesse momento da vida pode acarretar em consequências graves no desenvolvimento da criança, e não é incomum que crianças obesas sejam mais dependentes, mais introvertidas, mais inseguras, e todos esses fatores são relevantes no desenvolvimento psicológico da criança (SANTOS; MARANHÃO; BATISTA, 2016).

Os estudos com crianças pequenas são mais consistentes em mostrar uma direção única entre a associação de problemas de saúde mental com obesidade, sugerindo que a obesidade pode acarretar problemas de saúde mental, já que as crianças obesas sofrem com o estigma da obesidade, e tem mais problemas nos relacionamentos com outras crianças (GRIFFITHS; DEZATEUX; HILL, 2011; SAWYER, et. al., 2011). Um estudo no Reino Unido avaliou associações transversais e longitudinais entre obesidade e problemas emocionais e comportamentais em meninos e meninas aos 3 e aos 5 anos. Os autores encontraram uma associação longitudinal nos resultados, indicando que os meninos que já eram obesos aos 3 anos apresentaram mais problemas de conduta e dificuldades totais aos 5 anos do que os meninos que eram eutróficos aos 3 anos (GRIFFITHS; DEZATEUX; HILL, 2011). Outro estudo avaliou crianças aos 4 e 5 anos e depois reavaliou aos 8 e 9 anos, investigando a relação prospectiva entre o IMC e a saúde mental de crianças, e apontou que um aumento de um desvio-padrão no IMC de crianças de 4 a 5 anos foi associado a um aumento nos sintomas emocionais e comportamentais aos 8-9 anos, indicando principalmente problemas de relacionamento e emocionais (SAWYER, et. al., 2011).

Outros autores discutem que não é possível afirmar sobre relação de causa ou efeito entre obesidade e problemas de saúde mental, pois existem evidências de que os problemas

psicológicos estariam envolvidos tanto na causa como na consequência da obesidade infantil (SALIM; BICALHO, 2004; PUDER; MUNSCH, 2010).

Em uma investigação realizada com adultos, os autores analisaram a associação entre depressão e IMC em adultos, e mostraram que existe relação tanto do baixo peso quanto do excesso de peso com os sintomas depressivos. Os pesquisadores discutem os resultados à luz do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), apontando que a depressão pode estar associada ao aumento ou à diminuição da ingestão de alimentos e ao aumento ou diminuição da atividade física (WIT et. al., 2009).

Poucos estudam investigam as possíveis causas da associação inversa, em que as crianças com problemas de saúde mental podem se tornar obesas (BRAET; STRIEN, 1997; LEUNG et. al., 2016; MALLAN; DANIELS; NICHOLSON, 2017). Um trabalho realizado na Bélgica com crianças de 9 a 12 anos e seus pais, analisou essa relação. As crianças foram divididas entre dois grupos: eutróficas e com excesso de peso. Foram avaliados dados antropométricos, dados de ingestão alimentar (recordatório alimentar de 24 horas e registro alimentar de sete dias) e medidas psicológicas (comportamento alimentar, avaliação das competências e do tipo de controle da criança – mais interno ou mais externo). Nos resultados, os autores mostraram que o grupo de crianças obesas apresentaram comportamentos alimentares obesogênicos (alimentação emocional, alimentação externa e alimentação contida), pois foram associados com maior consumo energético. Além disso, os comportamentos alimentares obesogênicos foram associados a problemas emocionais/psicológicos (BRAET; STRIEN, 1997). Os resultados mostram que existe uma associação entre os problemas psicológicos e comportamentos alimentares que levam ao ganho de peso, corroborando com a hipótese de que pode haver essa associação inversa e sugerindo que o comportamento alimentar pode ser um mediador entre os problemas de saúde mental e o excesso de peso.

Outro trabalho, realizado com crianças em idade pré-escolar nos Estados Unidos, apresentou a hipótese de que algumas dimensões do temperamento das crianças pudessem estar associadas com a adiposidade, e que essa associação seria mediada pelo comportamento alimentar. O estudo foi longitudinal, com crianças aos quatro, cinco e seis anos. Os resultados revelaram que o temperamento caracterizado com “surgency” (urgência, impulsividade, busca por prazer) estava associado com o IMC, e foi mediado por dois comportamentos alimentares: resposta à comida e prazer em comer (LEUNG et. al., 2016).

Em outro estudo, mais recente, os autores avaliaram crianças australianas com idades entre três e meio e quatro anos, investigando se o comportamento alimentar delas poderia ser

um fator mediador entre os problemas de saúde mental e o IMC. Eles encontraram associação direta entre problemas de relacionamento entre pares e o IMC nas crianças e associação inversa entre comportamento pró-social e IMC e também encontraram associações entre o comportamento alimentar (sobreingestão emocional e maior resposta aos alimentos) com o IMC nas crianças. Por fim, eles analisaram a relação entre os problemas de saúde mental e o comportamento alimentar dessa crianças, e mostraram que os comportamentos alimentares de aproximação ao alimento que se relacionaram com o IMC das crianças (sobreingestão emocional e maior resposta aos alimentos) estavam associados com problemas de saúde mental (sintomas emocionais, problemas de conduta e problemas entre pares), sugerindo que o comportamento alimentar poderia agir como um mediador entre os problemas de saúde mental e o IMC (MALLAN; DANIELS; NICHOLSON, 2017).

A definição de comportamento alimentar não é clara. Existe muita confusão em relação a alguns termos utilizados na área da Nutrição, como perfil, hábito, consumo e comportamento alimentar, sendo que esses termos são às vezes empregados como sinônimos, e outras vezes, não. Uma revisão feita em 2014 sobre as definições de comportamento e hábito alimentar traz como conclusão que o comportamento alimentar envolve desde a escolha até a ingestão dos alimentos, diferenciando-se de hábito alimentar, pois este está relacionado à repetição de um ato (VAZ; BENNEMANN, 2014). Viana (2002) traz em seu trabalho a diferença entre comportamento alimentar e padrão de ingestão, sendo que o primeiro envolve o ato da ingestão e aspectos qualitativos relacionados com a seleção e escolha dos alimentos consumidos, e o segundo refere-se mais a aspectos quantitativos, como valor energético e nutrientes ingeridos. No trabalho de Quaioti e Almeida (2006) os autores trazem como sinônimos os termos comportamento e hábito alimentar, definindo-os como alimentos normalmente consumidos pelo indivíduo. Em um trabalho mais recente, de 2019, um grupo de autoras faz uma definição clara sobre cada um desses termos que sofrem confusão na área da Nutrição, e diferenciam o significado de cada um deles. Para essas autoras, o termo comportamento alimentar não envolve o ato de ingestão dos alimentos, mas está relacionado aos atos pré-deglutição, e envolve questões de cognições e afetos relacionados ao ato de se alimentar: como, com o quê, com quem, onde e quando comemos (ALVARENGA; KORITAR; MORAES, 2019).

Apesar de não haver um consenso sobre a definição do termo comportamento alimentar, a maioria dos autores concordam que ele engloba outras questões relacionadas à alimentação, e não apenas a ingestão de energia ou nutrientes. Na abordagem da obesidade, é importante que essas questões sejam levadas em consideração, para que os esforços de

prevenção e tratamento sejam mais eficientes. No momento atual que o país se encontra, com aumento preocupante dos índices de sobrepeso e obesidade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), apesar de existirem políticas e programas de saúde pública voltados principalmente para a promoção de atividade física e redução do sedentarismo, promoção do aleitamento materno, regulação da publicidade infantil, promoção de hábitos alimentares saudáveis e melhoria dos ambientes (REIS; VASCONCELOS; BARROS, 2011; ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016) evidencia-se a necessidade de novas tentativas de intervenção, diferentes das que já são utilizadas. Uma possibilidade é atentar às questões psicológicas associadas ao ganho de peso, relação já evidenciada na literatura, incorporando estratégias que possam também prevenir problemas de saúde mental, especialmente aqueles que se associam a alterações no comportamento alimentar (PUDER; MUNSCH, 2010; GRIFFITHS; DEZATEUX; HILL, 2011; SAWYER, et. al., 2011; OLSEN et. al., 2013; PIZZI; VROMAN, 2013; SANTOS; MARANHÃO; BATISTA, 2016; CRUZ et. al., 2017). Lembrando que o constructo de comportamento alimentar inclui os fatores emocionais e comportamentais da obesidade infantil, e pode contribuir de forma interdisciplinar no controle dessa condição nociva à saúde do indivíduo.

A obesidade infantil tem sido associada ao comportamento alimentar das crianças, mesmo em faixas etárias precoces. Os autores mostram que as crianças que respondem mais às pistas externas da alimentação (disponibilidade de alimentos, cheiros, etc) e que possuem menor capacidade interna de regular a saciedade estão propensas a ganharem peso em excesso (VIANNA; SINDE; SAXTON, 2008; CARNELL; WARDLE, 2008; LLEWELLYN et. al., 2014; PASSOS et. al., 2015; SYRAD et. al., 2016).

Um trabalho avaliou 240 crianças e adolescentes portugueses de três a treze anos, com o objetivo de investigar se existia associação entre o comportamento alimentar e o IMC dos indivíduos. A hipótese principal do estudo era de que crianças com excesso de peso apresentariam uma resposta à saciedade mais fraca e uma resposta às pistas externas de alimentação maior, em comparação às crianças eutróficas. Os pais responderam a um questionário sobre comportamento alimentar de seus filhos e o IMC foi calculado a partir das medidas de peso e estatura das crianças e adolescentes. Os resultados do trabalho confirmaram a hipótese e mostraram a existência de uma associação positiva entre todos os itens do questionário referentes à aproximação da comida e o IMC e, de outro lado, uma associação negativa entre os itens concernentes a afastamento da comida e o IMC (VIANNA; SINDE; SAXTON, 2008).

Em outro estudo, realizado na Inglaterra, os autores avaliaram os traços do comportamento alimentar em crianças muito pequenas, aos 16 meses, e associaram os resultados com o padrão de ingestão alimentar delas aos 21 meses. Os resultados do trabalham indicaram que mesmo em idades muito jovens, já existe associação do comportamento alimentar com o padrão alimentar: uma maior resposta aos alimentos foi associada com maior frequência de refeições, e uma menor resposta à saciedade foi associada com um maior tamanho de refeições, sendo que essas características do comportamento alimentar são conhecidamente relacionadas ao ganho excessivo de peso (SYRAD et. al., 2016).

No Brasil, Passos e colaboradores (2015), realizaram um estudo em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul e analisaram o comportamento alimentar de crianças de seis a dez anos, utilizando o Children's Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ). Para as análises, as crianças foram divididas em quatro grupos, de acordo com seu estado nutricional: eutrofia, sobrepeso, obesidade e obesidade grave. Os autores detectaram que todas as subescalas que refletem ''interesse pela comida'' apresentaram maior pontuação nos grupos de obesidade e obesidade grave; por outro lado, duas das quatro subescalas que refletem ''desinteresse pela comida'' (resposta à saciedade e ingestão lenta) tiveram maior pontuação na categoria de crianças eutróficas.

Existem indícios de que o comportamento alimentar de um indivíduo começa a ser desenvolvido desde os primeiros dias de vida, com o processo da amamentação, quando a criança entra em contato com o sabor do leite, que possui uma grande complexidade de sabores e quando ela aprende a distinguir a sensação de fome e saciedade, com a ajuda dos pais, que também aprendem a distinguir o choro do bebê. Já é possível notar, mesmo nessa fase tão inicial do desenvolvimento, que alguns bebês apresentam um estilo de sucção no peito mais acelerado do que outros, o que pode ser um indício do tipo de comportamento que a criança terá nos próximos anos de vida. (VIANNA; SANTOS; GUIMARÃES, 2008). Ashcroft e colaboradores (2008) avaliaram 322 crianças, aos 4 e aos 11 anos de idade, com relação à estabilidade e à continuidade dos traços do comportamento alimentar. Nas duas ocasiões, os pais responderam a um questionário para avaliar o comportamento alimentar das crianças. Os resultados do trabalho mostraram que houve correlação, entre os dois momentos da avaliação, para todas as subescalas do questionário, reforçando a importância de se criar hábitos e comportamentos saudáveis desde os primeiros anos de vida. No trabalho de Syrad e colaboradores (2016) os autores investigaram se o comportamento alimentar de crianças em idades precoces teria associação com o padrão de ingestão alimentar alguns meses depois, e

encontraram resultados positivos, indicando que o comportamento alimentar já se inicia nos primeiros meses de vida da criança.

Nos primeiros anos de vida, com o processo da introdução alimentar, o comportamento continua sendo formado, sofrendo influência de diversos fatores. Uma questão importante nesse processo de desenvolvimento do comportamento alimentar é a observação que a criança faz dos pais e também de outras crianças. Por isso é tão importante que a família tenha bons hábitos alimentares, consumindo uma diversidade de alimentos saudáveis, para que a criança também desenvolva esse comportamento. A questão de se oferecer várias vezes o mesmo alimento para a criança também é crucial nesse processo de formação do comportamento alimentar. Mesmo que acriança rejeite algum alimento, os pais devem oferecê-lo outras vezes para a criança, em contextos e formas diferentes, para que a criança tenha a possibilidade de experimentar (RAMOS; STEIN, 2000; QUAIOTI; ALMEIDA, 2006; VIANNA; SANTOS; GUIMARÃES, 2008).

Considerando a existência de associação entre aspectos emocionais e estado nutricional, já em idades muito jovens, e também entre comportamento alimentar e estado nutricional, especialmente no contexto de obesidade, justifica-se este estudo que busca trazer contribuições para maior compreensão sobre como o comportamento alimentar e os problemas de saúde mental podem associar-se no contexto de eutrofia, sobrepeso e obesidade de pré-escolares, ajudando a estabelecer novas estratégias e planos mais eficazes para prevenir o ganho de peso excessivo em idades tão precoces.

2 OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho foi investigar o comportamento alimentar e a saúde mental entre crianças de dois a quatro anos de idade e analisar possíveis associações entre estado nutricional, comportamento alimentar e problemas emocionais e/ou comportamentais neste grupo de pré-escolares.

Os objetivos específicos são:

a) Avaliar o comportamento alimentar de crianças de dois a quatro anos;

b) Avaliar problemas de saúde mental entre crianças com idades de dois a quatro anos, incluídas no estudo;

c) Analisar se existe influência de variáveis sociodemográficas sobre o comportamento alimentar para a amostra estudada;

d) Verificar se existem associações entre estado nutricional, comportamento alimentar e problemas de saúde mental para este grupo etário;

e) Estabelecer comparações entre grupos diferenciados pelo estado nutricional.

A hipótese que norteou este trabalho era de que as crianças com excesso de peso (sobrepeso e obesidade) tivessem resultados que indicassem maior aproximação/interesse pela comida, no que diz respeito ao comportamento alimentar, e que apresentassem maiores pontuações no questionário que rastreia problemas de saúde mental, em comparação às crianças eutróficas.

3 MATERIAL E MÉTODO

Este é um estudo observacional, analítico, com abordagem quantitativa, a partir de um delineamento transversal.

Um estudo é chamado de observacional quando ele não tem nenhuma intervenção sobre o objeto estudado. Este trabalho é analítico, pois tem o objetivo de analisar as associações entre as variáveis em questão. No que diz respeito à unidade de observação, este estudo é transversal, pois os dados foram colhidos em um único momento do tempo (FRONTEIRA, 2013).

3.1 Participantes

Os participantes da pesquisa foram 95 pais ou responsáveis por crianças de dois a quatro anos (2 anos, 0 meses e 0 dias até 4 anos, 11 meses e 29 dias) atendidas nas Unidades de Saúde do Município de Ribeirão Preto/SP, que possuíam registro de peso e estatura nas consultas e que tinham número de telefone no cadastro do Sistema de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto/SP. As crianças foram divididas em três grupos, de acordo com o estado nutricional: G1 – crianças eutróficas, com 34 participantes; G2 – crianças com risco de sobrepeso ou sobrepeso, com 32 participantes e G3 – crianças obesas, com 29 participantes.

O Quadro 1 mostra a distribuição da amostra indicando o ponto de corte para categorização do estado nutricional, segundo classificação da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Quadro 1 - Distribuição dos grupos conforme estado nutricional e pontos de corte para classificação segundo o índice de massa corporal (IMC) para idade

Grupos	Estado Nutricional	Pontos de corte de IMC para idade
G 1 (N= 34)	Eutrofia	> Percentil 3 e ≤ Percentil 85
G 2 (N= 32)	Risco de sobrepeso ou sobrepeso	> Percentil 85 e ≤ Percentil 99
G 3 (N= 29)	Obesidade	> Percentil 99,9

Fonte: próprio autor

Para atingir este número de participantes foram realizadas 356 tentativas de contato (ligações telefônicas), das quais 147 (41%) obtiveram sucesso. Destas, foram agendadas 109

entrevistas, ocorrendo 38 recusas (25,9%); no transcorrer da pesquisa 12 pessoas desistiram de participar ou não responderam aos contatos subsequentes. Ao final da pesquisa, foram realizadas 97 entrevistas, correspondendo a 27% de todas as tentativas de contato.

O participante poderia ser o pai, a mãe ou o principal responsável de crianças de dois a quatro anos de idade, que tivesse mais de 18 anos e concordasse em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices A e B). A criança precisava estar incluída em um dos Sistemas de Saúde do Município: o Hygia ou o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). O responsável respondeu por apenas uma criança da família.

Os critérios de exclusão foram: haver alguma dificuldade, por parte do entrevistado, em compreender e responder aos instrumentos (percebido pelo pesquisador durante a coleta); haver alguma condição de saúde da criança que interferisse no comportamento ou na alimentação; ou a criança estar fora do estado nutricional estabelecido para a pesquisa, após a conferência dos dados atuais de antropometria da criança.

Dois participantes foram excluídos da pesquisa: após a conferência do estado nutricional das crianças com os dados da consulta mais recente, verificou-se que uma delas se classificava na categoria “magreza”. A outra exclusão foi porque a criança era autista, e considerou-se que essa condição interferia no seu comportamento.

A Tabela 1 mostra a distribuição final da amostra em comparação com o número inicial pretendido/calculado (N pretendido), por Distrito de Saúde. O N pretendido é referente ao cálculo amostral, descrito posteriormente (na seção Procedimentos).

Tabela 1 - Distribuição da amostra conforme o Distrito de Saúde, considerando o número (N) pretendido e alcançado

Distrito	N pretendido	Porcentagem	N alcançado	Porcentagem
Norte	70	36%	19	20%
Sul	20	10%	18	19%
Leste	26	14%	18	19%
Oeste	62	32%	29	30%
Central	14	8%	11	12%
TOTAL	192	100%	95	100%

A amostra ficou composta por 25,3% de crianças com 2 anos, 38,9% com 3 anos e 35,8% com 4 anos. No que tange ao estado nutricional foram incluídas 35,8% de crianças

eutróficas, 33,7% em risco ou sobrepeso e 30,5% com obesidade. A tabela 2 mostra o número total de crianças inseridas na amostra, segundo idade e estado nutricional.

Tabela 2 - Número total de crianças incluídas na amostra segundo idade e estado nutricional

Grupos	**Idades**			
	2 anos	3 anos	4 anos	TOTAL
G1. Eutróficos	9	12	13	34
G2. Risco e sobrepeso	10	11	11	32
G3. Obesidade	5	14	10	29
TOTAL	24	37	34	95

Detalhamento sobre características da amostra são apresentados na seção de Resultados.

3.2 Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos para coleta de dados:

1) QSD - Questionário Sociodemográfico (Apêndice A)

Instrumento utilizado para coletar informações sociodemográficas e familiares, constituído por 16 questões que abrangem os dados pessoais, grau de escolaridade dos responsáveis da criança, estrutura familiar e condição socioeconômica da família, incluindo itens do Critério Brasil (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2016).

2) SDQ-Por – Questionário de Capacidades e Dificuldades (disponível em http://www.sdqinfo.org/) (Anexo A)

Trata-se de uma escala para rastreamento de problemas de saúde mental infantil. É constituído por 25 questões divididas em cinco subescalas, com cinco itens cada: comportamento pró-social, hiperatividade, problemas emocionais, problemas de conduta e problemas de relacionamento. Cada item pode ser respondido dentro de uma escala Likert de três pontos: falso, mais ou menos verdadeiro ou verdadeiro, correspondendo respectivamente a 0, 1 ou 2 pontos. O resultado para cada subescala corresponde à soma das pontuações dos itens correspondentes e o resultado geral à soma de todos os itens. O resultado das subescalas

bem como o total da escala permitem a classificação da criança em quatro categorias: na média, ligeiramente acima da média, alto ou muito alto. Na subescala comportamento pró-social, quanto maior a pontuação, mais positivo é o comportamento da criança. Nas outras subescalas (hiperatividade, problemas emocionais, de conduta e de relacionamento), quanto maior a pontuação, mais problemático é o comportamento. Foi utilizada a versão do questionário para crianças de 2 a 4 anos. O instrumento foi validado para uso no Brasil por Fleitlich, Cortazar e Goodman, em 2000, e para esta amostra foi calculado o índice de consistência interna, obtendo-se um alpha de Cronbach de 0,73 para a escala geral.

3) CEBQ – Questionário do Comportamento Alimentar de Crianças (Anexo B)

Este questionário foi desenvolvido com o objetivo de avaliar o comportamento alimentar de crianças e adolescentes dos três aos treze anos de idade, em um contexto de obesidade ou de risco para obesidade. Porém, pode ser utilizado para a investigação do comportamento alimentar de crianças saudáveis ou com comportamento alimentar alterado (VIANA; SINDE; SAXTON, 2011). Alguns autores utilizaram o CEBQ para a avaliação de crianças de 1 e 2 anos, apesar do questionário ter sido desenvolvido para crianças de 3 a 13 anos (SVENSSON et. al., 2011; DANIELS et al., 2014; KONINGS et. al., 2018). É composto de 35 questões, que são respondidas pelos pais/responsáveis. As questões são divididas em oito dimensões relacionadas com o apetite das crianças. São elas: 1) Resposta à comida; 2) Prazer em comer (essas duas subescalas representam um maior interesse pelos alimentos e uma maior resposta às pistas externas de alimentação, podendo estar relacionadas ao ganho de peso em excesso); 3) Desejo de beber (o consumo de bebidas adoçadas está associado a uma maior ingestão calórica diária e ao desenvolvimento da obesidade); 4) Sobreingestão emocional (reação emocional aos alimentos, podendo estar associado com ingestão excessiva e ganho de peso); 5) Subingestão emocional (reação emocional aos alimentos, podendo se associar com consumo alimentar reduzido); 6) Resposta à saciedade (reflete a sensibilidade às pistas internas de saciedade e, por isso, confere maior eficácia no controle da ingestão calórica, podendo atuar como uma proteção ao consumo alimentar em excesso); 7) Ingestão lenta e 8) Seletividade alimentar (essas duas últimas subescalas refletem falta de prazer e de interesse pelos alimentos e podem estar associadas ao baixo peso em crianças). As respostas fornecidas a cada item são assinaladas numa escala Likert de cinco pontos, sendo que 1 refere-se a “nunca”, 2 a “raramente”, 3 a “algumas vezes”, 4 a “frequentemente” e 5 a “sempre”. A pontuação de cada subescala é fornecida pela soma dos itens. Não há um escore para a escala total. Foi utilizada a versão validada em Portugal por Viana e Sinde (2008), já

utilizada em outros estudos brasileiros (COELHO; PIRES, 2014; PASSOS, et al., 2015; HUÇALO; IVATIUK, 2017). Para esta amostra o alpha de cronbach foi de 0.69.

3.3 Procedimentos

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa foi retomado contato com a Secretaria Municipal de Saúde, solicitando relatórios do SISVAN com o número de crianças de dois a quatro anos em cada Unidade de Saúde no ano de 2016. A partir dos relatórios, identificou-se o número de crianças em cada Distrito de Saúde do Município com o perfil pretendido, de modo a formar uma amostra estratificada, contemplando todos os Distritos (Tabela 3). Paralelamente, foi solicitado a um estatístico o cálculo do tamanho da amostra. Neste caso, considerando a aplicação de ANOVA com 3 grupos, com nível de confiança de 95%, poder de teste de 80%, estimativa do desvio-padrão da variável de trabalho semelhante de 7,2 e uma diferença mínima a ser detectada entre os grupos de quatro pontos (para aplicação do instrumento de avaliação de saúde mental). O cálculo indicou que a amostra deveria incluir 64 crianças por grupo.

Tabela 3 - Distribuição das crianças de dois a quatro anos nos Distritos de Saúde de Ribeirão Preto em 2016

Distrito	Número total de crianças	Porcentagem	N pretendido
Norte	2152	36%	70
Sul	615	10%	20
Leste	812	14%	26
Oeste	1908	32%	62
Central	452	8%	14
TOTAL	5939	100%	192

Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

Antes de iniciar o recrutamento, procedeu-se ao sorteio de cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF) do Município para a identificação das crianças atendidas, correspondendo a uma Unidade de cada Distrito de Saúde de Ribeirão Preto. As Unidades sorteadas foram: UBS Jardim Aeroporto (Distrito Norte); UBS Adão do

Carmo (Distrito Sul); USF Jardim Zara (Distrito Leste); UBS Dom Mielle (Distrito Oeste) e UBS Vila Tibério (Distrito Central).

Foram gerados relatórios no SISVAN contendo os nomes de todas as crianças de dois a quatro anos, cadastradas nessas Unidades de Saúde, referentes aos atendimentos do ano de 2017. As listas com os nomes das crianças de cada Unidade de Saúde já foram organizadas, segundo o estado nutricional das mesmas, conforme os grupos definidos para o estudo (Grupo 1 - crianças eutróficas; Grupo 2 - crianças com risco de sobrepeso ou com sobrepeso; Grupo 3 - crianças obesas). Cada grupo também foi subdividido considerando a idade da criança (dois, três e quatro anos), de modo a manter um equilíbrio entre o número de crianças por faixa etária, favorecendo posteriormente a análise de dados.

As listas geradas incluíram, além do nome da criança, data de nascimento, nome da mãe, endereço, Unidade de Saúde onde era atendida e estado nutricional (todos dados fornecidos pelo SISVAN). A partir destas informações, conferiu-se se as crianças correspondiam ao perfil desejado. Crianças que já haviam completado cinco anos foram excluídas das listas manualmente.

O recrutamento dos participantes foi feito utilizando-se um sistema de randomização simples com as listas de nomes das crianças: todos os registros foram numerados e os que receberam números ímpares foram convidados a participar. Chegando no último número ímpar, voltava-se ao início da lista passando-se a convidar participantes correspondentes aos registros com números pares. No grupo de crianças sobrepeso e obesas, foram feitas tentativas de contato com todos os responsáveis, devido ao número pequeno de crianças da lista.

Para conseguir o número de telefone das famílias, foi consultado o Sistema Hygia. Foram coletados os contatos de todas as crianças das listas referentes às cinco Unidades de Saúde inicialmente sorteadas.

O contato com as famílias foi realizado da seguinte forma: com base na lista de números telefônicos, era realizada uma tentativa de falar com o responsável da criança. Caso o número não estivesse disponível para receber chamadas ou ninguém atendesse a ligação, era feita uma anotação na planilha de contato e eram realizadas mais duas tentativas de contato em horários diferentes. Se após três tentativas não fosse possível realizar a ligação, aquele contato era descartado da lista. Caso alguém atendesse a ligação, era solicitado falar com o responsável da criança (informava-se o nome da criança). O responsável era convidado para participar da pesquisa e era agendada uma data e local de preferência do participante. Em geral, sugeriu-se que a entrevista fosse aplicada na Unidade de Saúde mais próxima do participante, ou na sua residência.

Devido ao baixo número de crianças com sobrepeso e obesas encontradas nessas listas iniciais, e devido à dificuldade de conseguir entrar em contato com as famílias, esgotaram-se as possibilidades de contato com as crianças dos Grupos 2 e 3. Nesse momento, foi necessário buscar uma nova lista de crianças para entrar em contato, dessa vez, incluindo os atendimentos de 2018 (a primeira lista gerada foi com atendimentos do ano de 2017). Entretanto, na época o SISVAN não estava mais gerando esses relatórios, devido a um problema técnico, que se manteve por seis meses. Foi necessário buscar outra estratégia para identificar as crianças cadastradas nas Unidades de Saúde. Optou-se por gerar um relatório através do Sistema Hygia, o que foi feito com o apoio de um funcionário da Divisão de Informática da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto que gerou o relatório de todos os atendimentos das crianças de dois a quatro anos nas cinco Unidades sorteadas para a pesquisa com informações de peso e estatura na consulta, buscando todas as consultas dos últimos 12 meses (abril de 2017 a abril de 2018). Priorizou-se apenas os atendimentos de 2018 (última consulta) para incluir na pesquisa, garantindo dados atualizados de peso e estatura.

Como o Sistema Hygia, diferente do SISVAN, não apresenta os dados de estado nutricional, a partir das novas listas, foi necessário calcular o IMC de todas as crianças e classificá-las segundo o estado nutricional. A partir disto, foi novamente retomado o recrutamento, na tentativa de completar a amostra.

Esgotou-se novamente a possibilidade de contato com todos os responsáveis das crianças dos Grupos 2 (risco de sobrepeso e sobrepeso) e 3 (obesidade), sendo necessário gerar novos relatórios para estes perfis. Nesta época o SISVAN já havia voltado a funcionar normalmente, assim, a identificação das crianças foi feita a partir dele.

Foi sorteada uma nova Unidade de Saúde em cada Distrito para complementar a amostra e, a princípio, foram gerados os relatórios apenas de crianças obesas (Grupo 3) de dois, três e quatro anos. Sempre que esgotava-se a possibilidade de contato, sorteava-se outra Unidade de Saúde daquele Distrito, e assim sucessivamente, buscando-se exaustivamente todas as crianças obesas do Município nestas idades.

Não havendo completado a amostra, foram extraídos novas listas do Sistema, referentes neste momento aos grupos 2 (risco e sobrepeso) e 3 (obesidade), com dois e quatro anos de idade, em que foram incluídas todas as Unidades de Saúde do município.

O Quadro 2 sumariza os procedimentos de identificação e recrutamento da amostra, incluindo os problemas encontrados neste processo.

Quadro 2 - Fluxograma das etapas percorridas na coleta dos dados, com indicação de dificuldades encontradas na identificação e recrutamento dos participantes

Sorteio de uma Unidade de Saúde de cada Distrito (5 unidades)

↓

Listas geradas no SISVAN (dados de 2017) com os nomes de todas as crianças das cinco Unidades de Saúde sorteadas + busca de telefones

↓

Contato telefônico com todas as famílias: 71 tentativas; 28 convites; 20 entrevistas agendadas; 3 desistências/perdas. N=17

↓

Acabaram os números de telefone e o SISVAN parou de gerar relatórios

↓

Listas geradas pelo Hygia (dados de 2018) com os nomes das crianças das cinco Unidades de Saúde sorteadas + busca de telefones

↓

Contato telefônico com todas as famílias: 193 tentativas; 78 convites; 61 entrevistas agendadas; 5 desistências/perdas. N=56

↓

Acabaram os números de telefone

↓

Listas geradas no SISVAN com os nomes das crianças de dois, três e quatro anos do grupo 3 de todas as Unidades de Saúde do Município + busca de telefones

↓

Contato telefônico com todas as famílias: 46 tentativas; 20 convites; 13 entrevistas agendadas; 2 desistências/perdas. N=11

↓

Acabaram os números de telefone

↓

Listas geradas no SISVAN com os nomes das crianças de dois e quatro anos dos grupos 2 e 3 de todas as Unidades de Saúde + busca de telefones

↓

Contato telefônico com todas as famílias: 46 tentativas; 21 convites; 15 entrevistas agendadas; 2 desistências/perdas. N=13

Fonte: Próprio autor

No final da coleta, as informações de peso e estatura de uma parte das crianças eram decorrentes de consultas realizadas em 2017, e para outra parte havia uma diferença de mais de seis meses entre a data da consulta e a data da coleta. Para essas situações, foi realizada uma busca nos Sistemas Hygia e SISVAN, na tentativa de obter informações mais recentes sobre o estado nutricional (priorizando consultas realizadas em 2018). Após essa busca, identificou-se que 9 crianças não tinham passado em consulta na Atenção Básica em 2018 (tinham consulta apenas em Pronto Atendimento ou em especialidades, sem dados sobre estado nutricional). Para estes casos foram utilizadas as informações de 2017.

Deste modo, foram convidados para a pesquisa os responsáveis de crianças que tinham cadastro no SISVAN ou no Hygia nos anos de 2017 ou 2018 e que tinham o número de telefone disponível no Sistema Hygia. Considerando não haver mais crianças preenchendo os critérios para os grupos 2 e 3, decidiu-se pelo encerramento da coleta de modo a manter o equilíbrio entre os três grupos sob análise. Nove crianças mudaram de grupo de estado nutricional, após a verificação do peso e estatura feita no Hygia.

Os questionários foram aplicados em formato de entrevista, as quais tiveram duração média de 30 minutos. Durante o encontro, o entrevistador lia as afirmações e as possibilidades de resposta, e o entrevistado acompanhava com um questionário e uma escala em mãos, de modo a facilitar a escolha da resposta mais adequada. O entrevistador fazia esclarecimentos mínimos para não interferir nas respostas. Deste modo, evitou-se gerar qualquer constrangimento aos participantes que eventualmente tivessem alguma dificuldade para ler os questionários.

Todos os questionários foram conferidos e as informações preparadas para montar o banco de dados. As informações foram registradas em planilhas do Excel, realizando-se dupla digitação, cada uma delas realizada separadamente por dois colaboradores de pesquisa que foram treinados para isto.

3.4 Análise de dados

Foram calculadas as frequências bruta e relativa das variáveis categóricas e medidas de tendência central (média, desvio-padrão) para as variáveis numéricas.

Visando verificar algum efeito de variáveis sociodemográficas sobre os resultados de comportamento alimentar, saúde mental e estado nutricional, foram aplicados teste de qui-quadrado e análise de variância (ANOVA) com o teste pos hoc de Bonferroni, dependendo da variável.

Para realizar as análises foram agrupadas as classes econômicas A, B1 e B2 (A/B), C1 e C2 (C) e D e E (D/E).

No cruzamento dos questionários de saúde mental (SDQ) e de comportamento alimentar (CEBQ), utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson. Foram consideradas correlações fracas aquelas com valores <0,4, moderada com valores >0,4 a <0,5 e fortes as que apresentaram valores >0,5 (HULLEY et al., 2003).

Por último, foram realizados análises de regressão logística binária multivariada e método da análise de variância com o teste pós-hoc de Bonferroni para avaliar as associações entre o estado nutricional, o comportamento alimentar e a saúde mental. Foram realizadas análises comparando os três grupos e posteriormente, realizaram-se análises comparando Grupos “1+2” versus Grupo 3 (reunindo eutróficos+sobrepeso X obeso) e Grupo 1 com Grupos “2+3” (eutróficos X sobrepeso+obeso).

Para todas as provas aplicadas considerou-se o nível de significância $p<0,05$.

4 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo seguiu todas as recomendações éticas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com respeito aos princípios éticos de autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, garantindo os direitos dos participantes da pesquisa.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (Protocolo CAAE 79536217.2.0000.5393) (Anexo C), tendo sido autorizada sua realização pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto (Anexo D).

Todos os participantes foram informados sobre objetivos, procedimentos, riscos e benefícios decorrentes de sua colaboração, bem como tiveram assegurados seu direito ao sigilo, não anuência, desistência e direito à indenização em caso de algum dano à sua integridade. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A e B) e receberam uma via do documento.

5 RESULTADOS

Os resultados do estudo serão apresentados na sequência: perfil dos participantes (informantes) e amostra (crianças avaliadas), análise da influência das variáveis sociodemográficas sobre os resultados de estado nutricional, análise da influência das variáveis sociodemográficas sobre os resultados de comportamento alimentar; análise das associações entre comportamento alimentar e estado nutricional; análise da influência das variáveis sociodemográficas sobre os resultados de saúde mental; análise das associações entre saúde mental e estado nutricional e, por fim, análise das associações entre comportamento alimentar e saúde mental.

5.1 Perfil dos participantes e da amostra

A idade dos participantes variou de 19 a 60 anos, com média igual a 32,7 (±7,39) e mediana igual a 32. Os informantes foram exclusivamente mulheres (mães, avós ou babás), predominando escolaridade média completa ou superior incompleto (54,7%), residindo com companheiro (71,6%), a maioria delas com trabalho remunerado (55,8%) e 32,6% das famílias classificaram na classe econômica C2 (Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização dos participantes da pesquisa

Variáveis	Frequência	Porcentagem (%)
Relação com a criança		
Mãe	91	95,8
Outro cuidador (avós e babá)	4	4,2
Nível de escolaridade		
Analfabeto/até 3ª série Fundamental	4	4,2
Até 4ª série Fundamental	9	9,5
Fundamental completo	23	24,2
Médio completo/Superior incompleto	52	54,7
Superior completo	7	7,4
Situação conjugal		
Sem companheiro na mesma casa	27	28,4
Com companheiro na mesma casa	68	71,6

Continua

Conclusão

Variáveis	Frequência	Porcentagem (%)
Situação ocupacional		
Trabalhando com remuneração	53	55,8
Trabalhando sem remuneração	1	1,1
Sem trabalhar (recebendo alguma remuneração)	20	21,1
Sem trabalhar	21	22,1
Classe econômica		
D/E	16	16,8
C2	31	32,6
C1	19	20,0
B2	22	23,2
B1	5	5,3
A	2	2,1

A amostra ficou composta por 34 (35,8%) crianças consideradas eutróficas, 32 (33,7%) crianças com sobrepeso e 29 (30,5%) obesas. Quanto à idade, 24 (25,3%) tinham dois anos, 37 (38,9%) três anos e 34 (35,8%) estavam com quatro anos na época da coleta de dados.

A Tabela 5 mostra a distribuição da amostra por idade e estado nutricional, considerando as 95 crianças.

Tabela 5 - Distribuição da amostra por idade e estado nutricional (N=95)

Idade	Grupo1		Grupo 2		Grupo 3	
	f	%	f	%	f	%
2 anos	9	9,5	10	10,5	5	5,3
3 anos	12	12,6	11	11,6	14	14,7
4 anos	13	13,7	11	11,6	10	10,5

f – frequência; % - porcentagem

5.2 Estado nutricional e variáveis sociodemográficas

Não foram observadas diferenças entre subgrupos discriminados por gênero (X^2 = 0,007; p = 0,99), idade (X^2 = 2,24; p = 0,69) e classificação econômica (X^2 = 4,94; p = 0,29) no que tange a estado nutricional. A distribuição dos Grupos 1 (eutróficas), 2 (risco e sobrepeso) e 3 (obesidade), conforme estas variáveis, pode ser observada nas Tabelas 6, 7 e 8. Nota-se na Tabela 6 o predomínio de meninos nos três grupos.

Tabela 6 - Distribuição dos subgrupos de gênero conforme o estado nutricional

Gênero	G 1	G 2	G 3	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	
Feminino	12 (35,3%)	11 (34,4%)	10 (34,5%)	33 (34,7%)
Masculino	22 (64,7%)	21 (65,6%)	19 (65,5%)	62 (65,3%)
Total	34 (100,0%)	32 (100,0%)	29 (100,0%)	95 (100,0%)

Na Tabela 7 observa-se um menor grupo de crianças de 2 anos, em todos os grupos e na tabela 8 o predomínio de famílias da classe C.

Tabela 7 - Distribuição dos subgrupos etários conforme o estado nutricional

Idade	G 1	G 2	G 3	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	
2 anos	9 (26,5%)	10 (31,3%)	5 (17,2%)	24 (25,3%)
3 anos	12 (35,3%)	11 (34,4%)	14 (48,3%)	37 (38,9%)
4 anos	13 (38,2%)	11 (34,4%)	10 (34,5%)	34 (35,8%)
Total	34 (100,0%)	32 (100,0%)	29 (100,0%)	95 (100,0%)

Tabela 8 - Distribuição dos subgrupos de classe econômica conforme o estado nutricional

Classes do Critério Brasil	G 1	G 2	G 3	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	
D/E	9 (26,5%)	4 (12,5%)	3 (10,3%)	16 (16,8%)
C	14 (41,2%)	20 (62,5%)	16 (55,2%)	50 (52,6%)
A/B	11 (32,4%)	8 (25,0%)	10 (34,5%)	29 (30,5%)
Total	34 (100,0%)	32 (100,0%)	29 (100,0%)	95 (100,0%)

5.3 Comportamento alimentar e variáveis sociodemográficas

Os resultados referentes ao comportamento alimentar conforme avaliado pelo CEBQ podem ser observados na tabela 9. Nota-se que as subescalas que tiveram maiores pontuações foram Prazer em comer e Desejo de beber, com médias de 3,92 e 3,34, respectivamente. A subescala que teve menor pontuação foi Sobreingestão emocional, com média de 1,57.

Tabela 9 - Resultados referentes a comportamento alimentar, conforme subescalas do CEBQ

Subescalas	Média (±dp)	Mediana	Mínimo - Máximo
Prazer em comer	3,92 (±0,97)	4,0	1,3 – 5,0
Sobreingestão emocional	1,57 (±0,74)	1,3	1,0 – 3,8
Desejo de beber	3,34 (±1,49)	3,7	1,0 – 5,0
Resposta a comida	2,79 (±1,29)	2,6	1,0 – 5,0
Resposta à saciedade	2,54 (±1,07)	2,2	1,0 – 5,0
Ingestão lenta	2,97 (±1,08)	3,0	1,0 – 5,0
Seletividade	2,89 (±1,21)	3,0	1,0 – 5,0
Subingestão emocional	2,43 (±1,18)	2,3	1,0 – 5,0

dp – desvio-padrão

Comparando-se os subgrupos separados por sexo, observou-se diferença significativa quanto a Resposta à saciedade (t = 2,433; p = 0,018), sendo que a média dos resultados das meninas foi maior que a dos meninos (Tabela 10).

Tabela 10 - Comparação dos subgrupos discriminados por sexo nas subescalas de comportamento alimentar

CEBQ Subescala	Média (±desvio-padrão)		T	p
	Feminino (n=34)	Masculino (n=63)		
Prazer em comer	3,96 (0,92)	3,90 (0,99)	0,272	0,786
Sobreingestão emocional	1,72 (0,73)	1,50 (0,74)	1,409	0,162
Desejo de beber	3,71 (1,43)	3,15 (1,48)	1,781	0,078
Resposta à comida	2,89 (1,20)	2,72 (1,32)	0,627	0,532
Resposta à saciedade	2,94 (1,19)	2,37 (0,95)	2,433	0,018*
Ingestão lenta	3,01 (1,05)	2,99 (1,10)	0,106	0,916
Seletividade	2,96 (1,05)	2,87 (1,30)	0,377	0,707
Subingestão emocional	2,46 (1,24)	2,47 (1,17)	-0,036	0,971

* diferença significativa (p<0,05)

A comparação entre o comportamento alimentar de subgrupos discriminados por idade evidenciou diferenças significativas na subescala Seletividade Alimentar (F(2;92) = 8,02, p = 0,001), explicada pela diferença entre as crianças de dois e três anos (p = 0,004) e dois e quatro anos (p=0,001). As crianças de dois anos mostraram menos comportamentos relacionados à seletividade que as demais (Tabela 11).

Tabela 11 - Comparação dos resultados de subgrupos etários nas subescalas de comportamento alimentar

CEBQ Subescala	Média (±desvio-padrão)			F	p
	2 anos (n=24)	3 anos (n=37)	4 anos (n =34)		
Prazer em comer	4,16 (0,85)	3,97 (0,91)	3,68 (1,08)	1,796	0,172
Sobreingestão emocional	1,44 (0,50)	1,55(0,76)	1,68 (0,85)	0,805	0,450
Desejo de beber	3,25 (1,49)	3,20 (1,55)	3,57 (1,45)	0,605	0,548
Resposta à comida	2,92 (1,35)	2,76 (1,28)	2,72 (1,28)	0,170	0,844
Resposta à saciedade	2,38 (1,02)	2,45 (0,87)	2,75 (1,28)	1,053	0,353
Ingestão lenta	2,99 (1,08)	3,00 (1,19)	2,92 (1,01)	0,054	0,948
Seletividade	2,10 (0,92)	3,08 (1,12)	3,25 (1,27)	8,017	0,001*
Subingestão emocional	2,27 (0,89)	2,64 (1,20)	2,32 (1,31)	0,940	0,394

*diferença significativa (p<0,05)

No que tange à comparação dos resultados de comportamento alimentar conforme a classificação econômica, não foram observadas diferenças significativas entre os subgrupos (Tabela 12).

Tabela 12 - Comparação dos subgrupos discriminados por classificação econômica nas subescalas de comportamento alimentar

CEBQ Subescala	Média (±desvio-padrão)			F	p
	Níveis A/B (n=29)	Nível C (n=50)	Níveis D/E (n=16)		
Prazer em comer	3,91 (0,97)	3,95 (0,99)	3,83 (0,97)	0,086	0,918
Sobreingestão emocional	1,66 (0,78)	1,57 (0,78)	1,41 (0,50)	0,582	0,561
Desejo de beber	3,16 (1,29)	3,21 (1,58)	4,10 (1,40)	2,595	0,080
Resposta à comida	2,87 (1,16)	2,86 (1,35)	2,41 (1,32)	0,805	0,450
Resposta à saciedade	2,58 (1,06)	2,42 (1,08)	2,86 (1,26)	1,064	0,349

Continua

Conclusão

CEBQ Subescala	Média (±desvio-padrão)			F	p
	Níveis A/B (n=29)	Nível C (n=50)	Níveis D/E (n=16)		
Ingestão lenta	3,07 (1,07)	2,92 (1,16)	2,95 (0,90)	0,182	0,834
Seletividade	3,14 (1,14)	2,88 (1,19)	2,49 (1,36)	1,496	0,230
Subingestão emocional	2,38 (1,15)	2,42 (1,18)	2,55 (1,26)	0,106	0,900

5.4 Comportamento alimentar e estado nutricional

O grupo de crianças obesas apresentou pontuações maiores nas quatro subescalas do CEBQ que refletem maior interesse pela comida, enquanto o grupo de crianças eutróficas apresentou pontuações maiores nas quatro subescalas que refletem menor interesse pela comida (Tabela 13).

Houve diferença significativa entre os grupos sob investigação quanto ao comportamento alimentar na subescala Sobreingestão emocional ($F(2;92) = 8,54$; $p < 0,001$), explicado pela diferença entre o Grupo 3 e os Grupos 1 ($p = 0,01$) e 2 ($p < 0,001$).

Os resultados também mostraram diferença significativa entre os grupos na subescala Desejo de beber ($F(2;92) = 4,57$ $p = 0,01$), neste caso, justificadas pela diferença entre o Grupo 2 e os Grupos 1 ($p = 0,03$) e 3 ($p = 0,03$).

Na subescala Resposta à saciedade também foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de estado nutricional ($F(2;92) = 3,20$; $p = 0,01$), pois houve diferença entre os Grupos 1 e 3 ($p = 0,05$).

Tabela 13 - Média e Desvio Padrão das subescalas do CEBQ por grupos de IMC

CEBQ Subescala	Média (±desvio-padrão)			F	p
	G1 (n=34)	G2 (n=32)	G3 (n =29)		
Prazer em comer	3,62 (1,06)	4,04 (0,97)	4,13 (0,81)	2,645	0,076
Sobreingestão emocional	1,47 (0,57)	1,29 (0,39)	1,99 (0,99)	8,536	0,000**
Desejo de beber	3,65 (1,47)	2,72 (1,32)	3,68 (1,52)	4,566	0,013*
Resposta à comida	2,52 (1,25)	2,65 (1,27)	3,25 (1,27)	2,904	0,060
Resposta à saciedade	2,89 (1,17)	2,43 (1,00)	2,26 (0,93)	3,204	0,045*
Ingestão lenta	3,22 (0,98)	2,88 (0,97)	2,77 (1,29)	1,525	0,223

Continua

Conclusão

CEBQ Subescala	Média (±desvio-padrão)			F	p
	G1 (n=34)	G2 (n=32)	G3 (n =29)		
Seletividade	3,04 (1,33)	2,96 (1,15)	2,64 (1,13)	0,959	0,387
Subingestão emocional	2,69 (1,17)	2,32 (1,20)	2,24 (1,14)	1,360	0,262

*diferença significativa (p<0,05); **p<0,001

Na análise de regressão logística binária multivariada, foi possível verificar a influência de cada domínio de comportamento alimentar (avaliado pelas subescalas do questionário) sobre o estado nutricional.

Em relação à subescala Desejo de beber, houve diferença significativa entre os grupos de estado nutricional (p = 0,01; OR = 0,63; I.C. 95% (0,44 – 0,90)), sendo que a cada ponto a mais nesta escala diminuiu em 37% a chance de ser Grupo 2 em relação a Grupo 1.

Também foi encontrada diferença significativa entre os grupos no que diz respeito à Sobreingestão emocional (p = 0,03; OR = 2,23; I.C. 95% (1,07 – 4,65)). A cada ponto a mais nesta subescala aumenta em 2,2 vezes a chance de ser Grupo 3 em relação a Grupo 1. Ainda em relação à subescala Sobreingestão emocional, os resultados mostraram que a cada ponto a mais nesta escala aumenta em 4,7 vezes a chance de ser Grupo 3 em relação a Grupo 2 (p = 0,004; OR = 4,799; I.C. 95% (1,65 – 13,93)).

Foram encontradas diferenças significativas entre os grupos também na subescala Resposta à saciedade (p = 0,04; OR = 0,59; I.C. 95% (0,35 – 0,90). A cada ponto a mais nesta escala diminui em 41% a chance de ser grupo 3 em relação a 1.

A análise também foi realizada com a união de alguns Grupos de estado nutricional, descrita a seguir. As diferenças significativas foram encontradas quando unidos os Grupos 2 e 3 (representado por “2+3”) comparando com o Grupo 1 e também na união dos Grupos 1 e 2 (representado por “1+2”) comparados com o Grupo 3.

Na comparação do Grupo “2+3” com Grupo 1 (ver tópico Análise de dados) observou-se diferença significativa quanto a Prazer em comer (p = 0,03; OR = 1,64; I.C. 95% (1,05 – 2,57)), mostrando que a cada ponto a mais nesta escala aumenta em 64% a chance de ser Grupo “2+3” em relação a Grupo 1.

Comparando-se o Grupo “1+2” com o Grupo 3, identificou-se diferença significativa no que tange a Sobreingestão emocional (p = 0,001; OR = 3,11; I.C. 95% (1,59 – 6,06)), sendo que a cada ponto a mais nesta escala aumenta em 3,1 vezes a chance de ser Grupo 3 em relação a Grupo “1+2”.

5.5 Saúde mental e variáveis sociodemográficas

De acordo com as normas inglesas do SDQ para crianças de dois a quatro anos (GOODMAN, 1997), 44 (46,3%) delas foram consideradas “Na média” quanto aos resultados de saúde mental, 13 (13,7%) classificadas como “Ligeiramente acima da média”, 12 (12,6%) “Alto” e 26 (27,4%) “Muito alto”.

A Tabela 14 mostra os resultados médios obtidos pelas crianças nas diferentes subescalas do SDQ e o escore total da escala. Observa-se que as maiores pontuações, nas subescalas que rastreiam dificuldades ocorreram quanto a Hiperatividade e Problemas de Conduta (com médias 4,75 e 4,54, respectivamente) e a menor média ocorreu quanto a Problemas de relacionamento (1,98). A média mais elevada (8,45) foi verificada na subescala que investiga comportamentos positivos (Pró-social).

Tabela 14 - Resultados referentes a sintomas emocionais e comportamentais, conforme as subescalas do SDQ

Subescalas	Média (±dp)	Mediana	Mínimo-Máximo
Problemas emocionais	2,81 (2,09)	2,0	0 – 8
Problemas de conduta	4,54 (2,71)	4,0	0 – 10
Hiperatividade	4,75 (3,17)	5,0	0 – 10
Problemas de Relacionamento	1,98 (2,06)	2,0	0 – 10
Comportamento Pró-social	8,45 (1,76)	9,0	1 – 10
Total SDQ	14,07 (7,35)	14,0	1 - 33

Na comparação de subgrupos discriminados por sexo, foi observada diferença significativa nos resultados da subescala Comportamento Pró-social (t = 3,258; p = 0,002), sendo que a média das meninas foi maior que a dos meninos (Tabela 15).

Tabela 15 - Comparação dos resultados de subgrupos discriminados por sexo nas subescalas referentes à saúde mental

SDQ Subescala	Média (±desvio-padrão)		T	p
	Feminino (n=34)	Masculino (n=63)		
Problemas emocionais	2,91 (2,02)	2,71 (2,11)	0,446	0,657
Problemas de conduta	4,47 (2,76)	4,51 (2,72)	-0,064	0,949

Continua

Conclusão

SDQ Subescala	Média (±desvio-padrão)		T	p
	Feminino (n=34)	Masculino (n=63)		
Hiperatividade	4,82 (3,18)	4,75 (3,23)	0,113	0,910
Problemas de Relacionamento	1,76 (1,94)	2,08 (2,10)	-0,722	0,472
Comportamento Pró-Social	9,09 (0,83)	8,14 (2,01)	3,258	0,002*
Total SDQ	13,97 (7,94)	14,05 (7,06)	-0,049	0,961

*diferença significativa (p<0,05)

Quanto à comparação de subgrupos etários, não houve diferença significativa quanto aos resultados de saúde mental das crianças (Tabela 16).

Tabela 16 - Comparação dos resultados de subgrupos discriminados por idade nas subescalas referentes à saúde mental

SDQ-Por Subescala	Média (±desvio-padrão)			F	p
	2 anos (n=24)	3 anos (n=37)	4 anos (n =34)		
Problemas emocionais	2,25 (1,94)	2,78 (2,10)	3,24 (2,13)	1,596	0,208
Problemas de conduta	4,92 (2,72)	4,81 (2,59)	3,97 (2,81)	1,173	0,314
Hiperatividade	4,33 (2,75)	5,05 (3,27)	4,71 (3,39)	0,376	0,688
Problemas de Relacionamento	2,13 (1,51)	2,08 (2,37)	1,76 (2,08)	0,285	0,753
Comportamento Pró Social	8,13 (1,51)	8,16 (2,15)	9,00 (1,28)	2,670	0,075
Total SDQ-Por	13,63 (6,41)	14,73 (7,53)	13,68 (7,90)	0,238	0,789

Comparando-se os subgrupos diferenciados por classificação econômica, verificou-se diferença significativa na subescala Problemas emocionais ($F(2;92) = 3,77$; $p = 0,03$) e na pontuação total do SDQ ($F(2;92) = 3,81$; $p = 0,03$). O teste *pos hoc* indicou a diferença entre a classificação D/E e A/B ($p = 0,02$), com piores resultados (escores médios mais altos) para as crianças pertencentes à classe D/E, nas duas situações (Tabela 17).

Tabela 17 - Comparação dos resultados de subgrupos discriminados por classificação econômica nas subescalas referentes à saúde mental

SDQ Subescala	Média (±desvio-padrão)			F	p
	Níveis A/B (n=29)	Nível C (n=50)	Níveis D/E (n=16)		
Problemas emocionais	2,10 (1,95)	2,90 (1,83)	3,81 (2,66)	3,772	0,027*
Problemas de conduta	3,62 (2,32)	4,92 (2,85)	5,00 (2,66)	2,468	0,090
Hiperatividade	4,03 (3,07)	4,94 (3,38)	5,44 (2,56)	1,211	0,303
Problemas de Relacionamento	1,59 (1,94)	1,90 (1,88)	2,94 (2,62)	2,356	0,101
Comportamento Pró Social	8,41 (1,62)	8,60 (1,44)	8,06 (2,72)	0,573	0,566
Total SDQ	11,34 (7,30)	14,66 (7,19)	17,19 (6,64)	3,813	0,026*

*diferença significativa (p<0,05)

5.6 Saúde mental e estado nutricional

Não houve diferença significativa nos resultados de saúde mental das crianças entre os Grupos de estado nutricional, mostrados na tabela 18.

Tabela 18 - Média e Desvio Padrão das subescalas do SDQ por grupos de IMC

SDQ Subescala	Média (±desvio-padrão)			F	p
	G1 (n=34)	G2 (n=32)	G3 (n =29)		
Problemas emocionais	2,88 (2,06)	2,50 (2,16)	3,07 (2,07)	0,593	0,555
Problemas de conduta	4,38 (2,79)	4,53 (3,06)	4,72 (2,25)	0,122	0,885
Hiperatividade	4,24 (2,95)	4,66 (3,45)	5,45 (3,08)	1,171	0,315
Problemas de Relacionamento	2,29 (2,65)	1,41 (1,34)	2,24 (1,86)	1,901	0,155
Comportamento Pró Social	8,24 (2,24)	8,66 (1,49)	8,48 (1,35)	0,475	0,623
Total SDQ	13,79 (7,78)	13,09 (7,38)	15,48 (6,81)	0,840	0,435

Complementando a análise de regressão logística binária multivariada mostrou diferença significativa quanto a saúde mental entre os Grupos apenas na subescala Problemas de relacionamento [p = 0,05; OR = 1,48; I.C. 95% (1,00 – 2,22)], revelando que a cada ponto a mais nesta escala aumenta em 48% a chance de ser grupo 3 em relação a 2.

5.7 Comportamento alimentar e saúde mental

As correlações entre comportamento alimentar e saúde mental podem ser observadas na tabela 19. Resposta à saciedade apresentou correlação positiva e fraca com Problemas emocionais (r = 0,215; p = 0,037), com Hiperatividade (r = 0,244; p = 0,017) e com Pontuação total do SDQ (r = 0,235; p = 0022).

Subingestão emocional apresentou correlação positiva e fraca com Problemas de conduta (r = 0,334; p = 0,001), com Hiperatividade (r = 0,358; p = 0,000), com Problemas de relacionamento (r = 0,321; p = 0,002) e apresentou correlação positiva e moderada com Pontuação total do SDQ (r = 0,413; p = 0,000).

As escalas relacionadas à aproximação à comida (Prazer em comer, Sobreingestão emocional, Desejo de beber e Resposta à comida) não se correlacionaram com as subescalas referentes à saúde mental. As subescalas Ingestão lenta e Seletividade alimentar também não se correlacionaram com as subescalas de saúde mental.

Tabela 19 - Associação entre os itens do CEBQ com os itens do SDQ

	EF	EOE	DD	FR	SR	SE	FF	EUE
Problemas emocionais	0,005	0,028	0,177	0,000	0,215*	-0,019	0,037	0,160
Problemas de conduta	0,036	0,142	0,099	0,134	0,125	-0,135	0-,062	0,334**
Hiperatividade	0,013	0,108	0,046	0,079	0,244*	-0,016	0,170	0,358**
Problemas de relacionamento	0,046	0,027	0,180	0,132	0,080	-0,036	-0,068	0,321**
Comportamento Pró social	-0,136	0,037	-0,038	-0,116	0,003	-0,173	-0,024	-0,121
Total SDQ	0,033	0,114	0,157	0,121	0,235*	-0,072	0,042	0,413**

Nota: FR: Resposta à comida; EOE: Sobre ingestão emocional; EF: Prazer em comer; DD: Desejo de beber; SR: Resposta à saciedade; SE: Ingestão lenta; EUE: Subingestão emocional; FF: seletividade.

*diferença significativa (p<0,05) **p <0,01 ***p≤0,001

6 DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi investigar o comportamento alimentar e a saúde mental entre crianças de dois a quatro anos de idade e analisar possíveis associações entre estado nutricional, comportamento alimentar e problemas emocionais e/ou comportamentais neste grupo de pré-escolares. Acreditava-se que crianças com excesso de peso (sobrepeso e obesidade) apresentariam comportamentos de maior aproximação/interesse pela comida e, também, mais comportamentos associados a problemas de saúde mental, em comparação às crianças eutróficas e com sobrepeso. Esperava-se também encontrar alguma associação desses comportamentos de aproximação da comida (esperados nas crianças com excesso de peso) com algum problema de saúde mental.

No que tange à primeira parte desta hipótese, os resultados apontaram que crianças obesas estão mais propensas a comportamentos associados à sobreingestão emocional (comer mais ou em excesso quando sob efeito de emoções), ao desejo de bebidas (especialmente as adoçadas) e menos propensas a comportamentos que indicam resposta à saciedade, confirmando parcialmente a expectativa inicial do estudo. A análise mais aprofundada (regressão logística) apontou que, em especial, sobreingestão emocional e resposta à saciedade têm influência sobre o estado nutricional, aumentando ou diminuindo (respectivamente) a chance da criança tornar-se obesa.

Existem evidências de que os indivíduos obesos têm menor capacidade de resposta à saciedade, e essa característica pode ser observada desde a infância. Um estudo observacional transversal avaliou 2258 crianças britânicas que possuíam uma predisposição genética para a obesidade. Os autores encontraram uma associação negativa da predisposição genética à obesidade com a resposta à saciedade e uma associação positiva com a adiposidade, concluindo que a baixa resposta à saciedade pode ser um dos mecanismos pelos quais a predisposição genética leva ao ganho de peso (LLEWELLYN et. al., 2014). Resultados semelhantes ao presente estudo, no que diz respeito à associação de resposta à saciedade e obesidade, foram encontrados em outros trabalhos. Em um estudo com crianças e adolescentes portugueses de três a treze anos, os autores avaliaram as associações do IMC com o comportamento alimentar, utilizando o CEBQ, e também encontraram associação negativa entre o IMC e a subescala Resposta à saciedade, mostrando que as maiores pontuações nessa subescala eram atingidas por crianças com valores de IMC mais baixos (VIANNA; SINDE; SAXTON, 2008). Um trabalho brasileiro com crianças de seis a dez anos também aplicou o CEBQ e associou os resultados com o IMC das crianças, revelando que

crianças com excesso de peso tiveram menores pontuações nas subescalas de afastamento da comida, onde se encontra a subescala de Resposta à saciedade (PASSOS et. al., 2015). Em um estudo inglês, os autores buscaram investigar como alguns traços do comportamento alimentar conhecidos por serem associados ao excesso de peso levariam a esse desfecho, e encontraram associação entre uma menor resposta a saciedade com um tamanho maior das refeições (SYRAD et. al., 2016). Todos esses trabalham mostram que as crianças podem apresentar traços de baixa resposta à saciedade desde muito novas, e isso pode não ser percebido pelos pais. Se esse comportamento alimentar for avaliado durante o cuidado à saúde das crianças, e os pais tomarem conhecimento dos riscos envolvidos, algumas estratégias podem ser estabelecidas na alimentação dessas crianças para prevenir o ganho excessivo de peso.

Em relação à subescala Sobreingestão emocional, sabe-se que alguns indivíduos podem responder a emoções negativas (ansiedade, irritabilidade, estresse) comendo mais ou comendo alimentos com alta densidade energética, e isso pode levar ao ganho de peso tanto em crianças como em adultos (CAMILLERI et. al., 2014; JALO et. al., 2019). Resultados semelhantes aos do presente estudo foram encontrados por outros autores, indicando que esse comportamento em crianças e adolescentes está associado ao excesso de peso (VIANNA; SINDE; SAXTON, 2008; PASSOS et. al., 2015). É possível que os pais, mesmo tendo conhecimento de que os filhos possuem esse comportamento de comer mais quando estão nervosos, ou ansiosos, muitas vezes não saibam como agir nessas situações, e acabam cedendo aos apelos da criança por comidas, mesmo que sejam alimentos inadequados para a idade das crianças, ricos em açúcar ou gorduras. Nesse caso, vê-se a necessidade de orientação aos pais de como trabalhar essas questões dentro de casa, ou até mesmo de orientação aos profissionais da saúde da importância de trabalhar com questões emocionais em crianças.

A subescala Desejo de beber reflete o consumo de bebidas adoçadas. Pesquisas apontam forte associação entre o consumo desses produtos e o ganho de peso em crianças e em adultos, inclusive taxando como um dos principais fatores pelo aumento dos índices de obesidade infantil na atualidade (LUDWIG; PETERSON; GORTMAKER, 2001; MALIK; SCHULZE; HU, 2006). No trabalho brasileiro de Passos e colaboradores (2015) os autores também encontraram associação desta subescala de comportamento alimentar com o excesso de peso em crianças de seis a dez anos.

Complementarmente, os resultados sugerem que sentir prazer em comer aumenta de forma expressiva a chance de a criança tornar-se obesa (64% mais chance quando comparado

com o agrupamento de crianças eutróficas e com sobrepeso). Neste ponto é importante ponderar que este dado refere-se a prazer em comer, conforme medido pelo instrumento, como uma aproximação ao alimento que pode levar à obesidade, uma vez que o prazer ao alimentar-se tem um papel importante na alimentação de modo geral e nem sempre associa-se a alterações no estado nutricional.

Observando os resultados do grupo sobrepeso, esperava-se que eles fossem intermediários entre eutróficos e obesos, mas isto nem sempre foi verdadeiro. Eles se diferenciaram do grupo de obesos quanto à sobreingestão emocional e desejo de beber, mas obtiveram valores inferiores ao grupo eutrófico nestas duas subescalas (que indicam aproximação de comida e se associam a excesso de peso), inclusive com resultados estatisticamente significantes no segundo caso (desejo de beber). É possível que o sobrepeso seja, por vezes, um estágio temporário de estado nutricional, como resposta a eventos, situações, alterações alimentares, mais do que uma transição para a obesidade, embora as crianças nesta condição mereçam atenção. No que tange a indicadores de problemas de saúde mental, este grupo, por exemplo, apresentou escores mais elevados (embora não significantes) que o grupo eutrófico quanto a problemas de conduta e à hiperatividade.

Retornando à hipótese inicial deste estudo, de que o grupo de crianças obesas apresentariam mais comportamentos associados a problemas de saúde mental, em comparação às crianças eutróficas e com sobrepeso, a hipótese em questão não se confirmou, embora as médias do grupo de obesos tenham sido ligeiramente mais altas em todas as subescalas do SDQ indicativas de dificuldades. No que diz respeito a problemas de relacionamento com pares, chama a atenção que a cada ponto a mais nesta subescala aumenta em 48% a chance de ser obeso, em comparação com sobrepeso. É possível que as dificuldades em se relacionar com os colegas já sejam um reflexo de ser obeso, uma vez que a obesidade pode restringir as relações sociais das pessoas (PIZZI; VROMAN, 2013).

Quanto às correlações observadas entre comportamento alimentar e problemas emocionais e comportamentais, apenas os comportamentos que refletem resposta à saciedade e subingestão emocional, escalas associadas ao afastamento da comida, mostraram alguma associação com o SDQ. É possível inferir, diante disto, que dificuldades emocionais tenham um impacto sobre a diminuição da alimentação e poderiam responder mais pela perda do que pelo ganho de peso. Esta hipótese precisaria ser confirmada por estudos que incluíssem crianças com desnutrição ou com baixo peso. De qualquer modo, este resultado parece sugerir que dificuldades emocionais não têm uma contribuição direta sobre alterações no comportamento alimentar e consequente ganho de peso.

A análise sobre possíveis associações entre estado nutricional, comportamento alimentar e saúde mental, conforme subgrupos distintos por sexo, classificação econômica e idade apontou que as meninas apresentam mais resposta à saciedade do que os meninos, como também maiores escores quanto a comportamento pró-social.

Não foram observadas diferenças significativas quanto a estado nutricional nos subgrupos diferenciados segundo variáveis sociodemográficas, apontando que os grupos eram semelhantes quanto à distribuição por sexo, idade e classificação econômica. Neste ponto, é importante considerar que buscou-se equilibrar as idades, de modo a favorecer a comparação entre os subgrupos, não tendo sido realizada nenhuma tentativa de estratificação por idade, sendo esta uma fragilidade deste estudo.

No que tange à distribuição da amostra, ressalta-se, ainda, que embora tenha sido feito o cálculo amostral e tomado o cuidado de distribuir proporcionalmente a amostra entre os cinco Distritos de Saúde da cidade, não foi possível atingir o número de participantes almejado (64 para cada grupo de estado nutricional investigado). Foram várias as dificuldades que interferiram nesta questão: dificuldade em fazer contato por via telefônica com os possíveis participantes; baixo número de crianças identificadas pelos sistemas (SISVAN e Hygia) com sobrepeso (lembrando que aqui foram incluídos risco de obesidade e sobrepeso) e obesidade, especialmente com a idade de dois anos, e o período em meses disponibilizado para a coleta de dados. Sobre esse aspecto, é importante ressaltar que a proporção de crianças menores de 5 anos com excesso de peso no Município de Ribeirão Preto, semelhante aos números do Brasil, é de 30%, segundo o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), sendo que no ano de 2018, 27% das crianças estavam com sobrepeso ou risco de sobrepeso e 3% das crianças era obesas. Informações coletadas no SISVAN no ano de 2018 mostraram que havia apenas 20 crianças nascidas em 2016 cadastradas no SISVAN e classificadas com obesidade (que teriam dois anos na época da coleta de dados).

Ainda, sobre a associação entre idade e comportamento alimentar, observou-se que conforme aumenta a idade, aumenta o comportamento de seletividade diante dos alimentos. Vários fatores podem explicar esta associação, desde o desenvolvimento da autonomia e maior independência da criança até o desenvolvimento do paladar e preferências por determinados alimentos (RAMOS; STEIN, 2000; QUAIOTI; ALMEIDA, 2006; VIANA; SANTOS; GUIMARÃES, 2008). É possível que a partir deste ponto, três ou quatro anos, as crianças fiquem mais vulneráveis a estabelecer comportamentos dirigidos à alimentação que aumentem a probabilidade de resultados de excesso de peso. Vale lembrar, embora não tenhamos esta informação, que estas crianças, com maior frequência começam a ser expostas

a outros ambientes (escolas de Educação Infantil, passeios, casa de amigos/parentes) que possivelmente passam a exercer influência sobre diferentes aspectos de seu desenvolvimento, entre eles, a alimentação.

Estudos apontam que as crianças já nascem com preferências por sabores doces, salgados e por alimentos ricos em gordura, densamente calóricos, e que na fase pré-escolar ela já sofre uma grande influência das propagandas de alimentos não saudáveis, que geralmente são ricos em açúcar, sal ou gordura, mas que ainda nessa fase a família é o principal contexto responsável pela alimentação da criança, pois são os familiares que passam maior tempo com as crianças e a observação do comportamento dos outros indivíduos e fundamental no desenvolvimento do comportamento alimentar infantil (RAMOS; STEIN, 2000; QUAIOTI; ALMEIDA, 2006; VIANA; SANTOS; GUIMARÃES, 2008).

Quanto aos resultados da comparação de subgrupos discriminados pela classificação econômica das famílias, foram observadas associações apenas com problemas emocionais e no escore total do SDQ, indicando que crianças provenientes de classes menos favorecidas (D/E) apresentam mais problemas quanto à saúde mental do que aquelas provenientes de classes mais favorecidas (A/B). A literatura a respeito de saúde mental na infância é consistente em apontar a maior vulnerabilidade de crianças que se deparam com a pobreza, baixo nível instrucional dos pais e que residem em áreas com problemas de infraestrutura e saneamento básico (variáveis importantes dentro do sistema de classificação econômica do Critério Brasil) (ANSELMI et. al., 2008; ALVES; RODRIGUES, 2010).

Merece consideração o dado de que 40% das crianças obtiveram escores considerados alto ou muito alto para problemas emocionais e comportamentais (12,6% das crianças obtiveram escores considerados alto e 27,4% indicados como muito alto). Há que se ponderar que nesta etapa do desenvolvimento infantil, a criança começa a se tornar mais autônoma e independente (como já mencionado), o que gera a necessidade de adaptação das famílias a novas demandas e comportamentos infantis. Assim, a percepção dos pais neste momento é de um aumento de nível de atividade da criança (que é real, devido ao desenvolvimento físico e motor que a permite correr, pular, subir, explorar mais o ambiente) bem como de desobediência (porque a criança expressa suas vontades, começa a questionar ordens e já é capaz de fazer várias coisas por conta própria, sem auxílio do adulto), o que pode explicar, em parte estes resultados, bem como as maiores médias identificadas nas subescalas problemas de conduta e Hiperatividade do SDQ. De qualquer modo, seria desejável que as políticas públicas voltadas à infância incluíssem tanto estratégias para identificação precoce de

problemas emocionais e comportamentais quanto outras voltadas ao apoio e orientação aos pais de pré-escolares.

Refletindo sobre políticas públicas e retomando a justificativa para este trabalho, os resultados aqui apresentados e discutidos também alertam para a importância de se incorporar a atenção ao comportamento alimentar na infância (o que poderia ser abordado nos diferentes programas de atenção à saúde da criança) e ampliar o alcance de estratégias para orientação das famílias a respeito destes comportamentos, em especial daqueles que podem aumentar a vulnerabilidade da criança para aumento excessivo de peso, que pode culminar em problemas crônicos ainda na infância, além de ampliar as chances de adoecimento futuro em decorrência da obesidade (BIRO; WIEN, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAUDE, 2014; KUMAR; KELLY, 2017).

7 CONCLUSÃO

Este estudo encontrou associação entre comportamento alimentar e estado nutricional entre crianças pré-escolares, indicando que crianças obesas tendem a comer mais sob efeito de emoções ou como resposta às mesmas, apresentam mais desejo pelo consumo de bebidas adoçadas e menor resposta à saciedade. Além disto, observou-se que sentir prazer na alimentação também pode contribuir para o ganho de peso.

Não foram encontradas associações significativas entre estado nutricional e problemas de saúde mental, embora tenha-se observado que crianças que apresentam dificuldades no relacionamento com pares apresentem mais chances de serem crianças obesas; é possível que estas dificuldades sejam uma consequência da obesidade, o que requer outras investigações.

Problemas emocionais e comportamentais mostraram alguma associação com comportamento alimentar que refletem afastamento da comida, sugerindo que os mesmos levem a maior vulnerabilidade para perda de peso e não para sobrepeso e obesidade.

Há também alguma evidência de o comportamento alimentar de meninas se diferencia daquele exibido por meninos e os achados corroboraram a ideia de que conforme aumenta a idade aumenta o comportamento de seletividade diante da alimentação.

A condição econômica da família mostrou influência sobre o perfil de saúde mental das crianças, mas não sobre comportamento alimentar e estado nutricional. Este estudo apresenta fragilidades tanto pelo uso de instrumento não validado para a população brasileira (CEBQ) quanto pelo tamanho da amostra, além de incluir informações coletadas apenas por questionários aplicados à mãe, entretanto, traz contribuições para ampliar o conhecimento a respeito do comportamento alimentar na infância, ainda pouco explorado pela comunidade científica, e enfatiza a importância de atenção à saúde mental de pré-escolares.

REFERÊNCIAS

AFSHIN, A. et al. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v. 393, p. 1958-1972, 2019.

ALVARENGA, M.; KORITAR, P.; MORAES, J. Atitude e comportamento alimentar – determinantes de escolha de consumo. *In:* ALVARENGA, M.; FIGUEIREDO, M.; TIMERMAN, F.; ANTONACCIO, C. (orgs.). **Nutrição Comportamental**. 2. ed. Barueri: Manole, 2019. cap. 2, p. 25-56.

ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. **Rev Port Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 127-131, 2010.

ANSELMI, L. et al. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Rev Saúde Pública**, v. 42, p. 26-33, 2008. Supl. 2.

ASHCROFT J. et al. Continuity and stability of eating behaviour traits in children. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 62, n. 8, 985-990, 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. Critério de Classificação Econômica Brasil. **Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016**. São Paulo: ABEP, 2016. 6 p.

BIRO, F. M.; WIEN, M. Childhood obesity and adult morbidities. **Am J Clin Nutr.**, v. 91, n. 5, p. 1499-1505, 2010.

BRAET, C.; STRIEN, T. V. Assessment of emotional, externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve-year-old obese and non-obese children. **Behav. Res. Ther.**, v. 35, n. 9, p. 863-873, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 300 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Políticas e ações para prevenção de câncer no Brasil:** alimentação, nutrição e atividade física. Rio de Janeiro: INCA, 2012. 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável**: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde**: manual de implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 152 p.

CAMILLERI, G. M. et al. The associations between emotional eating and consumption of energy-dense snack foods are modified by sex and depressive symptomatology. **J Nutr.**, v. 144, n. 8, p. 1264-1273, 2014.

CARNELL, S.; WARDLE, J. Appetite and adiposity in children: evidence for a behavioral susceptibility theory of obesity. **Proceedings of the Nutrition Society**, v. 88, n. 1, p. 22-29, 2008.

COELHO, H. M.; PIRES, A. P. Relações Familiares e Comportamento Alimentar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 1, p. 45-52, 2014.

CRAMER, P.; STEINWERT, T. Thin is good, fat is bad: how early does it begin? **J Appl Dev Psychol.**, v. 19, n. 3, p. 429-451, 1998.

CRUZ, et al. Problemas de comportamento e excesso de peso em pré-escolares do sul do Brasil. **J Bras Psiquiatr**, v. 66, n. 1, p. 29-37, 2017.
DANIELS, L. A. et al. Child Eating Behavior Outcomes of an Early Feeding Intervention to Reduce Risk Indicators for Child Obesity: The NOURISH RCT. **Obesity**, v. 22, n. 5, p. 104-111, 2014.

DEHGHAN, M.; AKHTAR-DANESH, N.; MERCHANT, A. T. Childhood obesity, prevalence and prevention. **Nutrition Journal**, v. 4, n. 24, p. 1-8, 2005.

FILHO, M. B.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 181-191, 2003. Supl. 1.

FLEITLICH, B., CORTAZAR, P. G.; GOODMAN, R. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). **Revista Infanto (de Neuropsiquiatria da Infância e da Adolescência)**, v. 8, n. 1, p. 44-50, 2000.

FRONTEIRA, I. Estudos Observacionais na Era da Medicina Baseada na Evidência: Breve Revisão Sobre a Sua Relevância, Taxonomia e Desenhos. **Acta Med Port.**, v. 26, n. 2, p. 161-170, 2013.

GOODMAN, R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. **J Child Psychol Psychiatry,** v. 38, n. 5, p. 581-586, 1997.

GRIFFITHS, L. J.; DEZATEUX, C.; HILL, A. Is obesity associated with emotional and behavioural problems in children? Findings from the Millennium Cohort Study. International **Journal of Pediatric Obesity**, v. 6, p. 423-432, 2011.

GUO, S. S. et al. Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. **Am J Clin Nutr.**, v. 76, n. 3, p. 653–658, 2002.

HUÇALO, A. P.; VATIUK, A. L. A relação entre práticas parentais e o comportamento alimentar em crianças. **Pluralidades em Saúde Mental**, v. 6, n. 2, p. 113-128, 2017.

HULLEY, S. B, et al. **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009:** antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JAIME, P. C.; PRADO, R. R.; MALTA, D. C. Influência familiar no consumo de bebidas açucaradas em crianças menores de dois anos. **Rev Saude Publica**, v. 51, p. 1-10, 2017. Supl. 1.

JALO, E. et al. Emotional Eating, Health Behaviours, and Obesity in Children: A 12-Country Cross-Sectional Study. **Nutrients**, v. 11, n. 351, p. 1-17, 2019.

KAC, G.; VELASQUEZ-MELENDEZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, p. 4-5, 2003. Supl. 1.

KONINGS, F. H. et. al. Asociación entre conducta alimentaria y estado nutricional en pré-escolares chilenos. **Nutr Hosp.**, v. 35, n. 5, p. 1049-1053, 2018.

KUMAR, S,; KELLY, A. S. Review of Childhood Obesity: From Epidemiology, Etiology, and Comorbidities to Clinical Assessment and Treatment. **Mayo Clin Proc.**, v. 92, n. 2, p. 251-265.

LEUNG, C. Y. Y. et al. Low-Income Preschoolers with Higher Temperamental Surgency Enjoy and Respond More to Food, Mediating the Path to Higher Body Mass Index. **Pediatr Obes.**, v. 11, n. 3, p. 181-186, 2016.

LLEWELLYN, et al. Satiety mechanisms in genetic risk of obesity. **JAMA Pediatr**, v. 168, n. 4, p. 338-344, 2014.

LUDWIG, D. S.; PETERSON, K. E.; GORTMAKER, S. L. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. **The Lancet**, v. 357, n. 9255, p. 505-508, 2001.

MALIK, V. S.; SCHULZE, M. B.; HU, F. B. Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. **Am J Clin Nutr.**, v. 84, n. 2, p. 274-288, 2006.

MALLAN, K. M.; DANIELS, L. A.; NICHOLSON, J. M. Obesogenic Eating Behaviors Mediate the Relationships Between Psychological Problems and BMI in Children. **Obesity**, v. 25, n. 5, p. 928-934, 2017.

MICHA, R. et al. Etiologic effects and optimal intakes of foods and nutrients for risk of cardiovascular diseases and diabetes: Systematic reviews and meta-analyses from the Nutrition and Chronic Diseases Expert Group (NutriCoDE). **PLOS ONE**, v. 12, n. 4, p. 1-25, 2017.

OLSEN, N. J. et al. Child Behavioural Problems and Body Size among 2-6 Year Old Children Predisposed to Overweight. Results From the “Healthy Start” Study. **PLOS ONE**, v. 8, n. 11, p. 1-7, 2013.

ONIS, M.; BLOSSNER, M.; BORGH, E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. **Am J Clin Nutr.**, v. 92, p. 1257–1264, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAUDE. **Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes**. Washington, D.C., 2014. 36 p.

PASSOS, 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.

PIZZI, M. A.; VROMAN, K. Childhood Obesity: Effects on Children's Participation, Mental Health, and Psychosocial Development. **Occupational Therapy in Health Care**, v. 27, n. 2, p.99–112, 2013.

PUDER, J. J.; MUNSCH, S. Psychological correlates of childhood obesity. **International Journal of Obesity**, v. 34, p. 37-43, 2010. Supl. 2.

QUAIOTI, T. C. B.; ALMEIDA, S. S. Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. **Psicologia USP**, v. 17, n. 4, p. 193-211, 2006.

RAMOS, M.; STEIN, L. M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **J. pediatr.**, v. 76, p. 229-237, 2000. Supl. 3.

REIS, C. E. G.; VASCONCELOS, I. A. L.; BARROS, J. F. N. Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. **Rev Paul Pediatr.**, v. 29, n. 4, p. 625-633, 2011.

SALDIVA, S. R. et al. The consumption of unhealthy foods by Brazilian children is influenced by their mother's educational level. **Nutrition Journal**, v. 13, n. 33, p. 1-8, 2014.

SALIM, C. M. R.; BICALHO, R. N. M. Obesidade infantil - aspectos psicológicos envolvidos na causa e suas consequências. **Univ. Ci. Saúde**, v. 2, n. 1, p. 1-151, 2004.

SANTOS, R. A.; MARANHÃO, T. L. G.; BATISTA, H. M. T. Obesidade Infantil e Abordagens em Psicologia: Uma Revisão da Literatura. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 10, n. 30, p. 345-375, 2016. Supl. 1.

SAWYER, M. G. et al. Four-Year Prospective Study of BMI and Mental Health Problems in Young Children. **Pediatrics**, v. 128, n. 4, p. 677-686, 2011.

SILVA, I. F. **Um retrato do estado nutricional de crianças menores de 5 anos e idosos**: diferenciais regionais, sociais e demográficos, Brasil, 2009. 2014. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Ciências Exatas e da Terra, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

SVENSSON, V. et al. Obesity related eating behaviour patterns in Swedish preschool children and association with age, gender, relative weight and parental weight - factorial validation of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 8, n. 134, p. 1-11, 2011.

SYRAD, H. et al. Appetitive traits and food intake patterns in early life. **Am J Clin Nutr.**, v. 103, n. 1, p. 231-235, 2016.

VAZ D. S. S.; BENNEMANN R. M. Comportamento alimentar e hábito alimentar: uma revisão. **Revista UNINGÁ Review**, v. 20, n. 1, p. 108-112, 2014.

VIANA, V. Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. **Análise Psicológica**, v. 20, n. 4, p. 611-624, 2002.

VIANA, V.; SANTOS, P. L.; GUIMARÃES, M. J. Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: umarevisãodaliteratura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 9, n. 2, p. 209-231, 2008.

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

VIANA, V.; SINDE, S.; SAXTON, J. C. Children's Eating Behaviour Questionnaire: associations with BMI in Portuguese children. **British Journal of Nutrition**, v. 100, n. 2, p. 445–450, 2008.

VIANA, V.; SINDE, S.; SAXTON, J. Questionário do comportamento alimentar da criança (CEBQ). *In*: MACHADO, C.; GONÇALVES, M.; ALMEIDA, L.; SIMÕES, M. (ed.). **Instrumentos e Contextos de Avaliação Psicológica**, v. 1, p. 145-157, 2011.

WIT, L. M. et al. Depression and body mass index, a u-shaped association. **BMC Public Health**, v. 9, n. 14, p. 1-6, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the commission on ending childhood obesity**. Geneva: WHO, 2016. 52 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO child growth standards**: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. Geneva: WHO, 2006. 312 p.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido para o grupo de crianças com excesso de peso

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: Avaliação do comportamento alimentar e da saúde mental em crianças de 2 a 5 anos com excesso de peso do Município de Ribeirão Preto/SP

Pesquisadores: Maria Tereza Cunha Alves Rios (CRN3 35095), tetehand@hotmail.com, (16) 98118 – 4954.

Profa. Dra. Patricia Leila dos Santos; (16) 3315- 4608; Rua Tenente Catão Roxo, 2650, sala 32, Ribeirão Preto; plsantos@fmrp.usp.br.

Gostaríamos de convidá-lo a participar e colaborar com uma pesquisa que estamos realizando, considerando que alguns estudos têm buscado compreender as relações entre saúde mental, comportamento alimentar e estado nutricional. Queremos investigar se existe associação entre a saúde mental da criança com seu comportamento alimentar e seu estado nutricional.

Para participar desse estudo você precisará responder a alguns questionários, cujas perguntas eu lerei para você e anotarei suas respostas. Um questionário é sobre informações sociodemográficas, contendo perguntas sobre a sua casa e a sua família; outro contém questões sobre a maneira como seu filho(a) se comporta em relação a alimentação; outro contém informações sobre a saúde mental do seu filho(a). Isto deverá tomar cerca de 60 minutos do seu tempo e poderemos realizar na sua casa.

Caso você queira interromper o preenchimento dos questionários, por qualquer motivo, nós poderemos fazer um intervalo ou combinar outro dia e horário para continuarmos. O risco de participação no presente estudo é mínimo, mas, eventualmente, você poderá sentir algum desconforto (mal-estar) psicológico ao responder questões sobre seu (a) filho (a) e sobre sua família. Considerando isto, estarei à sua disposição para oferecer-lhe orientação e apoio quanto a isto.

Para verificar se existe associação entre problemas de saúde mental e comportamento alimentar inadequado em crianças com excesso de peso, precisaremos aplicar esses questionários com responsáveis de crianças que estão com peso acima do adequado para a idade dela.

Acreditamos que os resultados do estudo poderão beneficiar as crianças e suas famílias, à medida em que ampliam o conhecimento sobre as relações entre o excesso de peso em crianças, sua saúde mental e seu comportamento alimentar, além de identificarem se a criança participante precisa de um acompanhamento profissional, por apresentar peso inadequado para a idade, comportamento alimentar alterado ou problemas de saúde mental.

Esta pesquisa é supervisionada pela Professora Dra. Patricia Leila dos Santos, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, que acompanhará todas as etapas da mesma e pode ser consultada e esclarecer qualquer dúvida a respeito do estudo (fone: 3315-4608) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (fone 3315-9197, das 10h às 12h e das 14h às 16h, de 2ª a 6ª feira), que tem a finalidade de proteger eticamente o participante, resguardando seus direitos e integridade. Você poderá solicitar esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento que precisar: antes de concordar em participar e durante sua colaboração.

Seu nome e de seu (a) filho (a) serão mantidos em sigilo, garantindo sua privacidade e de sua família. Entretanto, os resultados da pesquisa (conjunto das informações fornecidas pelo familiar) serão, posteriormente, divulgados em eventos ou revistas científicas.

Sua participação é totalmente voluntária, assim, caso não queira participar ou queira retirar seu consentimento, pode fazê-lo a qualquer momento, e não haverá nenhum prejuízo para você.

Sua participação não terá nenhum custo para você e, embora não tenha nenhum risco evidente para sua saúde e do seu (a) filho (a), caso ocorra algum dano decorrente da sua colaboração, você tem direito a indenização conforme as leis vigentes no nosso país.

Agradecemos desde já, por sua disponibilidade em ler este convite para a pesquisa.

Caso concorde em participar, você deverá assinar este termo em duas vias, sendo que uma via ficará com você e a outra com a pesquisadora.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2018.

Nome: _____

Documento de identidade: _____

Assinatura: _____

Para informações e dúvidas, você pode fazer contato nos endereços abaixo:

Endereço do pesquisador principal:

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Avenida dos Bandeirantes, 3900

Campus Universitário - Bairro Monte Alegre

Ribeirão Preto - SP - Brasil

CEP: 14040-902

Endereço Comitê de Ética:

Comitê de Ética em Pesquisa

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Avenida dos Bandeirantes, 3900

Campus Universitário - Bairro Monte Alegre

Ribeirão Preto - SP - Brasil

CEP: 14040-902

Telefone: 3315 9197.

Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido para o grupo de crianças eutróficas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: Avaliação do comportamento alimentar e da saúde mental em crianças de 2 a 5 anos com excesso de peso do Município de Ribeirão Preto/SP

Pesquisadores: Maria Tereza Cunha Alves Rios (CRN3 35095), tetehand@hotmail.com, (16) 98118 – 4954.

Profa. Dra. Patricia Leila dos Santos; (16) 3315- 4608; Rua Tenente Catão Roxo, 2650, sala 32, Ribeirão Preto; plsantos@fmrp.usp.br.

Gostaríamos de convidá-lo a participar e colaborar com uma pesquisa que estamos realizando, considerando que alguns estudos têm buscado compreender as relações entre saúde mental, comportamento alimentar e estado nutricional. Queremos investigar se existe associação entre a saúde mental da criança com seu comportamento alimentar e seu estado nutricional.

Para participar desse estudo você precisará responder a alguns questionários, cujas perguntas eu lerei para você e anotarei suas respostas. Um questionário é sobre informações sociodemográficas, contendo perguntas sobre a sua casa e a sua família; outro contém questões sobre a maneira como seu filho(a) se comporta em relação a alimentação; outro contém informações sobre a saúde mental do seu filho(a). Isto deverá tomar cerca de 60 minutos do seu tempo e poderemos realizar na sua casa.

Caso você queira interromper o preenchimento dos questionários, por qualquer motivo, nós poderemos fazer um intervalo ou combinar outro dia e horário para continuarmos. O risco de participação no presente estudo é mínimo, mas, eventualmente, você poderá sentir algum desconforto (mal-estar) psicológico ao responder questões sobre seu (a) filho (a) e sobre sua família. Considerando isto, estarei à sua disposição para oferecer-lhe orientação e apoio quanto a isto.

Para verificar se existe associação entre problemas de saúde mental e comportamento alimentar inadequado em crianças com excesso de peso, precisaremos comparar os resultados dos questionários de crianças com excesso de peso com os resultados dos questionários de crianças com peso adequado. Essas avaliações estarão sendo feitas mediante consentimento dos pais.

Acreditamos que os resultados do estudo poderão beneficiar as crianças e suas famílias, à medida em que ampliam o conhecimento sobre as relações entre o excesso de peso em crianças, sua saúde mental e seu comportamento alimentar, além de identificarem se a criança participante precisa de um acompanhamento profissional, por apresentar peso inadequado para a idade, comportamento alimentar alterado ou problemas de saúde mental.

Esta pesquisa é supervisionada pela Professora Dra. Patricia Leila dos Santos, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, que acompanhará todas as etapas da mesma e pode ser consultada e esclarecer qualquer dúvida a respeito do estudo (fone: 3315-4608) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (fone 3315-9197, das 10h às 12h e das 14h às 16h, de 2ª a 6ª feira), que tem a finalidade de proteger eticamente o participante, resguardando seus direitos e integridade.

Você poderá solicitar esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento que precisar: antes de concordar em participar e durante sua colaboração.

Seu nome e de seu (a) filho (a) serão mantidos em sigilo, garantindo sua privacidade e de sua família. Entretanto, os resultados da pesquisa (conjunto das informações fornecidas pelo familiar) serão, posteriormente, divulgados em eventos ou revistas científicas.

Sua participação é totalmente voluntária, assim, caso não queira participar ou queira retirar seu consentimento, pode fazê-lo a qualquer momento, e não haverá nenhum prejuízo para você.

Sua participação não terá nenhum custo para você e, embora não tenha nenhum risco evidente para sua saúde e do seu (a) filho (a), caso ocorra algum dano decorrente da sua colaboração, você tem direito a indenização conforme as leis vigentes no nosso país.

Agradecemos desde já, por sua disponibilidade em ler este convite para a pesquisa.

Caso concorde em participar, você deverá assinar este termo em duas vias, sendo que uma via ficará com você e a outra com a pesquisadora.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2018.

Nome: _____

Documento de identidade: _____

Assinatura: _____

Para informações e dúvidas, você pode fazer contato nos endereços abaixo:

Endereço do pesquisador principal:

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Avenida dos Bandeirantes, 3900

Campus Universitário - Bairro Monte Alegre

Ribeirão Preto - SP - Brasil

CEP: 14040-902

Endereço Comitê de Ética:

Comitê de Ética em Pesquisa

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Avenida dos Bandeirantes, 3900

Campus Universitário - Bairro Monte Alegre

Ribeirão Preto - SP - Brasil

CEP: 14040-902

Telefone: 3315 9197.

Apêndice C – Questionário de informações sociodemográficas e familiares

QUESTIONÁRIO DE INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E FAMILIARES

Parte I. Favor preencher as informações sobre seu filho:

A.

Nome: _____

B. Sexo: ( ) feminino ( ) masculino

C. Data de nascimento:_____

Parte II. Dados do respondente e família:

D. Relação com a criança: ( ) pai ( ) mãe ( ) outro cuidador

E. Idade em anos completos:_____

F. Sexo: ( ) feminino ( ) masculino

G. Escolaridade:

( ) Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau

( ) Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau

( ) Fundamental completo/ 1º. Grau completo

( ) Médio completo/ 2º. Grau completo/Superior incompleto

( )Superior completo

H. Situação conjugal: ( ) sem companheiro/a residindo na mesma casa

( ) com companheiro/a residindo na mesma casa

I. Situação Ocupacional:

( ) Trabalhando ou realizando alguma atividade ocupacional com remuneração

( ) Trabalhando ou realizando alguma atividade ocupacional sem remuneração

( ) Sem trabalhar ou realizar alguma atividade ocupacional, mas recebendo alguma remuneração/aposentadoria/pensão

( ) Sem trabalhar ou realizar alguma atividade ocupacional e sem remuneração

J. Pessoas que residem na mesma casa: (assinale com X e considere sempre o parentesco com relação a criança)

( ) pai

( ) mãe

( ) padrasto

( ) madrasta

( ) irmãs– quantas:___

( ) irmãos– quantos:____

( ) outros – quantos e grau de parentesco ou afinidade:_____

K. Pessoa que recebe a maior renda mensal e é o principal provedor financeiro da casa: _____ (grau de parentesco ou afinidade).

L. Presença de problema de saúde da criança:

( ) Sim ( ) Não

Especifique: _____

Uso de medicação: ( ) sim ( ) não Qual: _____

M. Posse de itens (assinale com um X na coluna correspondente)

ITENS DE CONFORTO	NÚMERO DE ITENS				
	NÃO POSSUI	1	2	3	4 ou +
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular.					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana.					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho.					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel.					
Quantidade de geladeiras.					
Quantidade de *freezers* independentes ou parte da geladeira duplex.					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones.					
Quantidade de lavadora de louças.					
Quantidade de fornos de micro-ondas.					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional.					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca.					

N. A água utilizada neste domicílio é proveniente de?

1 ( ) Rede geral de distribuição

2 ( ) Poço ou nascente

3 ( ) Outro meio

O. Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:

1 ( ) Asfaltada/ Pavimentada

2 ( ) Terra/ Cascalho

P. Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

( ) Analfabeto/ Fundamental I incompleto

( ) Fundamental I completo / Fundamental II incompleto

( ) Fundamental completo/ Médio incompleto

( ) Médio completo/ Superior incompleto

( ) Superior completo

ANEXOS

Anexo A – Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por) – 2 a 4 anos

Instruções: Por favor, em cada item marque com uma cruz o quadrado que melhor descreva a criança. Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe parecer estranha. Dê suas respostas com base no comportamento da criança nos últimos seis meses.

Nome da Criança ..... Masculino/Feminino

Data de Nascimento .....

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	☐	☐	☐
Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	☐	☐	☐
Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo	☐	☐	☐
Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis ... com outras crianças	☐	☐	☐
Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	☐	☐	☐
É solitário, prefere brincar sozinho	☐	☐	☐
Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem	☐	☐	☐
Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo	☐	☐	☐
Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal	☐	☐	☐
Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	☐	☐	☐
Tem pelo menos um bom amigo ou amiga	☐	☐	☐
Frequentemente briga com outras crianças ou as amendronta	☐	☐	☐
Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso	☐	☐	☐
Em geral, é querido por outras crianças	☐	☐	☐
Facilmente perde a concentração	☐	☐	☐
Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo	☐	☐	☐

É gentil com crianças mais novas	☐	☐	☐
Geralmente discute com os adultos	☐	☐	☐
Outras crianças 'pegam no pé' ou atormentam-no	☐	☐	☐
Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)	☐	☐	☐
Consegue parar e pensar nas coisas antes de fazê-las	☐	☐	☐
Às vezes é malicioso	☐	☐	☐
Se dá melhor com adultos do que com outras crianças	☐	☐	☐
Tem muitos medos, assusta-se facilmente	☐	☐	☐
Completa as tarefas que começa, tem boa concentração	☐	☐	☐

Você tem algum outro comentário ou preocupações? Descreva-os abaixo.

Anexo B - Questionário do Comportamento Alimentar de Crianças (CEBQ)

Versão para investigação

(Traduzido e adaptado por Victor M C Viana Ph.D.)

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação - Universidade do Porto

Este questionário deve ser respondido apenas pela mãe e incide sobre o comportamento alimentar do seu filho(a).

Responda por favor tendo em conta aquilo que o seu filho(a) faz habitualmente com respeito à sua alimentação. As respostas, quaisquer que sejam, são sempre adequadas uma vez que traduzem um modo pessoal de agir.

Assinale nos quadrados respectivos tendo em conta o caso particular do seu filho(a).

	Nunca 1	Rara-mente 2	Por vezes 3	Muitas vezes 4	Sempre 5	
1. O meu filho(a) adora comida.	☐	☐	☐	☐	☐	EF
2. O meu filho(a) come mais quando anda preocupado(a).	☐	☐	☐	☐	☐	EEO
3. O meu filho(a) tem um grande apetite.	☐	☐	☐	☐	☐	SR
4. O meu filho(a) termina as refeições muito rapidamente.	☐	☐	☐	☐	☐	SE
5. O meu filho(a) interessa-se por comida.	☐	☐	☐	☐	☐	EF
6. O meu filho(a) anda sempre a pedir de beber (refrigerante ou sumos).	☐	☐	☐	☐	☐	DD
7. Perante novos alimentos o meu filho(a) começa por recusa-los.	☐	☐	☐	☐	☐	FF
8. O meu filho(a) come vagarosamente.	☐	☐	☐	☐	☐	SE
9. O meu filho(a) come menos quando está zangado(a).	☐	☐	☐	☐	☐	EEU
10. O meu filho(a) gosta de experimentar novos alimentos	☐	☐	☐	☐	☐	FF
11. O meu filho(a) come menos quando está cansado(a).	☐	☐	☐	☐	☐	EEU
12. O meu filho(a) está sempre a pedir comida.	☐	☐	☐	☐	☐	FR
13. O meu filho(a) come mais quando está aborrecido(a).	☐	☐	☐	☐	☐	EEO
14. Se o deixassem o meu filho(a) comeria demais.	☐	☐	☐	☐	☐	FR
15. O meu filho(a) come mais quando está ansioso(a).	☐	☐	☐	☐	☐	EEO
16. O meu filho(a) gosta de uma grande variedade de alimentos.	☐	☐	☐	☐	☐	FF
17. O meu filho(a) deixa comida no prato no fim das refeições	☐	☐	☐	☐	☐	SR
18. O meu filho(a) gasta mais que 30 minutos para terminar uma refeição.	☐	☐	☐	☐	☐	SE
19. Se tivesse oportunidade o meu filho(a) passaria a maior parte do tempo a comer.	☐	☐	☐	☐	☐	FR
20. O meu filho(a) está sempre à espera da hora das refeições.	☐	☐	☐	☐	☐	EF

	Nunca	Rara-mente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre	
21. O meu filho(a) fica cheio(a) antes de terminar a refeição.	☐	☐	☐	☐	☐	SR
22. O meu filho(a) adora comer.	☐	☐	☐	☐	☐	EF
23. O meu filho(a) come mais quando está feliz.	☐	☐	☐	☐	☐	EEO
24. O meu filho(a) é difícil de contentar com as refeições.	☐	☐	☐	☐	☐	FF
25. O meu filho(a) come menos quando anda transtornado(a).	☐	☐	☐	☐	☐	EEU
26. O meu filho(a) fica cheio muito facilmente.	☐	☐	☐	☐	☐	SR
27. O meu filho(a) come mais quando não tem nada para fazer.	☐	☐	☐	☐	☐	EEO
28. Mesmo se já está cheio o meu filho(a) arranja espaço para comer um alimento preferido.	☐	☐	☐	☐	☐	FR
29. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) passaria o dia a beber continuamente (refrigerante ou sumos).	☐	☐	☐	☐	☐	DD
30. O meu filho(a) é incapaz de comer a refeição se antes tiver comido alguma coisa.	☐	☐	☐	☐	☐	SR
31. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) estaria sempre a tomar uma bebida (refrigerante ou sumos).	☐	☐	☐	☐	☐	DD
32. O meu filho(a) interessa-se por experimentar alimentos que nunca provou antes.	☐	☐	☐	☐	☐	FF
33. O meu filho(a) decide que não gosta de um alimento mesmo que nunca o tenha provado.	☐	☐	☐	☐	☐	FF
34. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) estaria sempre com comida na boca.	☐	☐	☐	☐	☐	FR
35. O meu filho(a) come cada vez mais devagar ao longo da refeição.	☐	☐	☐	☐	☐	SE

Anexo C – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 280/2017, de 29/11/2017

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 28 de novembro de 2017.

Protocolo CAAE: 79536217.2.0000.5393

Projeto: Avaliação do comportamento alimentar e da saúde mental em crianças de 2 a 5 anos com excesso de peso do Município de Ribeirão Preto/SP

Pesquisadores: Maria Tereza Cunha Alves Rios
Patricia Leila dos Santos (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dra. Patricia Leila dos Santos
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Anexo D - Autorização do Comitê de Ética da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde
SUS

OF3528/2017– CAPP

CV/2017

Ribeirão Preto 31 de Agosto de de 2017.

Prezada Senhora,

Informo que a Diretora do Departamento de Atenção Saúde das Pessoas (DASP) da Secretaria Municipal da Saúde manifestou a concordância com a realização do projeto de pesquisa em sua Unidade.

Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa: **"AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR E DA SAÚDE MENTAL EM CRIANÇAS DE 2 A5 ANOS COM EXCESSO DE PESO DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO-SP"** sob a responsabilidade da Prof.ª Drª **PATRICIA LEILA DOS SANTOS** e da orientada **MARIA TEREZA CUNHA ALVES RIOS** no local supra citado.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente. Fica consignada a liberdade de esta Secretaria retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo ou responsabilização de qualquer ordem.

Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Dra. Claudia Siqueira Vassimon

Coordenadora da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa

da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-CAPP

Ilustríssima Senhora

PROFª DRª PATRICIA LEILA DOS SANTOS

COORDENADORA DO PROJETO DE PESQUISA

ESCOLA DE ENFERMAGEM RIBEIRÃO PRETO -USP

NESTA

Secretaria Municipal da Saúde
Comissão de Avaliação Projeto de Pesquisa
Av. Francisco Junqueira 1665, Centro, Ribeirão Preto
Fones: 39692205 / e-mail: capp@saude.pmrp.com.br