UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOBIOLOGIA

**Avaliação da influência familiar no estado nutricional e hábito alimentar de crianças de
seis a dez anos**

Gabriela Pap da Silva

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia
Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP, como parte
das exigências para a obtenção do título de Mestre em
Ciência, Área: Psicobiologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP
2017

GABRIELA PAP DA SILVA

Avaliação da influência familiar no estado nutricional e hábito alimentar de crianças de seis a dez anos

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciência.

Área de concentração: Psicobiologia

Orientadora: Profa. Dra. Telma Maria Braga Costa.

Co-orientador: Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2017

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.

Pap, Gabriela.

Avaliação da influência familiar no estado nutricional e hábito alimentar de crianças de seis a dez anos. Ribeirão Preto, 2017.
160 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Ciências da Psicobiologia.

Orientadora: Braga Costa, Telma Maria.

Co-orientador: Almeida, Sebastião de Sousa.

1. Alimentação Infantil. 2. Atitudes dos Pais. 3. Obesidade.
4. Comportamento Alimentar. 5. Relações Pais-Criança.

Nome: PAP, Gabriela

Título: Avaliação da influência familiar no estado nutricional e hábito alimentar de crianças de seis a dez anos.

Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP, para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 03 / 07 / 2017.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Telma Maria Braga Costa

Instituição: Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Idalina Shiraishi Kakeshita

Instituição: Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde–São Paulo, SP

Assinatura: _____

Prof. Dr. José Aparecido da Silva

Instituição: Departamento de Psicologia da FFCLRP/USP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Daniela Saes Sartorelli

Instituição: Departamento de Medicina Social da FMRP/USP

Assinatura: _____

Dedico este trabalho à minha família, em especial aos meus pais, Teresa e Manoel, aos meus irmãos, Emanuela, Daniel e Ismael, a minha querida sobrinha, Sophia, e meu companheiro de vida, Eduardo.

AGRADECIMENTO

Ao **Programa de Pós Graduação em Psicobiologia**, Departamento de Psicologia, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, pela oportunidade de concluir uma etapa importante para minha vida acadêmica. À **CAPES** e ao **PROEX** pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

À **UNAERP**, pelo incentivo, possibilidade de crescimento e apoio profissional.

À minha orientadora, **Profa. Dra. Telma Maria Braga Costa**, por todos os momentos de ensinamento e conhecimento, pela confiança que sempre depositou em mim e sua imensa amizade. Ao meu Co-orientador, **Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida**, por confiar em mim para fazer parte do Laboratório de Nutrição e Comportamento e pelo apoio durante todo o trabalho.

Aos **Professores** do Programa de Pós Graduação em Psicobiologia e demais programas que fizeram parte da minha formação durante o mestrado. Em especial agradeço à **Profa. Dra. Daniela Saes Sartorelli**, por suas contribuições ao projeto e análise de dados e, também pela oportunidade de aprendizado, e à **Dra. Idalina Kakeshita**, pelas contribuições muito valiosas feitas ao trabalho.

Às **Profas. Dras. Ana Vitória Barban Margutti, Daniela Elias Goulard de Andrade Miranda, Luciana Abrão de Oliveira Restini e Rita de Cássia Margarido Moreira**, que contribuíram para minha formação e incentivo à pós-graduação, sempre me motivando e inspirando.

À minha companheira nessa jornada do mestrado, **Alessandra Feierabend**, que compartilhou comigo o “Sr. Constantino” e os momentos de felicidade, angústia e gratidão. As minhas queridas amigas **Beatriz Coimbra Romano e Letícia Fernandes**, pelo suporte profissional e emocional essenciais neste período. Às minhas colegas do Laboratório de Nutrição e Comportamento da FFCLRP, com quem tive a oportunidade de conviver neste período.

À **Secretaria Municipal de Saúde** de Ribeirão Preto-SP, que viabilizou a coleta de dados deste projeto em suas Unidades de Saúde da Família (USF). À **Laura Silva Paulino**, pelo auxílio na coleta de dados. Aos **profissionais das USF** que me acolheram e me auxiliaram no processo da coleta de dados. Aos indivíduos que participaram desta pesquisa, contribuindo com seu tempo e disposição.

RESUMO

PAP, G. **Avaliação da influência familiar no estado nutricional e hábito alimentar de crianças de seis a dez anos**. 2016. 160 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

A obesidade infantil é considerada uma epidemia em nível mundial e tem recebido uma atenção importante por parte dos profissionais de saúde. Esta doença possui causas multifatoriais com destaque aos hábitos de vida e alimentares, sendo estes relacionados ao crescimento no número de indivíduos obesos. No período entre 1989 e 2009 registrou-se um aumento de 300% no número de crianças acima do peso no Brasil, entre a faixa etária de cinco a nove anos de idade, com uma grande prevalência de dislipidemia. O presente estudo buscou avaliar a possível influência de atitudes, crenças, práticas, hábito alimentar e Estado Nutricional (EN) de um responsável pela alimentação da criança perante o hábito alimentar e EN de crianças de seis a dez anos que residiam na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família (USF) da cidade de Ribeirão Preto – SP. Um total de 164 crianças e seus respectivos responsáveis (n=164) participaram deste estudo. Foram aplicados os seguintes instrumentos: Questionário de Caracterização da Amostra, Critério de Classificação Econômica Brasil, Questionário de Alimentação da Criança (QAC), Questionário de Avaliação de Hábitos Saudáveis de Alimentação, Escala de Crenças sobre Dieta, Recordatório de 24 horas (para cálculo do Índice de Qualidade da Dieta Revisado – IQD-R). Foi realizada, ainda, aferição de peso e estatura do responsável e da criança. Os resultados obtidos mostraram que 75% (n=123) dos principais cuidadores das crianças eram as mães, mas que outros responsáveis vêm assumindo esse papel no cuidado da criança (avó, pai, tia, irmã). O EN das crianças e seus responsáveis apresentaram alta prevalência de excesso de peso (18,3% e 32,9%, respectivamente) e obesidade (15,9% e 37,9%, respectivamente). A maior parte das crianças que apresentaram excesso de peso (100%; n=56) possuía seu responsável também com excesso de peso (82,1%; n=46). Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) se mostraram muito prevalentes entre os familiares próximos das crianças participantes deste estudo, independentemente do EN da criança (Diabetes Mellitus: 46,3%; Hipertensão Arterial: 62,8% e Dislipidemia: 31,1%). A preocupação dos responsáveis com o peso da criança foi maior entre os responsáveis das crianças que estavam acima do peso ($3,6 \pm 1,29$). Por outro lado, uma maior pressão para comer foi identificada entre os responsáveis com crianças abaixo do peso ou com peso normal ($3,3 \pm 0,97$ e $3,9 \pm 0,99$, respectivamente). A média do IQD-R das crianças ($50,0 \pm 13,6$) foi muito similar à dos responsáveis ($56,5 \pm 12,1$), mais

especificamente 51,8% (n=85) das crianças apresentaram dieta “inadequada” e 47,0% (n=71) apresentaram dieta que “necessita de modificação”. Por outro lado, entre os responsáveis esses valores foram um pouco melhores: 30,5% (n=50) dos responsáveis apresentaram dieta “inadequada” e 67,1% (n=110) apresentaram dieta que “necessita de modificação”. Os dados gerais obtidos através dos instrumentos propostos neste trabalho sugerem que o EN dos responsáveis pode influenciar o EN das crianças, o padrão de consumo dos responsáveis pode influenciar o consumo alimentar das crianças e algumas práticas de controle da alimentação da criança podem interferir também em seu consumo e consequentemente em seu EN.

Palavras-chave: Alimentação Infantil. Atitudes dos Pais. Comportamento Alimentar. Obesidade. Relações Pais-Criança.

ABSTRACT

PAP, G. Evaluating familial influences on the nutritional status and feeding habits of six- to ten-year-old children. 2016. 160 f. Master's Thesis – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Childhood obesity is considered a worldwide epidemic and has received important attention from health professionals. This disease has multifactor causes with emphasis on lifestyle and eating habits, and these are related to the growth in the number of obese individuals. In the period between 1989 and 2009, there was a 300% increase in the number of overweight children in Brazil (five- to nine-year-old subjects), with a high prevalence of dyslipidemia. This study aimed at evaluating the possible influence of attitudes, beliefs, practices, dietary habits and nutritional status (NS) of a caregiver individual, responsible for feeding the child in relation to the eating habit and NS of children from six to ten years old, in the area of coverage of Health Units (USF) in the city of Ribeirão Preto - SP. A total of 164 children and their respective caregivers (n = 164) were sampled for this study. The following instruments were applied: Sample Characterization Questionnaire, Brazil's Economic Classification Criteria, Child Feeding Questionnaire (CFQ); Healthy Eating Habits Assessment Questionnaire; Dietary Beliefs Scale; 24-hour Reminder (Calculation of the Revised Diet Quality Index). The weight and height of the caregiver and the child were also measured. The results showed that 75% (n=123) of the main caregivers of the children were their mothers, but that other caregivers have assumed this role as well (grandmother, father, aunt, sister). NS of children and caregivers showed prevalence of overweight condition (18.3% and 32.9%, children and caregivers, respectively) and obesity (15.9% and 37.9%, respectively). Most overweight children (100%; n=56) had caregivers also overweight (82,1%; n=46). Non-transmissible chronic diseases (NTCDs) were very prevalent among the close relatives of the children participating in this study (Diabetes Mellitus: 46.3%, Arterial Hypertension: 62.8% and Dyslipidemia: 31.1%). A concern about NS (in particular regarding the child's weight) was perceived among caregivers and was higher among those responsible for children who were overweight (3.6 ± 1.29). On the other hand, a higher effort to feed their children was noticed among caregivers responsible for underweight or normal weight children (3.3 ± 0.97 and 3.9 ± 0.99 , respectively). The mean IQD-R of children (50.0 ± 13.6) was very similar to that of those responsible (56.5 ± 12.1), more specifically 51.8% (n=85) of the children whose diet was characterized as "inadequate" and 47.0% (n=71) were characterized as having a diet that "requires adjustments". Among caregivers, these values were slightly better: 30.5%

(n=50) for responsible-individuals classified as having an "inadequate" diet, and 67.1% (n=110) were considered as "requiring adjustments" to their diets. The overall results of this research suggest that NS of caregivers can influence their children's NS. Moreover, food consumption patterns of caregivers can influence feeding patterns of their children, and some control practices of the child's diet may also interfere in their food consumption, and consequently in their NS.

Keywords: Feeding Behavior. Infant Feeding. Obesity. Parent attitudes. Parent-Child Relations

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 -** Frequência relativa da classificação econômica das famílias (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, segundo Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), Ribeirão Preto, 2016 **65**
- Figura 2 -** Frequência relativa da classificação do Estado Nutricional de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, de acordo com o parâmetro IMC-para-idade, segundo critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007), Ribeirão Preto, 2016 **66**
- Figura 3 -** Frequência relativa da classificação do Estado Nutricional de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separadas pelos distritos (norte, oeste e leste), de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC), segundo critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007), Ribeirão Preto, 2016 **67**
- Figura 4 -** Frequência relativa da classificação do Estado Nutricional dos responsáveis adultos (n=147) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC) segundo critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000), Ribeirão Preto, 2016 **68**
- Figura 5 -** Frequência relativa da classificação do Estado Nutricional dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC), segundo critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000; 2007) e Lipschitz (1994), Ribeirão Preto, 2016 **69**
- Figura 6 -** Frequência relativa da classificação do Estado Nutricional dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separadas pelos distritos (norte, oeste e leste), de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC), segundo critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000; 2007) e Lipschitz (1994), Ribeirão Preto, 2016 **70**
- Figura 7 -** Frequência relativa de adesão a cada um dos nove passos de alimentação saudável de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016 **83**
- Figura 8 -** Frequência relativa de adesão a cada um dos nove passos de alimentação saudável dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade

incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016	84
--	-----------

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sistema de Pontos utilizado para as variáveis (itens no domicílio), utilizado para Classificação Econômica do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)	49
Quadro 2 - Pontos de corte utilizados para Classificação Econômica do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)	50
Quadro 3 - Classificação do Estado Nutricional de acordo com pontos de corte de IMC-para-idade para crianças de cinco a dez anos de idade incompletos, segundo recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).....	51
Quadro 4 - Classificação do Estado Nutricional de acordo com pontos de corte de Peso-para-idade para crianças de zero a dez anos de idade incompletos, segundo recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).....	52
Quadro 5 - Classificação do Estado Nutricional de acordo com pontos de corte de Estatura-para-idade para crianças de zero a dez anos de idade incompletos, segundo recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).....	52
Quadro 6 - Classificação do Estado Nutricional de acordo com pontos de corte de IMC-para-idade para adolescentes (entre dez e 20 anos de idade incompletos), segundo recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).....	52
Quadro 7 - Classificação do Estado Nutricional de acordo com pontos de corte de Estatura-para-idade para adolescentes (entre dez e 20 anos incompletos), segundo recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).....	53
Quadro 8 - Classificação do Estado Nutricional de acordo com pontos de corte de Índice de Massa Corporal (IMC) para adultos (20 a 60 anos incompletos), segundo recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).....	53
Quadro 9 - Classificação do Estado Nutricional de acordo com pontos de corte de Índice de Massa Corporal (IMC) para idosos (60 anos ou mais), segundo recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).....	53
Quadro 10 - Códigos para classificação dos grupos de alimentos para cálculo do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R), São Paulo, 2012	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Tamanho amostral e divisão por distritos, de acordo com cálculo estatístico, Ribeirão Preto, 2016.....	39
Tabela 2 -	Mapeamento dos componentes do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) de acordo com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira, São Paulo, 2012.....	44
Tabela 3 -	Distribuição da pontuação e das porções dos componentes do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R), São Paulo, 2012	56
Tabela 4 -	Caracterização de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, segundo sexo, faixa etária, período em que estudavam e raça/cor, Ribeirão Preto, 2016	61
Tabela 5 -	Frequência absoluta e relativa da escolaridade das mães (n=164) e dos pais (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016	62
Tabela 6 -	Caracterização dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, segundo sexo, faixa etária, situação familiar/conjugal, raça/cor, escolaridade e situação de trabalho, Ribeirão Preto, 2016	63
Tabela 7 -	Frequência do grau de parentesco dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.....	64
Tabela 8 -	Frequência de algumas das principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (<i>Diabetes Mellitus</i> , Hipertensão Arterial e Dislipidemia) nos parentes próximos (pais, irmãos, avós, tios) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.....	65
Tabela 9 -	Frequência absoluta e relativa da classificação adaptada do Estado Nutricional de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164) e seus responsáveis (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.....	71
Tabela 10 -	Classificação adaptada do Estado Nutricional de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164) e seus respectivos responsáveis (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016	71

Tabela 11 - Frequência absoluta e relativa das respostas ao fator “Percepção de Responsabilidade” do Questionário de Alimentação da Criança (QAC), pelos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016	72
Tabela 12 - Frequência absoluta e relativa das respostas ao fator “Percepção de Peso dos Pais” do Questionário de Alimentação da Criança (QAC), pelos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016	73
Tabela 13 - Frequência absoluta e relativa das respostas ao fator “Percepção do Peso da Criança” do Questionário de Alimentação da Criança (QAC), pelos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016	74
Tabela 14 - Frequência absoluta e relativa das respostas ao fator “Preocupação com o Peso da Criança Percepção de Responsabilidade” do Questionário de Alimentação da Criança (QAC), pelos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.....	74
Tabela 15 - Frequência absoluta e relativa das respostas ao fator “Restrição” do Questionário de Alimentação da Criança (QAC), pelos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016	75
Tabela 16 - Frequência absoluta e relativa das respostas ao fator “Pressão para Comer” do Questionário de Alimentação da Criança (QAC), pelos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016	76
Tabela 17 - Frequência absoluta e relativa das respostas ao fator “Monitoramento” do Questionário de Alimentação da Criança (QAC), pelos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016	76
Tabela 18 - Valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo de resposta dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, dos sete fatores do Questionário de Alimentação da Criança (QAC), Ribeirão Preto, 2016.....	77

Tabela 19 - Valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo das respostas dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, dos sete fatores do Questionário de Alimentação da Criança (QAC), separados por distrito (norte, oeste e leste), Ribeirão Preto, 2016.....	77
Tabela 20 - Valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo de resposta dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, dos sete fatores do Questionário de Alimentação da Criança (QAC), separados por Estado Nutricional adaptado (abaixo do peso, peso adequado e acima do peso) das crianças, Ribeirão Preto, 2016	78
Tabela 21 - Comparação de pontuação dos fatores 3, 4 e 6 do Questionário de Alimentação da Criança (QAC), dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, entre o Estado Nutricional adaptado (abaixo do peso, peso adequado e acima do peso) das crianças, Ribeirão Preto, 2016.....	79
Tabela 22 - Valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo de pontuação da Escala de Crenças sobre Dieta respondida pelos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separados por três fatores da Escala, Ribeirão Preto, 2016.....	80
Tabela 23 - Valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo de pontuação da Escala de Crenças sobre Dieta respondida pelos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separados por Estado Nutricional adaptado (abaixo do peso, peso adequado e acima do peso) dos responsáveis dentro dos três fatores da Escala, Ribeirão Preto, 2016.....	80
Tabela 24 - Valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo de pontuação da Escala de Crenças sobre Dieta respondida pelos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separados por Estado Nutricional adaptado (abaixo do peso, peso adequado e acima do peso) das crianças dentro dos três fatores da Escala, Ribeirão Preto, 2016	81
Tabela 25 - Valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo de pontuação da Escala de Crenças sobre Dieta respondida pelos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separados por faixa etária (18-29 anos; 30-44 anos; 45-59 anos; 60 anos ou mais) dentro dos fatores, Ribeirão Preto, 2016	81

Tabela 26 - Frequência absoluta e relativa de nível de adesão (alta adesão, média adesão e pouca adesão) aos nove passos da alimentação saudável de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016	84
Tabela 27 - Frequência absoluta e relativa de nível de adesão (alta adesão, média adesão e pouca adesão) aos nove passos da alimentação saudável dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016	85
Tabela 28 - Frequência absoluta de nível de adesão (alta adesão, média adesão e pouca adesão) aos nove passos da alimentação saudável de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separadas por distrito (norte, oeste e leste), Ribeirão Preto, 2016	85
Tabela 29 - Frequência absoluta de nível de adesão (alta adesão, média adesão e pouca adesão) aos nove passos da alimentação saudável dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separadas por distrito (norte, oeste e leste), Ribeirão Preto, 2016	86
Tabela 30 - Frequência absoluta de nível de adesão (alta adesão, média adesão e pouca adesão) aos nove passos da alimentação saudável de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separadas por Estado Nutricional adaptado (abaixo do peso, peso adequado e acima do peso), Ribeirão Preto, 2016	86
Tabela 31 - Frequência absoluta de nível de adesão (alta adesão, média adesão e pouca adesão) aos nove passos da alimentação saudável dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separados por Estado Nutricional adaptado (abaixo do peso, peso adequado e acima do peso), Ribeirão Preto, 2016.....	87
Tabela 32 - Comparação entre os níveis de adesão (alta adesão, média adesão e pouca adesão) aos nove passos da alimentação saudável de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164) e seus respectivos responsáveis (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, apresentada em frequência absoluta, Ribeirão Preto, 2016	87
Tabela 33 - Valores de média, desvio padrão, mínimo e máximo do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separados por sexo (feminino e masculino), Ribeirão Preto, 2016	89

Tabela 34 - Valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separados por Estado Nutricional adaptado (abaixo do peso, peso adequado e acima do peso), Ribeirão Preto, 2016.....	90
Tabela 35 - Valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separados por Faixa Etária (seis-sete anos; oito-nove anos), Ribeirão Preto, 2016	90
Tabela 36 - Diferença estimada de pontuação do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, segundo a Faixa Etária (seis-sete anos; oito-nove anos), Ribeirão Preto, 2016	91
Tabela 37 - Valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separados por Estado Nutricional adaptado (abaixo do peso, peso adequado e acima do peso), Ribeirão Preto, 2016	92
Tabela 38 - Valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separados por Faixa Etária (18-29 anos; 30-44 anos; 45-59 anos; 60 anos ou mais), Ribeirão Preto, 2016.....	92
Tabela 39 - Diferença estimada de pontuação do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164) e seus respectivos responsáveis (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.....	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CFQ	<i>Child Feeding Questionnaire</i>
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EN	Estado Nutricional
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	equipes de Saúde da Família
HEI	<i>Healthy Eating Index</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IQD	Índice de Qualidade da Dieta
IQD-R	Índice de Qualidade da Dieta Revisado
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
QAC	Questionário de Alimentação da Criança
R24h	Recordatório de 24 horas
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	22
1.1	OBESIDADE.....	22
1.1.1	Obesidade Infantil	23
1.2	COMPORTAMENTO ALIMENTAR	25
1.3	AVALIAÇÃO NUTRICIONAL	27
1.3.1	Avaliação Antropométrica	28
1.3.2	Avaliação do Consumo Alimentar	28
1.4	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	31
1.4.1	Atenção Básica	32
2	OBJETIVOS	36
2.1	OBJETIVO GERAL	36
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
3	MATERIAL E MÉTODO	39
3.1	PARTICIPANTES.....	39
3.1.1	Critérios de Inclusão.....	39
3.1.2	Critérios de Exclusão.....	40
3.2	ASPECTOS ÉTICOS	40
3.2.1	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	40
3.3	MATERIAL.....	40
3.3.1	Caracterização da Amostra	40
3.3.2	Avaliação do Estado Nutricional.....	41
3.3.3	Questionário de Alimentação da Criança.....	42
3.3.4	Escala de Crenças sobre Dieta.....	42
3.3.5	Avaliação de Hábitos Saudáveis de Alimentação	43
3.3.6	Qualidade da Dieta	43
3.4	PROCEDIMENTO	46
3.4.1	Caracterização da Amostra	46
3.4.2	Avaliação do Estado Nutricional.....	46
3.4.3	Questionário de Alimentação da Criança.....	47
3.4.4	Escala de Crenças sobre Dieta.....	48
3.4.5	Avaliação de Hábitos Saudáveis de Alimentação	48

3.4.6	Qualidade da Dieta	48
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	49
3.5.1	Caracterização da Amostra	49
3.5.2	Avaliação do Estado Nutricional.....	50
3.5.3	Questionário de Alimentação da Criança.....	54
3.5.4	Escala de Crenças sobre Dieta.....	54
3.5.5	Avaliação de Hábitos Saudáveis de Alimentação	55
3.5.6	Qualidade da Dieta	55
3.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA	57
4	RESULTADOS	60
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	60
4.2	AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL.....	66
4.3	QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA	72
4.4	ESCALA DE CRENÇAS SOBRE DIETA	80
4.5	AVALIAÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS DE ALIMENTAÇÃO.....	82
4.6	QUALIDADE DA DIETA	88
4.7	AVALIAÇÕES COMPLEMENTARES	93
5	DISCUSSÃO	95
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	95
5.2	AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL.....	97
5.3	QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA	99
5.4	ESCALA DE CRENÇAS SOBRE DIETA	104
5.5	AVALIAÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS DE ALIMENTAÇÃO.....	105
5.6	QUALIDADE DA DIETA	107
5.7	AVALIAÇÕES COMPLEMENTARES	109
6	CONCLUSÕES.....	112
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
	REFERÊNCIAS	119
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Responsável	132
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Criança	134
	APÊNDICE C – Questionário de Caracterização da Amostra	136
	APÊNDICE D - Recordatório de 24 horas.....	139
	APÊNDICE E – Ficha de Avaliação Antropométrica.....	141
	APÊNDICE F – Tabelas Suplementares	142

ANEXO A – Autorização da Secretaria Municipal da Saúde.....	152
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	153
ANEXO C – Critério de Classificação Econômica Brasil.....	154
ANEXO D – Questionário de Alimentação da Criança	156
ANEXO E - Escala de Crenças sobre Dieta	158
ANEXO F - Questionário de Avaliação de Hábitos Saudáveis de Alimentação.....	159

1. INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 OBESIDADE

A obesidade se caracteriza pelo acúmulo de tecido adiposo, podendo ser esse acúmulo regionalizado ou generalizado, causando prejuízo à saúde do indivíduo (CARVALHO, 2005; OMS, 2016). Pode ser ainda classificada como obesidade endógena, quando é resultado de uma doença metabólica, ou como obesidade exógena, quando é resultado de hábitos de vida não saudáveis (OLIVEIRA; FISBERG, 2003). A obesidade é classificada como uma desordem multifatorial crônica e complexa, devendo levar em consideração os fatores nutricionais, genéticos, metabólicos, fatores psicossociais e culturais, entre outros (CARVALHO, 2005; MELLO; LUFT; MEYER, 2004a). Um dos fatores de risco atribuídos a essa patologia e que merece destaque é o hábito de vida, especialmente os hábitos alimentares, que são considerados os principais fatores relacionados ao forte crescimento no número de indivíduos obesos (OLIVEIRA; FISBERG, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a obesidade como um importante problema de saúde pública, pois apresenta uma alta prevalência em todas as faixas etárias e em escala mundial (OMS, 2000). Desde 1980 a obesidade mais que duplicou em todo o mundo, chegando em 2014 a atingir mais de 600 milhões de indivíduos com 18 anos ou mais. Mas não só os adultos estão enfrentando este problema; também em 2014 mais de 41 milhões de crianças menores de cinco anos já estavam com sobrepeso ou obesidade (OMS, 2016).

Algumas pesquisas populacionais são realizadas pelo Ministério da Saúde (MS) a fim de investigar a população brasileira, como é o caso do VIGITEL Brasil (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) e da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF). O VIGITEL Brasil visa primeiramente medir a prevalência de fatores de risco e proteção para doenças não transmissíveis na população brasileira. Trata-se de um levantamento de dados através de contato telefônico, incluindo apenas indivíduos com 18 anos ou mais. Essa pesquisa é realizada nas 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal, através de telefonemas que são feitos por sorteio aleatório dos números (ABESO, 2010; BRASIL, 2015). Os últimos dados divulgados são referentes à coleta realizada entre fevereiro e dezembro de 2016 (BRASIL, 2017).

O VIGITEL foi realizado pela primeira vez em 2006; desde então os dados de excesso de peso aumentaram de 42,6% (2006) para 53,8% (2016). Em 2009 esse número já se mostrava crescente e era de 46,6%. O excesso de peso continua sendo maior entre os homens,

atingindo uma frequência de 57,7% (que era de 47,5% em 2006) e entre as mulheres esse número chega a 50,5%, também maior quando comparado à frequência em 2006, quando era de 38,5%. Em 2016 ainda, 18,9% da população apresentaram algum grau de obesidade, enquanto que em 2006 essa frequência era de 11,8%, taxas essas bem semelhantes em ambos os sexos. (BRASIL, 2007; BRASIL, 2010a; BRASIL, 2015; BRASIL, 2017).

A POF é realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Banco Mundial e o MS e tem o objetivo de investigar o orçamento familiar das famílias brasileiras e associá-lo a algumas variáveis sobre condições de vida, também questionadas na entrevista. Diferente do VIGITEL, a POF é realizada de forma presencial, onde os entrevistadores comparecem aos domicílios sorteados para realização da entrevista e aferição de dados antropométricos de peso e estatura com equipamentos portáteis (IBGE, 2010).

Os últimos dados divulgados da POF são referentes à coleta de dados realizada de maio de 2008 a maio de 2009 (IBGE, 2010). Quando comparados com os resultados obtidos nas outras edições da POF (1974-1975, 1989 e 2002-2003), é possível observar como o excesso de peso e a obesidade vêm crescendo assustadoramente em todas as faixas etárias, classes econômicas e regiões. Entre os adultos, com 20 anos ou mais, o excesso de peso chegou a 50,1% entre os homens e 48,0% entre as mulheres; já a obesidade se mostrou mais prevalente entre as mulheres, atingindo 16,9% desta população e entre os homens a prevalência ficou em 12,4% em 2008-2009 (IBGE, 2010).

1.1.1 Obesidade Infantil

A obesidade infantil deve receber uma atenção importante, pois apresenta um aumento significativo nas últimas décadas em todo o mundo e quando não tratada tende a desenvolver comorbidades ainda na infância e uma vida adulta com acréscimo de mais complicações de saúde (MELLO; LUFT; MEYER, 2004b; SABIN; CROWNE; SHIELD, 2004; STEINBECK, 2005).

A POF 2008-2009 registrou um grande aumento no número de crianças com excesso de peso no país, principalmente na faixa etária de cinco a nove anos de idade (aumentando 300% no período entre 1989 e 2009). Entre os meninos, esse número mais que dobrou neste período, subindo de 15% para 34,8%. Entre as meninas esse aumento foi ainda maior, subindo a taxa de 11,9% para 32%. As taxas de obesidade nesta mesma faixa etária também tiveram

um aumento significativo neste período: entre os meninos a taxa passou de 4,1% para 16,6% e entre as meninas de 2,4% para 11,8% (IBGE, 2010).

Os fatores exógenos (comportamento e ambiente) são apontados como sendo os principais responsáveis pelo aumento da obesidade entre crianças e adolescentes, e consequentemente o aumento das complicações promovidas pelas comorbidades, entre elas *Diabetes Mellitus* (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Doenças Cardiovasculares (DCV) e as Dislipidemias (MIRANDA; ORNELAS; WICHI, 2011; SABIN, CROWNE; SHIELD, 2004; STEINBECK, 2005). Mais especificamente, estudos apontam uma estreita relação entre a alimentação e a ocorrência de DM tipo 2 e outras comorbidades (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

Bertoletti e Garcia-Santos (2012) ressaltam que o consumo de alimentos altamente calóricos acompanhado com o baixo gasto energético, contribuem para o aumento da obesidade cada vez mais cedo. Esses hábitos são diretamente influenciados pelos hábitos da família. Os autores ainda observam que a restrição das áreas de recreação para crianças influencia diretamente o aumento da inatividade física já que a criança passa muito mais tempo na frente da televisão ou computador e quase não se exercita mais. E quando há prática de exercício físico, esta se limita a andar de bicicleta ou jogar bola.

A prevenção ainda é vista como o melhor caminho para o controle da obesidade infantil. Quando identificados os primeiros fatores de risco, como hábitos inadequados direcionados à alimentação e à prática da atividade física, faz-se necessária intervenção imediata (SILVA; BITTAR, 2012). Quando a obesidade já está instalada é necessário que haja uma intervenção o mais rápido possível a fim de evitar as comorbidades. As iniciativas de prevenção e intervenção precoce são as mais eficazes e devem ser mantidas ao longo da infância e adolescência (MELLO; LUFT; MEYER, 2004b).

Em 2011 já houve um registro da prevalência de Dislipidemias que aumentam de acordo com a gravidade da obesidade, chegando a um índice de 76,9% das crianças e adolescentes com obesidade, sendo esta uma das primeiras consequências da obesidade ainda na infância e adolescência (MIRANDA; ORNELAS; WICHI, 2011).

A OMS estimava que mais de um terço das crianças e adolescentes com idade entre dois a 19 anos estariam acima do peso ou com risco de sobrepeso em 2009 (OMS, 2016).

Para o enfrentamento deste cenário, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) indica, como forma de tratamento, uma abordagem com equipe interdisciplinar que envolva: reeducação alimentar, apoio psicossocial, apoio da família, mudança na rotina da criança e da família, melhora do estilo de vida e incentivo à prática de atividade física (SBP, 2012).

Miranda, Ornelas e Wichi (2011) também acreditam que para reduzir as complicações provenientes da obesidade infantil, como comorbidades ainda na infância e na vida adulta, é preciso que haja intervenção com prevenção e tratamento ainda na infância.

1.2 COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Ramos e Stein (2000) conceituam o comportamento alimentar como sendo resultado do tipo de alimentação que o indivíduo expressa rotineiramente, a alimentação que ele realiza no seu cotidiano, não envolvendo apenas o ato de se alimentar, mas também a seleção, aquisição, preparo e consumo dos alimentos.

Toral e Slater (2007), Poulain e Proença (2003) e Assis e Nahas (1999) também concordam que o comportamento alimentar envolve tudo quanto esteja relacionado à alimentação cotidiana, e não só o simples ato de se alimentar, mas também por diversos fatores, tais como: aspectos econômicos, sociais, culturais, nutricionais e psicológicos; além da idade e características sociodemográficas (estado civil, escolaridade, sexo e etnia).

Toral e Slater (2007) ainda acrescentam que o peso e a imagem corporal são fatores importantes que interferem no comportamento alimentar, pois podem levar a restrições alimentares.

Motta e Boog (1984) resumem que o comportamento alimentar é determinado por três componentes: cognitivo (conhecimento científico e não científico que o indivíduo apresenta sobre alimentos e nutrição), afetivo (atitudes exercidas frente aos alimentos decorrentes dos valores sociais, culturais e religiosos) e situacional (contexto social, econômico e cultural).

Assim, o comportamento alimentar é influenciado por diversos fatores internos e externos. Entre os fatores internos estão: necessidades fisiológicas, imagem corporal, autoestima, características psicológicas, experiências prévias, estado de saúde e preferências alimentares. E entre os fatores externos estão: Características da unidade familiar, atitudes de pais e amigos, valores culturais e sociais, facilidade de preparo e acesso aos alimentos, mídia e conhecimentos de nutrição (MELLO; LUFT; MEYER, 2004b).

O comportamento alimentar é desenvolvido e, grande parte dele, é fixada ainda na infância (RAMOS; STEIN, 2000). Esse processo se inicia logo após o nascimento. Após o período de lactação as crianças começam a receber diversos tipos de alimentos e uma diversidade de experiências que eles incorporam em sua memória criando suas preferências. Com aproximadamente seis anos de idade as crianças consomem grande parte dos alimentos que compõem a dieta dos adultos, mas já com particularidades exercidas pelas preferências e

em quantidades menores, devido à menor necessidade energética e de nutrientes (ABREU et al., 2001; VIEIRA et al., 2004).

O contexto familiar no momento das refeições é muito importante, já que ali a criança tem a oportunidade de comer com os pais, irmãos e amigos que servem para ela de modelo e que dão atenção à sua alimentação, com elogios, encorajamento ou com repreensão ao seu comportamento alimentar (RAMOS; STEIN, 2000). As práticas adotadas nesse momento devem ser tratadas com atenção; Birch et al. (1987) mostraram uma ligação muito presente na alimentação infantil, que é a associação entre determinados alimentos e circunstâncias, como é o caso dos alimentos ricos em gordura, açúcar e sal que são oferecidos em contextos positivos ou até mesmo como forma de recompensa, o que pode aumentar a preferência por estes alimentos (festas, celebrações). E, em contrapartida, alimentos como frutas e vegetais são ofertados em contextos negativos ou como forma de ameaça e punição. Thompson (2010) também concorda que as crianças tendem a fazer associações entre os alimentos e os contextos durante a alimentação, fator este que contribui para a formação das preferências alimentares exercidas pelas crianças ainda na infância e que podem prevalecer mesmo durante a vida adulta.

Brown e Lee (2011) consideram que o fator ambiental de maior influência no comportamento alimentar da criança durante a infância (desde o nascimento) é a família, já que por um longo período, principalmente nos primeiros anos de vida, é o contexto que está mais presente no seu dia-a-dia e que lhe traz maior segurança.

A refeição com a família é uma ocasião muito importante para a criança, já que ela é dependente do responsável que prepara suas refeições e este é um momento em que a criança tem a oportunidade de estar próxima dos pais, irmãos e pessoas ligadas a ela e que lhe servem de exemplo (BIRCH; FISHER, 1998).

Cavalcante, Sampaio e Almeida (2012) mostram que a mudança da alimentação da família é uma das recomendações primárias realizadas pelos profissionais da saúde durante o tratamento ou prevenção da obesidade infantil. Sendo difícil dissociar a alimentação da criança com os demais membros da família, o que se percebe é que a alimentação de todos (pais e filhos) seguem uma base muito semelhante (inclusive em relação às preferências e aversões alimentares).

Vaz e Bennemann (2014) propõem uma diferenciação entre hábito alimentar e comportamento alimentar, baseada em uma revisão da literatura, dizendo que o hábito alimentar pode ser definido simplesmente como sendo a repetição de um ato do indivíduo frente ao alimento. Já o comportamento alimentar é algo mais complexo, sendo definido como

um conjunto de ações que vai desde a escolha do alimento até a ingestão, abrangendo todas as etapas deste processo.

O “Modelo de Estágios de Mudança de Comportamento” ou “Modelo Transteórico” foi desenvolvido na década de 1980 por dois pesquisadores norte-americanos que trabalhavam com tabagistas, com a hipótese inicial de que havia princípios básicos para explicar a mudança de comportamento que ocorria na presença e na ausência de psicoterapia durante o tratamento do tabagismo, hipótese esta que eles confirmaram com a pesquisa. Esse modelo divide as alterações que ocorrem no comportamento por meio de cinco estágios: pré-contemplação, contemplação, decisão, ação e manutenção (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992), sendo que cada estágio mostra qual o nível de motivação para mudança e quando ela ocorre (GREENE et al., 1999).

As crianças iniciam a vida com uma dieta láctea muito semelhante, independentemente do local em que vivem. A partir da introdução de outros alimentos à sua dieta, esta vai se diferenciando e adquirindo características muito semelhantes ao meio em que a criança vive. Os padrões culturais ditam quais as substâncias que são consideradas alimentos naquele lugar, variando muito em todo o mundo. Baseada nesta disponibilidade e na oferta de alimentos, a criança desenvolve e aprimora seus próprios padrões de preferências alimentares (BIRCH, 1999).

1.3 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

A avaliação nutricional contempla diversos métodos padronizados que visam detectar diferentes problemas nutricionais no indivíduo ou população, com o intuito de propor uma intervenção mais adequada (SIGULEM; DEVINCENZI; LESSA, 2000). Alguns dos principais métodos são: avaliação antropometria, da composição corporal, de parâmetros bioquímicos, de consumo alimentar, exame físico e avaliação global subjetiva (KAMIMURA et al., 2005).

Para definir o método a ser utilizado na avaliação nutricional é preciso levar em consideração os objetivos a serem alcançados, os equipamentos disponíveis e qualificação da mão de obra. Todos os métodos possuem vantagens e desvantagens e cabe ao profissional responsável a definição da melhor opção (SIGULEM; DEVINCENZI; LESSA, 2000), sendo recomendada a utilização de mais de um método (ao menos dois métodos que se completem) a fim de que o diagnóstico nutricional seja mais preciso e fidedigno (KAMIMURA et al., 2005).

1.3.1 Avaliação Antropométrica

Antropometria consiste na avaliação das dimensões físicas do corpo humano e é considerado um método indireto de avaliação nutricional amplamente utilizado para avaliar o Estado Nutricional (EN) de indivíduos em diferentes fases da vida, com metodologias bem definidas e parâmetros de diagnóstico estabelecidos pela OMS, podendo ser usado como indicador isolado no diagnóstico nutricional (CARVALHO, 2005; SIGULEM; DEVINCENZI; LESSA, 2000).

A avaliação antropométrica apresenta uma série de vantagens quando comparada a outros métodos de diagnóstico nutricional, como simplicidade dos instrumentos e equipamentos de coleta; facilidade e rapidez no processo de coleta e interpretação dos dados obtidos; facilidade de padronização técnica; boa aceitação; método não invasivo e maior cobertura populacional (LOURENÇO; TAQUETTE; HASSELMANN, 2011).

O peso e a estatura são as medidas antropométricas mais tradicionais usadas para o diagnóstico nutricional. O peso expressa a dimensão da massa ou volume corporal, ou seja, é a somatória da massa orgânica e inorgânica existente nas células, tecidos de sustentação, órgãos, músculos, ossos, gordura, água etc. Já a estatura expressa a dimensão longitudinal ou linear do corpo (VASCONCELOS, 2008).

Com as medidas de peso e estatura é possível obter diferentes índices antropométricos utilizados para o diagnóstico nutricional, tais como: Índice de Massa Corporal (IMC), Peso-para-idade (P/I); Peso-para-estatura (P/E), entre outros (VASCONCELOS, 2008). Para crianças e adolescentes é recomendado, pela OMS (2007), que a classificação do EN seja feita através das Curvas de Crescimento. É possível encontrar as curvas de crescimento com a classificação expressa em “percentil” e também em “escore-z”. Para pesquisas, o mais comum é a utilização das curvas de crescimento com escores, exclusivamente por uma questão de análise estatística, pois a classificação em percentil limita alguns cálculos e agrupamentos (SBP, 2009).

1.3.2 Avaliação do Consumo Alimentar

A avaliação do consumo alimentar é uma atividade amplamente realizada na prática clínica e também em estudos populacionais. Esta avaliação auxilia a identificação do padrão alimentar individual e de populações específicas, possibilitando planejar intervenções em

nível individual e políticas de intervenção populacional (FISBERG; MARCHIONI; COLUCCI, 2009).

A avaliação da dieta pode ser feita por um curto período de tempo (dieta atual) ou como a média de um período maior, como meses ou anos (dieta habitual) (FISBERG; MARTINI; SLATER, 2005). Para isso, podem ser usados métodos de inquérito alimentar prospectivos, que se referem à informação presente, ou métodos retrospectivos, que se referem à informação do passado ou longo prazo. Entre os métodos prospectivos estão vários tipos de registro dietético e observações diretas. E entre os retrospectivos destacam-se o Recordatório de 24 horas (R24h), Questionário de Frequência Alimentar (QFA), História Dietética ou Alimentar e Questionários Semi-quantitativos de Frequência de Alimentos (DWYER, 1999).

Os vários tipos de inquéritos alimentares trazem objetivos, formas de aplicação e resultados distintos. Para selecionar o melhor método é preciso estabelecer o objetivo que se deseja alcançar para melhor adequá-lo (DWYER, 1999).

Estes instrumentos de avaliação do consumo alimentar são respondidos pelo próprio participante ou cuidador (em especial, no caso de crianças). Mas o questionário que envolve questões relacionadas às práticas alimentares das crianças não deve ser respondido exclusivamente pela mãe, pois nem sempre é ela quem acompanha a criança em sua rotina. São comuns na literatura estudos em que o questionário com questões relativas às práticas alimentares das crianças seja respondido pela mãe, pai ou responsável que detenha conhecimento sobre os hábitos de vida da criança, e não mais somente pela mãe da criança (KARP et al., 2014; MARQUES et al., 2015; MIRANDA, 2013)

São diversos os instrumentos para avaliação da ingestão alimentar. Não há, no entanto, um método perfeito; assim, é preciso levar em consideração a situação a ser avaliada para que se possa escolher o método mais adequado (FISBERG; MARTINI; SLATER, 2005). Esta escolha deve levar em consideração os seguintes aspectos: gênero e idade dos indivíduos avaliados, nível socioeconômico, tempo disponível para aplicação do instrumento, estado clínico do indivíduo, variabilidade do consumo alimentar, ferramentas disponíveis para auxiliar a aplicação do inquérito e o objetivo da avaliação (CAVALCANTE; PRIORE; FRANCESCHINI, 2004; FISBERG; MARTINI; SLATER, 2005).

Fisberg, Marchioni e Colucci (2009) reforçam a importância da avaliação dietética na prática clínica para obtenção de dados que são importantes para a conduta dietoterápica individualizada. Todos os métodos de avaliação dietética possuem vantagens e desvantagens

que devem ser conhecidas pelo profissional para melhor aplicação e minimização de erros dos métodos (FISBERG; MARCHIONI; COLUCCI, 2009).

O R24h é o instrumento mais utilizado para avaliação do consumo alimentar em todo o mundo (FISBERG; MARTINI; SLATER, 2005). Ele define e quantifica todos os alimentos e bebidas consumidas nas últimas 24 horas ou no dia anterior a entrevista (FISBERG; MARCHIONI; COLUCCI, 2009; GIBSON, 1990).

Como todos os métodos de avaliação do consumo alimentar, o R24h possui vantagens e desvantagens. Entre as vantagens estão: rápida aplicação, não promove alteração na ingestão do entrevistado, vários R24h podem estimar a ingestão habitual, pode ser aplicado em qualquer faixa etária e nível de escolaridade, baixo custo. Entre as desvantagens estão: dificuldade do entrevistado em estimar tamanho de porções, depende da memória do entrevistado, um único R24h não estima a ingestão habitual, depende da boa comunicação entre entrevistador-entrevistado (FISBERG; MARTINI; SLATER, 2005).

A qualidade da dieta do indivíduo ou da população estudada pode ser medida através de diferentes parâmetros, tais como: quantidade de porções consumidas de cada grupo alimentar, consumo adequado de nutrientes e variedade de gêneros alimentícios (CERVATO; VIEIRA, 2003).

Na literatura é possível encontrar diversos índices de qualidade da dieta, que visam obter uma “medida resumo” da alimentação do indivíduo, facilitando a avaliação da qualidade da dieta de pequenos grupos e de populações (SANTOS et al., 2011). Esses índices são baseados em proporcionalidade, moderação e variedade, sempre voltados à prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (CERVATO; VIEIRA, 2003). Alguns dos índices disponíveis são: “*Index Nutrients*”, “*Mean Adequacy Ratio*”, “*Modified Diet Quality Index*”, “*Diet Quality Index*”, “*Healthy Eating Index*”, “*Diet Quality Index Revised*”. Porém estes índices foram desenvolvidos nos Estados Unidos ou Europa, com base nas recomendações alimentares das populações estudadas, o que dificulta a utilização deles para a população brasileira sem que haja o trabalho de tradução e adaptação. Na maioria dos índices disponíveis, a análise de dados se baseia em dados de R24h ou até mesmo de QFA (VOLP, 2010).

A quantidade e qualidade das informações obtidas no R24h dependem muito da memória e da cooperação do entrevistado. O indivíduo pode usar como parâmetros para auxiliar a memória a hora em que acordou ou em que foi dormir e horários de escola (no caso de crianças). É preciso que o profissional tenha conhecimento prévio dos costumes e hábitos alimentares da população estudada, como de alguns tipos de preparações para poder indagar

maiores detalhes no momento da entrevista. Também é preciso o preparo do entrevistado quanto ao conhecimento acerca do tamanho das porções usuais dos alimentos e talheres utilizados para poder extrair a informação de tamanho da porção mais próxima possível do realizado e sempre que possível utilizar materiais que ilustrem as medidas caseiras (FISBERG; MARCHIONI; COLUCCI, 2009).

1.4 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Em 1988 a Constituição Federal Brasileira criou o Sistema Único de Saúde (SUS), que tinha por objetivo atender de forma igualitária todos os brasileiros (BRASIL, 1988). Anteriormente a saúde era responsabilidade de vários ministérios; com a implantação do SUS o sistema foi unificado e a gestão descentralizada. Dessa forma, a gestão deixou de ser exclusiva do Poder Executivo Federal e passou a ser compartilhada por Estados e municípios (BRASIL, 2010b).

O SUS é um sistema que possui uma única doutrina e única forma de organização em todo o país; entretanto, há uma complexidade ao pensá-lo em um país como o Brasil, com tantas diferenças sociais, culturais e econômicas. São definidos na Constituição os princípios doutrinários e de organização do SUS, sendo os doutrinários: Universalidade, Equidade, Integralidade e Descentralização; e os de organização: Regionalização e Hierarquização, Descentralização e Comando Único e a Participação Popular. Assim, o SUS pode ser entendido como tendo um núcleo comum, que concentra os princípios doutrinários e os princípios organizativos (BRASIL, 2001).

Com a implantação do SUS, o número de pessoas beneficiadas pelo sistema de saúde passou de 30 milhões para 190 milhões (BRASIL, 2010b). Segundo dados do MS, o SUS tinha, em 2010, 6,1 mil hospitais credenciados, 45 mil unidades de atenção primária e 30,3 mil equipes de Saúde da Família (eSF). A estimativa também em 2010 era que o SUS realizava em média 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais por ano, 19 mil transplantes, 236 mil cirurgias cardíacas, 9,7 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia e 11 milhões de internações (BRASIL, 2010b).

Entre as ações promovidas pelo MS, dentro da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), em 2006 foi publicado pela primeira vez, o “Guia Alimentar para a População Brasileira – Promovendo a Alimentação Saudável” é uma publicação que trouxe pela primeira vez as diretrizes alimentares oficiais para nossa população. As orientações alimentares deste guia visam promover a segurança alimentar e nutricional além da prevenção

de DCNT, tais como o DM, HAS, DCV, câncer e obesidade. As diretrizes de 2006 são relacionadas aos alimentos e as refeições tradicionalmente realizadas pela população de forma geral, independente de religião e nível socioeconômico. Sua elaboração foi baseada na PNAN e nas recomendações da OMS.

Em 2014, o MS lançou uma nova edição do Guia Alimentar pra a População Brasileira que traz as recomendações alimentares atualizadas, conforme recomendação da OMS, substituindo o Guia de 2006. O foco deste material continua sendo a promoção da saúde e prevenção de DCNT, mas com uma abordagem diferenciada. As diretrizes do novo Guia são voltadas ao incentivo da autonomia na escolha dos alimentos e com isso o fornecimento de informações às pessoas, à sustentabilidade com o incentivo ao consumo de alimentos *in natura* e de menor consumo de alimentos ultraprocessados, valorização do ambiente e das companhias no momento das refeições e incentivo às habilidades culinárias. Esse novo formato do Guia Alimentar tenta trazer as diretrizes de uma forma mais prática para população que está em um cotidiano cada vez mais atarefado e com dificuldades no planejamento das refeições (BRASIL, 2014).

Os guias são instrumentos de fácil acesso e interpretação que podem ser usados como base para orientação dos profissionais da saúde em sua rotina e pela própria população em geral (BRASIL, 2014; BRASIL, 2006).

1.4.1 Atenção Básica

A Atenção Básica (AB) pode ser definida como sendo um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange diferentes formas de cuidado à saúde, tais como a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, com trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. A AB utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. As Unidades de Atenção Básica à Saúde devem ser o contato preferencial dos usuários com a Rede de Atenção à Saúde. Atualmente são definidas como modelos de Unidades de Atenção Básica à Saúde: Unidade Básica de Saúde (UBS), Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) e Unidade de Saúde da Família (USF) (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2010b).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) objetiva a reorganização da AB no país, mantendo os preceitos do SUS. Além dos princípios gerais da AB, a ESF deve: ter caráter substitutivo em relação à rede de AB tradicional nos territórios em que as eSF atuam; realizar o cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua; buscar o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, sempre com postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizada com base no diagnóstico situacional mantendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias, e ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2009).

Ações de alimentação e nutrição passaram a estar integradas na ESF com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que, em 2009, 76,3% tinham nutricionista em sua equipe multiprofissional (CONSEA, 2010).

Cada USF possui uma ou mais equipes de profissionais da saúde, e é responsável pela atenção à saúde da população vinculada a um determinado território, sendo que cada equipe fica responsável por uma área onde residem de 600 a 1000 famílias podendo chegar a um limite máximo de 4000 habitantes (BRASIL, 2012a). A equipe multiprofissional é composta por um enfermeiro, um médico generalista ou de família, um auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além desses, odontólogos, assistentes sociais e psicólogos, dentre outros, poderão fazer parte das equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades locais (FIGUEIREDO, 2015). Essas equipes devem realizar visitas domiciliares e fazer o cadastramento das famílias, em sua área de abrangência. As informações desse cadastro, juntamente com outras fontes de informação, levam ao conhecimento da realidade daquela população, seus principais problemas de saúde e seu modo de vida. Para planejar e desenvolver as atividades que promovam a melhoria das condições da população o gestor e a equipe devem usar como base essas informações. O cadastro destas famílias é registrado no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). O SIAB é um sistema de informação que sistematiza os dados coletados, que possibilita a sua informatização e gera relatórios de acompanhamento e avaliação (FIGUEIREDO, 2015).

Pesquisas mostram que para cada aumento em 10% na cobertura da Saúde da Família, está associada uma redução de 4,6% na mortalidade infantil. A Saúde da Família possui maior cobertura nos municípios menores, alcançando em 2009 50,7% da população brasileira (CONSEA, 2010). Estima-se que no país haja 39.859 eSF atendendo 5.412 municípios, com

257.917 ACS atuando com ações de orientação às famílias e acompanhamento do EN, além de 4.000 equipes multiprofissionais, sendo 83% com nutricionistas (BRASIL, 2017).

Estas equipes podem ter uma contribuição significativa na prevenção à obesidade infantil e suas comorbidades. Mello, Luft e Meyer (2004b) ressaltam que a Academia Americana de Pediatria traz entre as recomendações para auxiliar no tratamento da obesidade infantil a atuação das equipes de saúde, que podem promover o acompanhamento e tratamento precoce destes casos, por meio da identificação de risco através de história familiar e fatores socioeconômicos, do acompanhamento do peso ao nascer e da evolução do peso pelo acompanhamento das curvas de crescimento, do encorajamento ao aleitamento materno, além de fornecer orientação aos pais e educadores, entre outras atividades.

Algumas ações já são realizadas com maior frequência na AB a fim de promover melhor controle das DCNT e seus agravos, como: grupos de orientação com equipes multiprofissionais às pessoas com HAS e DM, busca ativa de usuários para acompanhamento na unidade de saúde e registro de pessoas com maior risco encaminhadas para outro ponto de atenção (BRASIL, 2017).

2. OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a possível influência das atitudes, crenças, práticas, hábito alimentar e estado nutricional dos pais ou responsáveis sobre o hábito alimentar e estado nutricional de crianças de seis a dez anos de idade (incompletos) que residem na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto - SP.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Classificar o EN de crianças de seis a dez anos de idade incompletos segundo parâmetros da OMS (2007), a partir da aferição de peso/estatura e cálculo do índice de Massa Corporal (IMC);
- Classificar o EN dos responsáveis pelas crianças segundo parâmetros da OMS (2000; 2007) ou Lipschitz (1994), a partir da aferição de peso/estatura e cálculo do índice de Massa Corporal (IMC);
- Avaliar as atitudes, crenças e práticas dos responsáveis sobre a alimentação de sua criança, através do Questionário de Alimentação da Criança (QAC);
- Correlacionar as atitudes, crenças e práticas dos responsáveis perante a alimentação de sua criança com o EN da mesma;
- Avaliar as crenças sobre dieta dos responsáveis através da Escala de Crenças sobre Dieta;
- Correlacionar as crenças sobre dieta dos responsáveis com seu EN e também com o EN da criança;
- Avaliar a frequência de adesão aos hábitos saudáveis de alimentação da criança e do responsável dentro dos preceitos dos passos da alimentação saudável do MS a partir do Questionário de Avaliação de Hábitos Saudáveis de Alimentação;
- Comparar a adesão aos hábitos saudáveis de alimentação das crianças com a dos responsáveis;
- Estabelecer e classificar níveis de adesão aos passos da alimentação saudável das crianças e seus responsáveis e comparar entre os grupos;

- Avaliar a qualidade da dieta das crianças e seus responsáveis através do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) obtido pelo cálculo do R24h;
- Comparar o IQD-R das crianças com seus responsáveis;
- Correlacionar atitudes, crenças e práticas alimentares dos responsáveis sobre a criança com a qualidade da dieta e a Escala de Crenças sobre Dieta.

3. MATERIAL E MÉTODO

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 PARTICIPANTES

Este é um estudo transversal, realizado com 164 crianças de seis a dez anos de idade incompletos e um respectivo responsável que se identificou como responsável pelo cuidado e alimentação da criança fora do período em que a mesma estivesse na escola. As famílias residiam na área de abrangência das USF participantes da cidade de Ribeirão Preto - SP, onde a entrevista foi conduzida.

A escolha da faixa etária das crianças foi feita levando em consideração dois aspectos: a classificação da OMS que define criança como sendo indivíduos de zero a dez anos não completos, e a divisão da fase escolar que inicia aos seis anos completos. O tamanho amostral foi definido levando em consideração o número de crianças, nessa faixa etária, cadastradas no SIAB; os dados foram coletados em todas as USF da cidade. A divisão dos distritos e da amostra seguiu a divisão adotada pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS): distritos norte, sul, leste, oeste e central. A proporção do registro de crianças e famílias do SIAB.

No total, haviam 4401 crianças cadastradas no SIAB pelas USF dos três distritos em estudo (norte, oeste e leste) de Ribeirão Preto. Sendo que 40,2% das crianças eram cadastradas nas unidades do distrito norte, nas unidades do distrito oeste eram 44,4% das crianças e 15,4% das crianças estavam cadastradas no distrito leste. No momento do levantamento de dados os distritos sul e central não possuíam USF.

Com base nisso, após o cálculo amostral, a amostra total foi dividida de forma proporcional à quantidade de crianças cadastradas, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Tamanho amostral e divisão por distritos, de acordo com cálculo estatístico, Ribeirão Preto, 2016.

Participantes	n	Divisão por distrito		
		Norte	Oeste	Leste
Crianças	164	66	73	25
Responsáveis	164	66	73	25

Fonte: Próprio autor.

3.1.1 Critérios de Inclusão

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: A criança deveria estar dentro da faixa etária estabelecida (seis a dez anos incompletos) no dia da entrevista; A família deveria residir na área de abrangência de uma das USF participantes; A criança deveria estar sob

cuidados de um dos pais ou de outro responsável (com 18 anos ou mais) que morasse com a mesma.

3.1.2 Critérios de Exclusão

Eram critérios de exclusão: O responsável não conviver o suficiente com a criança para conseguir responder aos questionários; A criança ou responsável possuir algum tipo de deficiência que impossibilitasse a realização da aferição de peso e estatura.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi enviado para a SMS de Ribeirão Preto para solicitação de coleta de dados nas USF pertencentes ao município, obtendo autorização para uso das unidades do distrito norte, oeste e leste (ANEXO A).

Posteriormente, foi cadastrado na Plataforma Brasil e direcionado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo/Campus Ribeirão Preto, obtendo Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO B) no dia 23 de novembro de 2015.

3.2.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Foram fornecidos ao participante responsável (pais ou responsável com idade superior a 18 anos) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Responsável (APÊNDICE A) e o TCLE - Criança (APÊNDICE B), ambos com o objetivo de fornecer as informações sobre a pesquisa (Tema, objetivos, metodologia, possíveis riscos aos participantes, benefícios, desconfortos, tempo de entrevista, dados para contato com os pesquisadores e o comitê de ética em pesquisa) e possibilitar a decisão sobre a participação ou não dele e da criança na pesquisa.

3.3 MATERIAL

3.3.1 Caracterização da Amostra

O Questionário de Caracterização da Amostra (APÊNDICE C) foi composto por

dados de identificação e dados sócio demográficos do responsável pela criança, contemplando as seguintes variáveis: nome, hygia (número de identificação do indivíduo na SMS de Ribeirão Preto), sexo, data de nascimento, endereço, USF, micro área (número de identificação que o endereço recebe pela localização da unidade de saúde), telefone, escolaridade, estado civil, raça, parentesco com a criança. Além de dados da criança, como: nome, hygia, sexo, data de nascimento, período em que estuda, escolaridade do pai e da mãe, idade do pai e da mãe, número de filhos da mãe.

3.3.1.1 Critério de Classificação Econômica Brasil

Para classificação econômica das famílias participantes do presente estudo foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2014), que classifica o poder aquisitivo das famílias em grandes classes (A, B1, B2, C1, C2, D-E).

Esse sistema enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e das famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. As classes econômicas são classificadas do maior (A) ao menor (D-E) poder aquisitivo. Foi utilizado o modelo de questionário (ANEXO C) sugerido para aplicação pelos autores (ABEP, 2014).

O questionário é composto por três blocos de questões referentes à quantidade de alguns itens no domicílio, escolaridade do chefe da família e situação de pavimento e esgoto onde se encontra o domicílio. Todas as questões constituídas com respostas objetivas ou de múltipla escolha.

3.3.2 Avaliação do Estado Nutricional

Para diagnóstico do EN foi usada a Ficha de Avaliação Antropométrica (APÊNDICE E) que era composta de campos para marcação do peso e estatura tanto da criança quanto do responsável.

Foi utilizada para aferição de peso uma Balança Digital Portátil, carga máxima: 150 kg; precisão: 100g; marca: Wiso.

Para aferição da estatura foi utilizado um Estadiômetro Portátil, com régua de madeira desmontável, escala bilateral em milímetros (resolução de 1 mm), campo de uso de 0,35 até 2,13 m; Marca: Altutexata.

3.3.3 Questionário de Alimentação da Criança

Birch et al. (2001) desenvolveram nos Estados Unidos um questionário chamado *Child Feeding Questionnaire* (CFQ), que visa estimar as crenças, atitudes e práticas dos pais em relação à alimentação de seus filhos e a possível relação desses fatores com a obesidade infantil.

Este questionário é composto por 31 questões que analisam sete fatores, que incluem quatro fatores que medem o relato das crenças dos pais em relação à alimentação do filho com tendência à obesidade (Percepção de Responsabilidade, Percepção do Peso dos Pais, Percepção do Peso da Criança e Preocupação com o Peso da Criança) e três fatores que medem as práticas de controle e atitudes dos pais sobre a alimentação dos filhos (Restrição, Pressão para Comer e Monitoramento).

A versão original do CFQ foi traduzida e adaptada para a população brasileira e também foi realizado o teste de fidedignidade do instrumento, apresentando boa confiabilidade para sua utilização (LORENZATO et al., 2017). Após a tradução, o questionário recebeu o nome de Questionário de Alimentação da Criança (QAC). Neste trabalho, o QAC foi usado para aplicação em seu formato completo, conforme sugestão dos autores (ANEXO D).

3.3.4 Escala de Crenças sobre Dieta

A *Dieting Beliefs Scale* (Escala de Crenças sobre Dieta) avalia a relação entre peso, comportamento alimentar e variáveis psicológicas relevantes, buscando verificar os fatores internos, (força de vontade, esforço, responsabilidade), fatores que estão além do controle, (genética e sorte) e fatores externos (ambiente, sorte, destino, apoio social) que podem estar relacionados à perda de peso (STOTLAND; ZUROFF, 1990).

A Escala de Crenças sobre Dieta (ANEXO E) foi construída e validada na língua inglesa por Stotland e Zuroff (1990). A Escala foi traduzida para a língua portuguesa e adaptada para a população brasileira adulta de ambos os sexos nas idades entre 20 e 59 anos por Batista (2017).

Sua versão original é composta por uma sequência de 16 afirmações, com espaços no início da frase para que se possa atribuir uma nota que varia de “1” (quando a frase não descreve sua crença) até “6” (quando a frase descreve totalmente sua crença) para cada afirmação (STOTLAND; ZUROFF, 1990).

3.3.5 Avaliação de Hábitos Saudáveis de Alimentação

O instrumento utilizado para avaliação de hábitos saudáveis de alimentação foi o Questionário de Avaliação de Hábitos Saudáveis de Alimentação (ANEXO F), elaborado por Vinholes, Assunção e Neutzling (2009) a partir dos Dez Passos da Alimentação Saudável do MS.

O questionário visa identificar os hábitos alimentares que norteiam o cotidiano das crianças e suas famílias (no período do último ano a contar da data da entrevista). Ele é composto por questões fechadas, que incluem o número de refeições, frequência do consumo de legumes, verduras, frutas, cereais, doces, refrigerantes, frituras, leite, carnes, leguminosas e adição de sal além do usado nas preparações.

O instrumento é baseado nos Dez Passos para uma Alimentação Saudável, que consistem em: 1 - Aumentar e variar o consumo de frutas, legumes e verduras, distribuídos em cinco vezes por dia; 2 - Comer feijão no mínimo quatro vezes por semana; 3 - Reduzir o consumo de alimentos gordurosos para no máximo uma vez por semana; 4 - Reduzir o consumo de sal, não acrescentar mais sal após a comida estar pronta; 5 - Fazer pelo menos três refeições e um lanche por dia; 6 - Reduzir o consumo de alimentos ricos em açúcar para no máximo duas vezes por semana; 7 - Reduzir o consumo de álcool e refrigerantes, evitando o consumo diário; 8 - Apreciar a refeição comendo devagar; 9 - Manter o peso dentro de limites saudáveis; 10 - Ser ativo acumulando trinta minutos de atividade física todos os dias (BRASIL, 2006).

3.3.6 Qualidade da Dieta

Para avaliar a qualidade global da dieta das crianças e responsáveis, foi utilizada como índice a adaptação brasileira do *Healthy Eating Index* (HEI). A versão original do HEI é composta por um sistema de dez componentes que caracterizam uma alimentação saudável, sendo cinco componentes representados por grupo de alimentos, quatro por nutrientes e o último pela variedade de ingestão de alimentos. Cada componente tem uma pontuação de zero a dez, sendo a somatória final máxima 100 (KENNEDY et al., 1995).

O HEI foi desenvolvido nos Estados Unidos por Kennedy et al. (1995). Fisberg et al. (2004) adaptaram e validaram o HEI para a população brasileira, dando origem ao Índice de Qualidade da Dieta (IQD).

Na adaptação brasileira o IQD sofreu algumas alterações nos componentes para se aproximar a realidade da população estudada. Sendo então, o IQD composto por cinco componentes representados por grupos de alimentos (Cereais, pães, tubérculos e raízes; verduras e legumes; frutas; leite e produtos lácteos; carnes, ovos e feijão), quatro componentes representados por nutrientes (gorduras totais, gordura saturada, colesterol e sódio) e permanecendo o último como a variedade da dieta (FISBERG et al., 2004).

Com a publicação do Guia Alimentar para a População Brasileira em 2006 houve a necessidade de revisar o IQD. Previdelli et al. (2011) desenvolveram então o Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) que, através de um estudo transversal, mostrou-se confiável e válido para avaliar a qualidade da dieta de brasileiros (ANDRADE et al., 2013).

Assim, o IQD-R é um indicador de qualidade da dieta desenvolvido com base no Guia Alimentar para a População Brasileira de 2006. Em sua nova formulação, o índice contém 12 componentes: nove são representados por grupos de alimentos do Guia Alimentar, cujas porções diárias são expressas em densidade energética; dois componentes são representados por nutrientes (sódio e gordura saturada), e o último componente é Gord_AA (calorias provenientes de gordura sólida, álcool e açúcar de adição). O IQD-R possibilita mensurar variados fatores de riscos dietéticos para DCNT, permitindo, simultaneamente, avaliar e monitorar a dieta em nível individual ou populacional (PREVIDELLI et al, 2011; SANTOS et al., 2011). E em 2013, um estudo mostrou que o IQD-R é válido e pode ser utilizado para avaliar a qualidade global da dieta da população brasileira, a fim de monitorar e acompanhar a evolução da dieta de indivíduos ou populações (ANDRADE et al., 2013).

Os componentes do IQD-R contemplam seis das sete diretrizes do Guia Alimentar, conforme detalhamento na Tabela 2.

Tabela 2 - Mapeamento dos componentes do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) de acordo com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira, São Paulo, 2012. (continua)

Recomendação do Guia	Componentes do IQD-R	Observação sobre o IQD-R
Diretrizes 1 e 6		
Limitar a ingestão de gorduras saturadas, substituindo por insaturadas e eliminando as <i>trans</i> .	Gordura saturada	O componente “gordura saturada” avalia a ingestão do nutriente, seguindo recomendações do Guia Alimentar e das diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia.
Gordura saturada não deve ultrapassar 10% das necessidades diárias, assim como de açúcares simples.	Óleo	O componente “Óleo”, representa a ingestão do óleo vegetal, gordura de peixe e das oleaginosas, alimentos incentivados para consumo. No Guia Alimentar as oleaginosas fazem parte do grupo das leguminosas, porém são citadas como boas fontes de gordura insaturada.
Preferir óleos vegetais, azeite e margarinas livres de ácidos graxos <i>trans</i> .		

Tabela 2 - Mapeamento dos componentes do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) de acordo com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira, São Paulo, 2012. (conclusão)

Recomendação do Guia	Componentes do IQD-R	Observação sobre o IQD-R
Diminuir o consumo de sal e de alimentos industrializados.	Sal	O sal é refletido no componente “Sódio”.
	Gord_AA	As gorduras trans são refletidas nas calorias das gorduras sólidas, que pertencem ao grupo “Gord_AA” juntamente com os açúcares de adição e o álcool. O colesterol não está incluído no Índice.
Manutenção do balanço energético e do peso saudável.		O IQD-R não avalia a ingestão de energia e a prática de atividade física.
Diretriz 2		
Consumir alimentos ricos em carboidratos complexos, de preferência integrais.	Cereais totais Cereais integrais	Como não há uma recomendação para o consumo de cereais integrais, o IQD-R estabelece a ingestão de pelo menos uma porção/1.000 kcal.
Diretriz 3		
Variar as frutas, verduras e legumes, aumentando o fornecimento de fibras e de vitaminas, como os carotenóides, presentes nos vegetais verde-escuros e alaranjados.	Frutas totais Frutas integrais Vegetais totais e leguminosas Vegetais verde-escuros e alaranjados e leguminosas	A variedade é avaliada no IQD-R. As frutas inteiras e subgrupos dos vegetais são enfatizados.
Diretriz 4		
Combinar o consumo diário de leguminosas com grãos de cereais, formando fontes completas de proteínas.	Carnes, ovos e leguminosas Vegetais totais e leguminosas Vegetais verde-escuros e alaranjados e leguminosas	Por ser um hábito dos brasileiros, as leguminosas contribuem, inicialmente, para o grupo das carnes, com o fornecimento das proteínas e, posteriormente, para o grupo dos vegetais pela contribuição de minerais e fibras.
Diretriz 5		
Escolher leite e derivados com menores quantidades de gorduras.	Leite e derivados	A escolha por leite integral e carnes gordas irá diminuir a pontuação do componente “gordura saturada” e “Gord_AA”. O mesmo acontecerá na escolha por embutidos, também
Prefira as carnes mais magras e evite a ingestão de embutidos.	Carnes, ovos e leguminosas	influenciando na diminuição da pontuação do componente “sódio”.

Fonte: ANDRADE (2013).

Previdelli et al. (2011) ressaltam que por se tratar de um instrumento baseado nas recomendações do Guia Alimentar para a população brasileira de 2006, o IQD-R pode ser

utilizado para avaliar a dieta de indivíduos nas diversas fases da vida (com exceção de lactentes).

O IQD-R é calculado a partir de dados de um R24h (APÊNDICE D), que expressa o consumo alimentar atual e também pode ser avaliado o consumo habitual através da aplicação de vários recordatórios do mesmo indivíduo em dias diferentes. O R24h possibilita a obtenção de dados sobre o consumo alimentar individual das últimas 24 horas a contar do horário da entrevista ou do dia anterior quando solicitado que o indivíduo relate o período de 24 horas do dia anterior.

3.4 PROCEDIMENTO

3.4.1 Caracterização da Amostra

O Questionário de Caracterização da Amostra, com perguntas e respostas objetivas, foi aplicado ao responsável pela criança. As questões que envolviam dados como número do hygia, CNS, Micro área e Família foram respondidas com auxílio da equipe de saúde ou consulta em seus registros na USF (pois são dados utilizados para identificação dos usuários do SUS dentro das unidades de saúde).

3.4.1.1 Critério de Classificação Econômica Brasil

O CCEB foi aplicado também ao responsável pela criança. O modelo de questionário e aplicação seguiu as recomendações da ABEP (2014). O entrevistador fazia a leitura da frase inicial do questionário e seguia item a item obtendo as respostas do entrevistado e assinalando nos locais correspondentes.

3.4.2 Avaliação do Estado Nutricional

As aferições de peso e estatura foram realizadas de acordo com as recomendações estabelecidas pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) em seu Material de apoio: “Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde” (BRASIL, 2011).

As aferições de peso e estatura foram realizadas da mesma maneira nas crianças e nos responsáveis. A diferença se deu apenas nas classificações do EN realizadas posteriormente.

Procedimento realizado para aferição de peso: Posicionava-se a balança portátil em local nivelado; era verificado se a balança estava ligando corretamente; era solicitado ao indivíduo que retirasse os sapatos e roupas pesadas, como jaquetas, casacos e qualquer outro adorno que pudessem interferir no resultado final do peso, como pulseiras, cintos, relógios, celulares, chaves, bolsas, entre outros; verificava-se se o indivíduo estava somente com roupas leves e então era solicitado para ele subisse na balança; em seguida, o indivíduo era posicionado no centro da balança e de costas para o leitor; o indivíduo deveria se manter ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, pés alinhados e olhando para o horizonte, sem se movimentar; a leitura do peso do indivíduo era feita e anotada na Ficha de Avaliação Antropométrica.

Procedimento realizado para aferição da estatura: Posicionava-se o Estadiômetro em local nivelado, deixando-o fixo; posicionava-se o indivíduo descalço e com a cabeça livre de adereços no centro do equipamento; o indivíduo era mantido ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos; observava-se se os pés estavam alinhados e paralelos, sem tocar um no outro; a parte móvel do equipamento (régua) era abaixada, fixando-a contra a cabeça do indivíduo; a leitura da estatura do indivíduo era realizada sem que o esquadro fosse solto e a medida anotada na Ficha de Avaliação Antropométrica.

3.4.3 Questionário de Alimentação da Criança

O QAC é um instrumento autoaplicável e foi respondido pelo responsável pela criança na presença do pesquisador (em alguns casos quando o entrevistado apresentou dificuldades para ler o entrevistador fazia a leitura). As questões são separadas por blocos com opções de respostas variadas, essa separação é a mesma da divisão dos sete fatores.

Para o início de cada bloco, era feita a leitura das opções de resposta e só então se iniciavam as questões. As opções de respostas apresentam variação de acordo com o fator. Para o primeiro fator (Percepção de Responsabilidade) as opções de resposta são: nunca, raramente, metade do tempo, maior parte do tempo e sempre; Para o segundo e terceiro fatores (Percepção do peso dos pais e Percepção do peso da criança) as opções de resposta são: muito abaixo do peso, abaixo do peso, normal, acima do peso e muito acima do peso; Para o quarto fator (Preocupação com o peso da criança) as opções de resposta são: despreocupado, um pouco preocupado, preocupado, bem preocupado e muito preocupado; Para o quinto e sexto fatores (Restrição e Pressão para comer) as opções de resposta são:

discordo, discordo levemente, neutro, concordo levemente e concordo; E para o último fator (Monitoramento) as opções de resposta são: nunca, raramente, às vezes, na maior parte do tempo e sempre (BIRCH et al., 2001). A opção de resposta selecionada para cada questão foi marcada na frente da mesma, tendo sempre que o indivíduo escolher apenas uma resposta para cada questão.

3.4.4 Escala de Crenças sobre Dieta

A Escala de Crenças sobre Dieta foi respondida pelo responsável pela criança. O responsável fazia a leitura de cada uma das 16 afirmações e atribuía uma nota de “1” (quando a frase não descrevia as crenças) a “6” (quando a frase descrevia totalmente suas crenças) marcando sua nota no espaço correspondente na frente das frases. Para os responsáveis que apresentaram dificuldade na leitura (por não estar com óculos ou outras dificuldades) o pesquisador fazia a leitura das frases e anotava a nota atribuída pelo entrevistado.

3.4.5 Avaliação de Hábitos Saudáveis de Alimentação

O Questionário de Avaliação de Hábitos Saudáveis de Alimentação foi destinado ao responsável e a criança, sendo respondido separadamente para cada um. Primeiro, o responsável respondia aos questionamentos feitos sobre sua alimentação. Após, eram feitos os mesmos questionamentos em relação à alimentação da criança, sendo permitido que a criança ajudasse nas respostas.

3.4.6 Qualidade da Dieta

Foi aplicado à criança e ao responsável um R24h do dia anterior seguindo a metodologia usada no trabalho original com múltiplos passos. Esse método consiste em deixar o indivíduo relatar toda a alimentação (incluindo alimentos e bebidas) do dia anterior sem interrompê-lo (no máximo o entrevistador podia interromper o indivíduo caso ele não mencionasse o horário da refeição, para perguntá-la), em seguida era feito o detalhamento das refeições e preparações com perguntas sobre tamanho de porção, modo de preparo; para finalizar era feita uma conferência com leitura ao entrevistado para verificar se ele lembrava-se de mais algum item e conferir todos. Os questionamentos eram destinados primariamente

aos responsáveis, mas as crianças também ajudavam nas respostas, principalmente com relação à própria alimentação.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Todos os dados foram codificados, digitados e tabulados em Programa Microsoft Excel® 2010 e analisados de acordo com as instruções oferecidas pela literatura referente a cada instrumento.

3.5.1 Caracterização da Amostra

O Questionário de Caracterização da Amostra permitiu primeiramente identificar os participantes. Posteriormente, possibilitou caracterizar a população estudada a fim de estabelecer grupos com características semelhantes dentro das variáveis questionadas, como: idade, sexo, raça/cor, situação familiar/conjugal e situação no mercado de trabalho (do responsável que respondeu a entrevista), escolaridade do responsável e dos pais da criança, período em que a criança estudava, número de filhos da mãe. Os dados foram analisados por meio de frequência absoluta e relativa.

3.5.1.1 Critério de Classificação Econômica Brasil

A classificação econômica das famílias foi realizada através da análise quantitativa dos dados a partir do sistema de pontos estabelecida pela ABEP (2014), sendo, o questionário, separados em três conjuntos de pontos: variáveis (itens no domicílio), grau de instrução do chefe da família e serviços públicos. O Quadro 1 mostra o sistema de pontos para as variáveis (itens no domicílio), em que a quantidade de cada item recebeu a pontuação de acordo com a quantidade existente no domicílio onde residiam a criança e o responsável, referida pelo entrevistado, desconsiderando equipamentos quebrados e fora de uso.

Quadro 1 – Sistema de Pontos utilizado para as variáveis (itens no domicílio), utilizado para Classificação Econômica do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). (continua)

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados Domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11

Quadro 1 – Sistema de Pontos utilizado para as variáveis (itens no domicílio), utilizado para Classificação Econômica do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). (conclusão)

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora de Roupa	0	2	2	2	2

Fonte: ABEP (2014).

Para o grau de instrução do chefe da família a pontuação é estabelecida da seguinte forma: Analfabeto / Fundamental I incompleto = 0 pontos; Fundamental I completo / Fundamental II incompleto = 1 ponto; Fundamental II completo / Médio incompleto = 2 pontos; Médio completo / Superior incompleto = 4 pontos; Superior completo = 7 pontos.

O último conjunto, serviços públicos, possui dois itens (Água encanada e Rua pavimentada) que têm como opção de resposta “não” ou “sim”. Caso a resposta fornecida pelo entrevistado fosse “não” a pontuação era “zero”. Para o item “água encanada”, caso a resposta fosse “sim” a pontuação recebida era quatro. E para o item “rua pavimentada”, caso a resposta fosse “sim” a pontuação recebida era “dois”.

A partir da somatória dos três blocos de pontuação acima citados foi estabelecida a classificação econômica, seguindo a pontuação final e classificação estabelecida no Quadro 2.

Quadro 2 – Pontos de corte utilizados para Classificação Econômica do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB).

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

Fonte: ABEP (2014).

3.5.2 Avaliação do Estado Nutricional

A aferição de peso e estatura foi utilizada para realização da classificação do EN das crianças e seus responsáveis, de acordo com a faixa etária, os índices antropométricos e demais parâmetros estabelecidos pela OMS. Sendo eles: Para crianças: IMC-para-idade; Peso-

para-idade; Estatura-para-idade; Para adolescentes, foi usado somente IMC-para-idade e Estatura-para-idade; Para adultos e idosos: IMC. Após a obtenção dos dados, foi realizado para todos os participantes o Índice de Massa Corporal (IMC) que é obtido através do cálculo:

$$\frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura}^2 \text{ (m)}}$$

Posteriormente, foi feita a classificação do EN levando em consideração as seguintes fases do curso da vida e suas faixas etárias: Criança: indivíduo menor de dez anos de idade; Adolescente: indivíduo com dez anos ou mais e menor de 20 anos de idade; Adulto: indivíduo com 20 anos ou mais e menor que 60 anos de idade; Idoso: indivíduo com idade maior ou igual a 60 anos (BRASIL, 2011).

Para a avaliação dos índices antropométricos da criança (IMC-para-idade; Peso-para-idade, Estatura-para-idade), foi necessário saber com precisão sua idade em anos e meses de vida, pois as informações disponíveis nas curvas de crescimento da OMS são em anos e meses. A regra de aproximação seguida para as idades não exatas foi: Fração de idade até 15 dias: aproximou-se a idade para baixo, isto é, o último mês completo (Exemplo: 9 anos, 2 meses e 10 dias, considerou-se: 9 anos e 2 meses); Fração de idade igual ou superior a 16 dias: aproximou-se a idade para cima, isto é, para o próximo mês a ser completado (Exemplo: 9 anos, 2 meses e 16 dias, considerou-se: 9 anos e 3 meses). Conforme recomendações no Manual de orientações para coleta e análise de dados antropométricos do MS (BRASIL, 2011).

A seguir, são mostrados os pontos de corte para classificação do EN de crianças, segundo a OMS (2007). O Quadro 3 mostra os pontos de corte de IMC-para-idade para crianças de cinco a dez anos de idade, seguindo o escore-z das curvas de crescimento da OMS.

Quadro 3 – Classificação do Estado Nutricional de acordo com pontos de corte de IMC-para-idade para crianças de cinco a dez anos de idade incompletos, segundo recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

VALORES CRITICOS	DIAGNOSTICO NUTRICIONAL
< Escore-z -3	Magreza acentuada
> Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
> Escore-z -2 e < Escore-z +1	Eutrofia
> Escore-z +1 e < Escore-z +2	Sobrepeso
> Escore-z +2 e < Escore-z +3	Obesidade
> Escore-z +3	Obesidade grave

Fonte: OMS (2007).

O Quadro 4 mostra os pontos de corte e classificação de Peso-para-idade pra crianças de zero a dez anos de idade incompletos, seguindo o escore-z das curvas de crescimento da OMS (2007).

Quadro 4 - Classificação do Estado Nutricional de acordo com pontos de corte de Peso-para-idade para crianças de zero a dez anos de idade incompletos, segundo recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

VALORES CRITICOS	DIAGNOSTICO NUTRICIONAL
< Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade
> Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixo peso para a idade
> Escore-z -2 e < Escore-z +2	Peso adequado para a idade
> Escore-z +2	Peso elevado para a idade

Fonte: OMS (2007).

O Quadro 5 mostra o último parâmetro para o diagnóstico do EN das crianças: os pontos de corte de Estatura-para-idade para crianças de zero a dez anos, seguindo o escore-z das curvas de crescimento da OMS (2007).

Quadro 5 - Classificação do Estado Nutricional de acordo com pontos de corte de Estatura-para-idade para crianças de zero a dez anos de idade incompletos, segundo recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

VALORES CRITICOS	DIAGNOSTICO NUTRICIONAL
< Escore-z -3	Muito baixa estatura para a idade
> Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixa estatura para a idade
≥ Escore-z -2	Estatura adequada para idade

Fonte: OMS (2007).

Foram ainda utilizados os parâmetros da OMS para o diagnóstico do EN de adolescentes, já que um dos responsáveis participantes desta pesquisa possuía 18 anos. O Quadro 6 apresenta os pontos de corte para classificação do EN do parâmetro IMC-para-idade para adolescentes de dez a 20 anos não completos.

Quadro 6 - Classificação do Estado Nutricional de acordo com pontos de corte de IMC-para-idade para adolescentes (entre dez e 20 anos de idade incompletos), segundo recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

VALORES CRITICOS	DIAGNOSTICO
< Escore-z -3	Magreza acentuada
> Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
> Escore-z -2 e < Escore-z +1	Eutrofia
> Escore-z +1 e < Escore-z +2	Sobrepeso
> Escore-z +2 e < Escore-z +3	Obesidade
> Escore-z +3	Obesidade grave

Fonte: OMS (2007).

E para a classificação do EN pelo parâmetro Estatura-para-idade para adolescentes, o Quadro 7 apresenta os pontos de corte (valores críticos e diagnóstico) adotados pelo SISVAN (OMS, 2007).

Quadro 7 - Classificação do Estado Nutricional de acordo com pontos de corte de Estatura-para-idade para adolescentes (entre dez e 20 anos incompletos), segundo recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

VALORES CRÍTICOS	DIAGNOSTICO
< Escore-z -3	Muito baixa estatura para a idade
> Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixa estatura para a idade
≥ Escore-z -2	Estatura adequada para idade

Fonte: OMS (2007).

Para a classificação do EN dos adultos foram utilizados os pontos de corte de IMC, adotados pelo MS. O Quadro 8 mostra os pontos de corte para classificação do EN estabelecido pela OMS (2000) para adultos (indivíduos com idade entre 20 e 60 anos incompletos).

Quadro 8 – Classificação do Estado Nutricional de acordo com pontos de corte de Índice de Massa Corporal (IMC) para adultos (20 a 60 anos incompletos), segundo recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

IMC (kg/m ²)	DIAGNOSTICO NUTRICIONAL
< 18,5	Baixo Peso
≥ 18,5 e < 25	Adequado ou Eutrófico
≥ 25 e < 30	Sobrepeso
≥ 30 e < 35	Obesidade Grau I
≥ 35 e < 40	Obesidade Grau II
≥ 40	Obesidade Grau III

Fonte: OMS (2000).

A classificação do EN dos idosos (indivíduos com 60 anos ou mais) foi realizada utilizando os pontos de corte de IMC, determinados por Lipschitz (Quadro 9) e adotados pelo MS.

Quadro 9 – Classificação do Estado Nutricional de acordo com pontos de corte de Índice de Massa Corporal (IMC) para idosos (60 anos ou mais), segundo recomendações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

IMC (kg/m ²)	DIAGNOSTICO NUTRICIONAL
≤ 22	Baixo Peso
> 22 e < 27	Adequado ou Eutrófico
≥ 27	Sobrepeso

Fonte: Lipschitz (1994).

3.5.3 Questionário de Alimentação da Criança

Inicialmente foi realizada a frequência de respostas para cada uma das 31 questões. Sendo divididos entre os sete fatores do QAC: Percepção de Responsabilidade, Percepção do Peso dos Pais, Percepção do Peso da Criança, Preocupação com o Peso da Criança, Restrição, Pressão para Comer e Monitoramento. Porém, as questões 11, 12 e 13 (referentes ao fator Percepção do Peso da Criança) foram retiradas, pois a idade das crianças deste estudo não possibilitou obter a resposta para estas questões entre todas as crianças (estas questões se aplicam para crianças com idade entre oito e 14 anos). Este critério de exclusão destas questões é descrito por Birch et al. (2001).

Como proposto pelos autores do questionário original e os autores da versão adaptada para a população brasileira, a pontuação do QAC foi realizada de acordo com a numeração das respostas, que variava de um a cinco, de cada uma das 31 questões. Aplicada a pontuação de cada questão, foi feita a média da pontuação dentro de cada um dos sete fatores para definição dos escores, obtendo ao final, um valor de escore para cada fator (LORENZATO et al., 2017; BIRCH et al., 2001). Nesta análise as questões 11, 12 e 13 (referentes ao fator Percepção do Peso da Criança) também foram retiradas.

3.5.4 Escala de Crenças sobre Dieta

A análise dos dados da escala foi feita de acordo com as recomendações estabelecidas pela autora da versão adaptada para a população brasileira (BATISTA, 2017). Nesta versão quatro questões foram excluídas e uma sofreu alteração de análise (pontuada inversamente). Em sua versão adaptada a Escala passou a ser composta pelo “Fator 1” representado pelas questões 2, 9, 10, 11 e 15, o “Fator 2” representado pelas questões 5, 6 e 7, “Fator 3” composto pelas questões 8, 12, 13 e 14.

A avaliação da Escala é feita através de uma pontuação por questão seguida da soma das pontuações e definição de um escore que, ao final, varia entre 12 e 72, sendo que, para algumas questões dos fatores 2 e 3, os escores são marcados inversamente, de modo que 6=1, 5=2, etc. (FURNHAM; ATKINS, 1997). Para avaliação de indivíduos que estão em processo de perda de peso, quando o escore total está alto significa que o sujeito está com sucesso na perda de peso e prevalência de *locus* de controle de peso interno e quando está baixo significa que o sujeito está com baixa autoestima e problemas com a perda de peso e compulsão alimentar.

3.5.5 Avaliação de Hábitos Saudáveis de Alimentação

As respostas obtidas através do Questionário de Avaliação de Hábitos Saudáveis de Alimentação foram agrupadas e avaliadas de acordo com os “Dez Passos para uma Alimentação Saudável” do MS, sendo verificada a adesão de cada indivíduo a cada um dos nove passos que correspondem à alimentação, para identificação dos hábitos saudáveis que estão sendo seguidos pela população. Também, foram comparadas as respostas das crianças com seus respectivos responsáveis para verificar o quanto a alimentação da criança seguia os padrões adotados pelo seu responsável.

Após a determinação de adesão aos nove passos da alimentação saudável, foram criadas três categorias: Baixa adesão (quando o indivíduo aderiu de zero a três passos), Média adesão (quando o indivíduo aderiu de quatro a seis passos) e Alta adesão (quando o indivíduo aderiu de sete a nove passos). Todos os participantes, crianças e responsáveis, foram classificados em uma das três categorias.

3.5.6 Qualidade da Dieta

O cálculo do IQD-R foi realizado seguindo as instruções fornecidas no “Roteiro para o Cálculo do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R)”, fornecido pelo Grupo de Pesquisa de Avaliação do Consumo Alimentar (GAC, 2016).

Com os dados do R24h foram feitos os cálculos dos macronutrientes e micronutrientes de interesse para o cálculo do IQD-R. Primeiramente, os alimentos foram digitados separadamente, inclusive as preparações que foram desmembradas entre os principais ingredientes. Cada alimento foi codificado de acordo com seu grupo de alimento, conforme códigos apresentados no Quadro 10.

Quadro 10 – Códigos para classificação dos grupos de alimentos para cálculo do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R), São Paulo, 2012. (continua)

Código	Grupo de Alimentos que serão utilizados no cálculo do IQD-R
1	Frutas totais (qualquer forma de consumo de fruta natural)
11	Frutas inteiras ^a
2	Vegetais totais (todos os tipos de verduras, legumes e hortaliças)
22	Vegetais verde-escuros e alaranjados
3	Cereais, raízes e tubérculos
33	Cereais integrais
4	Leite e derivados ^b
5	Carnes e ovos
55	Leguminosas

Quadro 10 – Códigos para classificação dos grupos de alimentos para cálculo do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R), São Paulo, 2012. (conclusão)

Código	Grupo de Alimentos que serão utilizados no cálculo do IQD-R
56	Peixe ^c
66	Oleaginosas e polpa de coco
6	Óleos vegetais e molhos para salada
Código	Grupo de Alimentos que não serão utilizados no cálculo do IQD-R^d
9	Fórmulas lácteas
9	Bebidas alcoólicas e de alta caloria
9	Bebidas de baixa caloria, inclusive diet e light
9	Temperos tipo condimentos
9	Doces em geral
9	Alimentos com gordura tipo “ <i>shortining</i> ”, <i>butter</i> ...

^a Exclui-se as frutas consumidas na forma de sucos.

^b Não inclui alimentos à base de gordura (ex. creme de leite).

^c Será utilizado nos componentes: “Carnes, Ovos e Leguminosas” e “Óleos, Oleaginosos e Gordura de peixe”.

^d Esta descrição serve apenas para que todos os alimentos tenham uma classificação. Também pode ser útil caso, no futuro, seja necessário reavaliar ou resgatar algum alimento que, primeiramente, não constava no IQD_R

Fonte: GAC (2016).

As medidas caseiras foram transformadas em gramas e mililitros, sendo utilizado um livro de medidas caseiras (PINHEIRO, 2004) com auxílio do Manual de Críticas para Inquéritos Alimentares, desenvolvido por Fisberg, Marchioni e Castro (2007), para padronização dos dados de medidas caseiras. Foram utilizadas tabelas de composição centesimal de alimentos para busca dos valores nutricionais dos alimentos (PHILIPPI, 2016; IBGE, 2011; NEPA, 2011).

Após os cálculos dos nutrientes de interesse e valor energético total, foi feita a pontuação para cada componente do IQD-R, utilizando o programa SPSS, versão 10, com comandos específicos para este cálculo, seguindo os ‘Do-Files’ disponibilizados pelos autores do IQD-R (GAC, 2016). Foi calculada e atribuída uma pontuação para cada componente do IQD-R, para cada indivíduo, conforme distribuição apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição da pontuação e das porções dos componentes do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R), São Paulo, 2012. (continua)

Componentes	Pontuação (pontos)				
	0	5	8	10	20
Frutas totais ^a	0	1,0 porção/1.000 kcal			
Frutas integrais ^b	0	0,5 porção/1.000 kcal			
Vegetais totais ^c	0	1,0 porção/1.000 kcal			
Veveal ^d	0	0,5 porção/1.000 kcal			
Cereais totais ^e	0	2,0 porção/1.000 kcal			
Cereais integrais	0	1,0 porção/1.000 kcal			
Leite e derivados ^f	0			1,5 porção/1.000 kcal	
Carnes, ovos e leguminosas	0			1,0 porção/1.000 kcal	

Tabela 3 - Distribuição da pontuação e das porções dos componentes do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R), São Paulo, 2012. (conclusão)

Componentes	Pontuação (pontos)				
	0	5	8	10	20
Óleos ^g	0				0,5 porção/1.000 kcal
Gordura saturada	≥ 15		10		≤ 7% do VET
Sódio	≥ 2,0		1,0		≤ 0,7g/1.000 kcal
Gord_AA	≥ 35				≤ 10% do VET

Gord_AA: Calorias provenientes da gordura sólida, álcool e açúcar de adição; VET: valor energético total

^a Inclui frutas e sucos de frutas naturais

^b Exclui frutas de sucos

^c Inclui leguminosas apenas depois que a pontuação máxima de Carnes, ovos e leguminosas for atingida

^d Veveal: Vegetais verde-escuros e alaranjados e leguminosas (apenas depois que a pontuação máxima de carnes, ovos e leguminosas for atingida)

^e Representa o grupo dos cereais, raízes e tubérculos

^f Inclui leite e derivados e bebidas à base de soja

^g Inclui as gorduras mono e polinsaturadas, oleaginosas e gordura de peixe

Fonte: ANDRADE (2013).

A pontuação final do IQD-R, que pode variar de zero a 100, possibilita a interpretação da qualidade global da dieta individual através de uma divisão em três categorias: abaixo de 51 pontos a dieta está “inadequada”, entre 51 e 80 pontos a dieta “necessita de modificação” e mais que 80 pontos a dieta está “saudável” (GODOY et al., 2006).

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi adotado o programa de software SAS 9.0. As informações foram processadas e analisadas por meio de testes estatísticos apropriados à distribuição da amostra e por meio da estatística descritiva (frequência, média, desvio-padrão, mediana, valores mínimos e máximos). O nível de significância fixado foi de 5%.

A fim de relacionar os sete fatores do QAC com o IQD-R (crianças) e os fatores do questionário de crenças, foi proposto o coeficiente de correlação de *Spearman* (ρ), que quantifica esta relação. Este coeficiente varia entre os valores -1 e 1. O valor 0 (zero) significa que não há relação, o valor 1 indica uma relação perfeita e o valor -1 também indica uma relação perfeita, mas inversa, ou seja, quando uma das variáveis aumenta a outra diminui. Quanto mais próximo estiver de 1 ou -1, mais forte é esta relação entre as duas variáveis.

As comparações dos níveis de adesão aos nove passos (responsáveis) em relação aos fatores do QAC e crenças foram feitas através do teste de *Kruskal-Wallis*, bem como as comparações dos fatores do QAC em relação ao setor e ao EN das crianças. Esta técnica não paramétrica permite a comparação de mais de dois grupos sem que haja suposições quanto à

distribuição dos dados. Também, foi utilizado o pós-teste de *Dunn* para as comparações múltiplas quando pertinente.

As associações do EN (crianças e responsáveis), faixa etária (crianças e responsáveis), setor e sexo com adesão aos passos foram feitas através do teste exato de *Fisher*.

As comparações do IQD-R e fatores do questionário de crenças em relação ao EN (crianças e responsáveis), faixa etária (crianças e responsáveis) e setor foram feitas através da análise de variância (ANOVA). Também, foi utilizado o pós-teste de *Tukey* para as comparações múltiplas.

A relação entre o IQD-R (crianças e responsáveis) e os fatores do questionário de crenças foi analisada também através do coeficiente de correlação de *Spearman* (ρ).

A comparação entre responsáveis e crianças em relação ao IQD-R foi feita através do teste *t-Student* pareado.

As comparações entre responsáveis e crianças em relação à adesão aos passos e EN foram feitas através do teste de *McNemar*.

Para a comparação dos sexos quanto ao IQD-R, foi proposto o teste *t-Student*.

4. RESULTADOS

4 RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 164 crianças de seis a dez anos incompletos e 164 responsáveis, residentes nas áreas de abrangência das USF de Ribeirão Preto - SP, sendo divididos entre os distritos norte (40,24%; n=66), oeste (44,51%; n=73) e leste (15,24%; n=25). A divisão dos distritos seguiu a divisão adotada pela SMS e o registro de pacientes de cada unidade participante.

A apresentação dos resultados segue a divisão realizada na metodologia, levando em consideração o instrumento utilizado e a análise de dados. Como alguns dados dos instrumentos foram cruzados entre si, estes resultados foram incluídos como uma última parte dos dados obtidos destas análises.

Primeiramente são apresentados os dados de caracterização da amostra, seguido da avaliação do EN das crianças e seus responsáveis, do QAC, da Escala de Crenças sobre Dieta e do IQD-R das crianças e dos responsáveis. Por fim, são apresentados alguns resultados referentes à relação entre os dados destes últimos quatro instrumentos.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A caracterização das crianças participantes deste estudo foi realizada de acordo com o sexo, faixa etária, período em que estudava e raça/cor referida (podendo ser referida pela própria criança ou seu responsável), conforme apresentado na Tabela 4. No caso das crianças, houve uma discrepância pequena entre a participação de crianças do sexo feminino e masculino, sendo 58,5% (n=96) e 41,5% (n=68), respectivamente. Como o intervalo de idade foi pequeno (de seis a dez anos não completos), o grupo foi distribuído em apenas duas faixas etárias: “crianças de seis-sete anos” e “crianças de oito-nove anos” (os dois grupos apresentam o mesmo número de participantes, n=82).

A coleta de dados foi realizada nos dois períodos em que as unidades de saúde funcionam (manhã e tarde), possibilitando encontrar crianças que estudassem tanto no período da manhã (45,7%; n=75) quanto da tarde (54,3%; n=89).

A raça/cor referida pela criança ou pelo responsável em relação à criança nem sempre era a mesma que do responsável, apresentando uma pequena variação de valores das respostas quando comparadas, mas mantendo a mesma sequência entre as opções mais escolhidas (frequência de resposta: Branca: 43,3%; n=71. Parda: 41,5%; n=68. Preta: 14,0%; n=23. Indígena: 1,2%; n=2).

Tabela 4 – Caracterização de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, segundo sexo, faixa etária, período em que estudavam e raça/cor, Ribeirão Preto, 2016.

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	96	58,5
Masculino	68	41,5
Faixa etária		
6-7 anos	82	50,0
8-9 anos	82	50,0
Período em que estudava		
Manhã	75	45,7
Tarde	89	54,3
Raça/cor		
Branca	71	43,3
Preta	23	14,0
Parda	68	41,5
Indígena	2	1,2

Fonte: Próprio autor.

As escolaridades das mães e dos pais das crianças estão apresentadas respectivamente na Tabela 5.

Com relação à escolaridade das mães das crianças, a maior parte (56,7%; n=93) frequentou até o ensino médio; 25,0% das mães (n=41) frequentaram até o ensino fundamental de 5ª a 8ª série; 9,8% das mães (n=16) frequentaram até o ensino superior; 6,7% das mães (n=11) frequentaram apenas até o ensino fundamental de 1ª a 4ª série, 1,2% das mães (n=2) não frequentaram escola e apenas uma mãe (0,6%) frequentou até o ensino médio especial (o antigo supletivo).

A escolaridade do pai das crianças obteve maior variação de respostas, sendo que a maior frequência foi de pais que frequentaram até o ensino médio (37,8%; n=62), seguida do ensino fundamental de 5ª a 8ª série (32,9%; n=54) e ensino fundamental de 1ª a 4ª série (7,9%; n=13). Apenas 3,1% dos pais (n=5) frequentaram ensino superior e também 3,1% dos pais (n=5) não frequentaram escola. Tiveram dois pais (1,2%) que frequentaram ensino médio especial e dois pais (1,2%) que frequentaram classe alfabetizada. Restaram 12,8% dos pais (n=21) sem resposta para escolaridade, pois o responsável pela criança que estava respondendo a pesquisa não soube informar, por não ter contato com o mesmo (por motivo de falecimento ou separação dos pais).

Tabela 5 – Frequência absoluta e relativa da escolaridade das mães (n=164) e dos pais (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

Variável	n	%
Escolaridade da mãe		
Ensino fundamental 1ª a 4ª série	11	6,7
Ensino fundamental 5ª a 8ª série	41	25,0
Ensino médio	93	56,7
Ensino médio especial	1	0,6
Ensino superior	16	9,8
Nenhum	2	1,2
Escolaridade do pai		
Classe alfabetizada	2	1,2
Ensino fundamental 1ª a 4ª série	13	7,9
Ensino fundamental 5ª a 8ª série	54	32,9
Ensino médio	62	37,8
Ensino médio especial	2	1,2
Ensino superior	5	3,1
Nenhum	5	3,1
Não soube responder	21	12,8

Fonte: Próprio autor.

A Tabela 6 apresenta os dados de caracterização da amostra dos responsáveis pelas crianças em relação ao sexo, faixa etária, situação familiar/conjugal (em frequência absoluta e relativa, respectivamente), raça/cor (autor referida), nível de escolaridade mais alta que o indivíduo cursava ou cursou e sua situação atual no mercado de trabalho (no momento da entrevista). Nota-se que 96,3% (n=158) dos responsáveis participantes eram do sexo feminino e apenas 3,7% (n=6) eram do sexo masculino. A idade dos responsáveis variou entre 18 e 75 anos, com média de 39,5 anos (DP±12,1), sendo dividida em faixas etárias (18-29 anos; 30-44 anos; 45-59 anos e 60 anos ou mais). A faixa etária mais predominante foi de 30-44 anos (53,7%; n=88), seguida da faixa etária de 18-24 anos (20,7%; n=34), depois da faixa etária de 45-59 anos (15,8%; n=26) e por último da faixa etária de 60 anos ou mais (9,8%; n=16). Em relação à situação familiar/conjugal, 64,6% dos participantes (n=106) declararam ser casados (as) ou conviver com companheiros (as), 16,5% dos participantes (n=27) declararam ser solteiros (as), 12,8% dos participantes (n=21) se declararam divorciados (as) e apenas 6,1% dos participantes (n=10) declararam serem viúvos (as).

A raça/cor auto referida mais prevalente foi branca (42,1%; n=69), seguido da parda (32,3%; n=53) e preta (24,4%; n=40), apenas um dos participantes (0,6%) declarou ser de raça/cor amarela e apenas um participante (0,6%) se declarou indígena.

A escolaridade dos responsáveis ficou mais concentrada entre ensino fundamental (de 1ª a 4ª série e 5ª a 8ª série) a ensino médio. Sendo ensino médio primeiro (50,6%; n=83), depois ensino fundamental de 5ª a 8ª série (26,9%; n=44) e o terceiro mais prevalente o ensino fundamental de 1ª a 4ª série (14,0%; n=23). O ensino superior foi a quarta escolaridade mais prevalente (7,3%; n=12). A opção de resposta menos frequente foi a de nunca ter frequentado escola (1,2%; n=2).

A situação no mercado de trabalho dos responsáveis foi a questão que mais obteve variação de resposta, ficando entre as respostas mais prevalentes: “assalariado com carteira de trabalho assinada” (26,8%; n=44), “não trabalha” (19,5%; n=32), “desempregado” (17,1%; n=28) e “autônomo sem previdência social” (14,6%; n=24), respectivamente. Ainda apareceram como resposta as seguintes opções: “aposentado/pensionista” (8,5%; n=14), “assalariado sem carteira de trabalho assinada” (6,1%; n=10), “autônomo com previdência social” (4,3%; n=7) e “outros tipos de vínculo empregatício” (3,1%; n=5) que não apareciam especificamente como opção de resposta.

Tabela 6 – Caracterização dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, segundo sexo, faixa etária, situação familiar/conjugal, raça/cor, escolaridade e situação de trabalho, Ribeirão Preto, 2016. (continua)

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	158	96,3
Masculino	6	3,7
Faixa etária		
18-29 anos	34	20,7
30-44 anos	88	53,7
45-59 anos	26	15,8
60 anos ou mais	16	9,8
Situação familiar/conjugal		
Solteiro (a)	27	16,5
Casado (a) / Convive com companheiro (a)	106	64,6
Divorciado (a)	21	12,8
Viúvo (a)	10	6,1
Raça/cor		
Branca	69	42,1
Preta	40	24,4
Parda	53	32,3
Amarela	1	0,6
Indígena	1	0,6

Tabela 6 – Caracterização dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, segundo sexo, faixa etária, situação familiar/conjugal, raça/cor, escolaridade e situação de trabalho, Ribeirão Preto, 2016. (conclusão)

Variável	n	%
Escolaridade		
Ensino fundamental 1ª a 4ª série	23	14,0
Ensino fundamental 5ª a 8ª série	44	26,9
Ensino médio	83	50,6
Ensino superior	12	7,3
Nenhum	2	1,2
Situação de trabalho		
Assalariado (com carteira assinada)	44	26,8
Assalariado (sem carteira assinada)	10	6,1
Autônomo com previdência	7	4,3
Autônomo sem previdência	24	14,6
Aposentado/pensionista	14	8,5
Desempregado	28	17,1
Não trabalha	32	19,5
Outro	5	3,1

Fonte: Próprio autor.

Nem sempre a mãe é o principal ou único responsável pela alimentação da criança e quem acompanha a criança até a unidade de saúde. Na Tabela 5 é possível observar que 75,0% (n=123) dos responsáveis participantes eram mães e que outros parentes também relataram ser o indivíduo mais frequente no cuidado com a alimentação da criança, principalmente as avós que representaram 17,1% (n=28) dos responsáveis participantes deste estudo. Ainda, participaram como responsáveis seis pais (3,6%) e outros sete (4,3%) familiares (tia ou irmã da criança).

Tabela 7 – Frequência do grau de parentesco dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

Parentesco	n	%
Mãe	123	75,0
Pai	6	3,6
Avó	28	17,1
Outros	7	4,3

Fonte: Próprio autor.

Foi questionada também aos responsáveis a ocorrência de algumas das principais DCNT entre os parentes próximos da criança (pais, irmãos, avós e tios), sendo a frequência de ocorrência dessas patologias apresentada na Tabela 8. A HAS foi a DCNT mais frequente

entre as famílias, 62,8% (n=103) das crianças possuíam um parente próximo com HAS; seguida do DM com 46,3% (n=76). A presença de parentes próximos à criança com algum tipo de Dislipidemia foi relatada em 31,1% (n=51) das famílias.

Tabela 8 – Frequência de algumas das principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (*Diabetes Mellitus*, Hipertensão Arterial e Dislipidemia) nos parentes próximos (pais, irmãos, avós, tios) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

Patologia	n	%
<i>Diabetes Mellitus</i>		
Sim	76	46,3
Não	88	53,7
Hipertensão Arterial		
Sim	103	62,8
Não	61	37,2
Dislipidemia		
Sim	51	31,1
Não	113	68,9

Fonte: Próprio autor.

A classificação econômica das famílias realizada de acordo com o CCEB variou entre as classes B1 (6,1%; n=10) até a classe D-E (14,0%; n=23), ficando mais concentrada entre as classes B2, C1 e C2 com 25,0 % (n=41), 28,05% (n=46) e 26,83% (n=44) respectivamente (Figura 1).

Figura 1 – Frequência relativa da classificação econômica das famílias (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, segundo Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), Ribeirão Preto, 2016.

Fonte: Próprio autor.

4.2 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

Primeiro são apresentados os resultados da avaliação do EN das crianças, que foi realizada seguindo os três parâmetros estabelecidos pela OMS para a faixa etária deste estudo: IMC-para-idade, peso-para-idade e estatura-para-idade (OMS, 2007).

A classificação do EN das crianças foi realizada levando em consideração as curvas de crescimento da OMS (2007), que é atualmente a referência utilizada pelo MS em todo o Brasil. Esta classificação se dá através da determinação de escores de pontos críticos de controle, gerando para cada escore uma classificação (respeitando a idade da criança em anos e meses, seguindo as regras estabelecidas pela OMS). A Figura 2 mostra a frequência relativa da classificação do EN, segundo IMC-para-idade, de todas as crianças com idade entre seis e dez anos não completos, participantes deste estudo (n=164), destacando-se a maior prevalência na classificação de eutrofia (62,2%; n=102), seguida de sobrepeso (18,3%; n=30), obesidade (11,0%; n=18), obesidade grave (4,9%; n=8) e magreza (3,0%; n=5). Apenas uma criança apresentou magreza acentuada, representando 0,6%.

Figura 2 – Frequência relativa da classificação do Estado Nutricional de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, de acordo com o parâmetro IMC-para-idade, segundo critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007), Ribeirão Preto, 2016.

Fonte: Próprio autor.

O segundo parâmetro que foi utilizado para avaliação do EN das crianças é o “peso-para-idade”. Nele, 80,5% (n=132) das crianças apresentaram peso adequado para a idade, 18,9% (n=31) apresentaram peso elevado para a idade e apenas uma criança (0,6%) apresentou baixo peso para a idade. Por último, foi realizada a avaliação do EN das crianças pelo parâmetro “estatura-para-idade”. Neste parâmetro quase todas as crianças (99,4%;

n=163) obtiveram classificação de estatura adequada para a idade. E uma criança (0,6%) apresentou muito baixa estatura para a idade.

Foi realizada a divisão dos indivíduos (crianças e responsáveis) pelo distrito em que os mesmos residiam para verificar se havia diferença entre as regiões da cidade que participaram do estudo (norte, oeste e leste) em relação ao EN.

Na Figura 3 é possível ver, dentro da classificação do EN das crianças, cada distrito do município separadamente, qual foi a frequência das classificações de EN dentro de cada um dos três distritos (norte, oeste e leste). Os dados dos distritos nesta divisão são apresentados em frequência relativa, pois os grupos possuem números de participantes diferentes (norte: 66; oeste: 73 e leste: 25), seguindo a porcentagem referente ao número de crianças cadastradas dentro de cada distrito, o que impossibilita compará-los por meio de frequência absoluta.

A maior discrepância se deu no distrito leste, com uma frequência de obesidade maior que os outros dois distritos (leste: 24%; oeste: 6,8% e norte: 10,6%), sendo compensada de uma forma mais discreta com uma menor frequência nas demais classificações, principalmente em eutrofia (norte: 62,1%; oeste: 64,4% e leste: 56,0%) e sobrepeso (norte: 24,2%; oeste: 15,1% e leste: 12,0%), conforme apresentado na Figura 5. Ainda aparecem as classificações de obesidade grave (norte: 3,0%; oeste: 6,8% e leste: 4,0%), magreza (oeste: 5,5% e leste: 4,0%) e magreza acentuada (oeste: 1,4% e leste: 0%).

Figura 3 – Frequência relativa da classificação do Estado Nutricional de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separadas pelos distritos (norte, oeste e leste), de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC), segundo critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007), Ribeirão Preto, 2016.

Fonte: Próprio autor.

Os responsáveis foram separados em três categorias de acordo com a idade, para classificação do EN. Entre eles havia um indivíduo (0,6%) considerado adolescente (com 18 anos e dez meses); indivíduos entre 20 e 59 anos (adultos) foram 147 (89,6%) e indivíduos com 60 anos ou mais (idosos) foram 16 (9,8%). A avaliação do EN dos responsáveis foi realizada apenas através do cálculo do IMC e classificado segundo critérios da OMS, respeitando os pontos de corte de cada faixa etária (para adultos: OMS, 2000; para adolescentes: OMS, 2007; para idosos: Lipschitz, 1994), com exceção do responsável considerado adolescente, que também foi usada a classificação de estatura-para-idade.

A Figura 4 apresenta a frequência relativa de classificação do EN dos indivíduos responsáveis pelas crianças considerados adultos (n=147) residentes na área de abrangência das USF de Ribeirão Preto, segundo seu IMC (OMS, 2000). Se somadas as três classificações de obesidade, esta superaria a frequência das demais classificações, atingindo 36,7% (n=54) dos adultos participantes (Obesidade Grau I: 23,1% (n=34); Obesidade Grau II: 9,5% (n=14); Obesidade Grau III: 4,1% (n=6)), seguida da classificação de sobrepeso (32,7%; n=48) e por último, a classificação de eutrofia (29,9%; n=44). Apenas um indivíduo adulto (0,7%) apresentou Desnutrição Grau I.

Figura 4 – Frequência relativa da classificação do Estado Nutricional dos responsáveis adultos (n=147) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC) segundo critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000), Ribeirão Preto, 2016.

Fonte: Próprio autor.

Entre os 16 responsáveis considerados idosos (com 60 anos ou mais), a maioria (87,5%; n=14) estava acima do peso (sobrepeso) e apenas 12,5% (n=2) estavam com peso adequado (eutrofia), segundo pontos de corte de IMC estabelecidos por Lipschitz (1994) e adotados como parâmetro pela OMS. O único responsável considerado adolescente (com 18 anos e dez meses) estava com IMC e estatura adequados para sua idade segundo as curvas de crescimento de IMC-para-idade e estatura-para-idade (OMS, 2007).

Para possibilitar uma melhor visualização do EN de todos os responsáveis (n=164), assim como a divisão desta variável entre os distritos (norte, oeste e leste), a classificação do EN, segundo o IMC, das três faixas etárias (adolescente, adultos e idosos), ou seja, todos os indivíduos denominados “responsáveis” foram unidos na Figura 5. Nela é possível observar que a distribuição da classificação é muito semelhante à Figura 4 (referente ao EN dos adultos), a qual se refere à faixa etária com o maior número de indivíduos “responsáveis” (89,6%; n=147).

Como a classificação de EN de idosos não apresenta diferenciação de sobrepeso e obesidade, os indivíduos que foram classificados com “sobrepeso” desta faixa etária permaneceram na Figura 6 dentro da classificação de “sobrepeso”. O único indivíduo adolescente foi mantido na classificação de “eutrofia”. Na classificação do EN dos indivíduos adultos (n=147) não houve alteração entre a Figura 4 e Figura 5.

Com esta junção da classificação do EN, a Figura 5 apresenta os dados de classificação do EN de todos os indivíduos denominados “responsáveis” (n=164). Mantendo-se como mais prevalente a classificação de sobrepeso (32,9%; n=54), seguida de eutrofia (28,6%; n=47), obesidade grau I (22,6%; n=37), obesidade grau II (9,8%; n=16), obesidade grau III (5,5%; n=9) e desnutrição grau I (0,6%; n=1). Se somadas as classificações de obesidade, estas representariam 37,9% (n=62) dos indivíduos responsáveis, ultrapassando a classificação de sobrepeso (32,9%; n=54), assim como ocorre na Figura 4.

Figura 5 – Frequência relativa da classificação do Estado Nutricional dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC), segundo critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000; 2007) e Lipschitz (1994), Ribeirão Preto, 2016.

Fonte: Próprio autor.

Assim como foi realizada a divisão por distritos da classificação do EN das crianças, foi feita a divisão dentro da classificação do EN dos responsáveis, apresentada na Figura 6.

A Figura 6 mostra que o distrito leste teve uma diferença mais acentuada na classificação do EN dos responsáveis quando comparado com os outros distritos dentro das classificações de sobrepeso (leste: 48% (n=12); oeste: 27,4% (n=20) e norte: 33,3% (n=22)) e obesidade grau I (leste: 8% (n=2); oeste: 23,3% (n=17) e norte: 27,3% (n=18)). A classificação de desnutrição grau I só apareceu no distrito oeste (representando 1,4% (n=1) de seus participantes). Houve uma variação entre a porcentagem de indivíduos eutróficos nos três distritos (norte: 22,7% (n=15); oeste: 34,2% (n=25) e leste: 28% (n=7)). Entre as classificações de obesidade grau II e obesidade grau III, as frequências foram mais parecidas entre os distritos, variando mais na classificação de obesidade grau II (norte: 10,6% (n=7); oeste: 8,2% (n=6) e leste: 12% (n=3)) em comparação à variação dentro da classificação de obesidade grau III (norte: 6,1% (n=4); oeste: 5,5% (n=4) e leste: 4% (n=1)).

Figura 6 – Frequência relativa da classificação do Estado Nutricional dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separadas pelos distritos (norte, oeste e leste), de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC), segundo critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000; 2007) e Lipschitz (1994), Ribeirão Preto, 2016.

Fonte: Próprio autor.

Após a classificação do EN das crianças e dos responsáveis, de acordo com o IMC, foram criadas três categorias de classificação de EN (adaptada) a fim de possibilitar a comparação entre os dois grupos (crianças e responsáveis) e também entre alguns dados dos demais instrumentos utilizados neste trabalho. Estas classificações são: “abaixo do peso” (para classificações de desnutrição grau I, magreza e magreza acentuada), “peso adequado” (para eutrofia) e “acima do peso” (para classificações de sobrepeso, excesso de peso, obesidade, obesidade grave, obesidade grau I, obesidade grau II e obesidade grau III).

A Tabela 9 mostra a classificação adaptada do EN dos dois grupos (crianças e responsáveis). Nota-se que um número muito alto de responsáveis (70,8%; n=116) está acima

do peso e 28,6% (n=47) dos responsáveis estão com peso adequado. Embora a maioria das crianças apresentasse peso adequado (62,2%; n=102) muitas crianças já se encontravam com peso elevado (n=56; 34,2%). Apenas um responsável (0,6%) apresentou baixo peso, enquanto que seis crianças (3,6%) tiveram essa classificação de baixo peso.

Tabela 9 – Frequência absoluta e relativa da classificação adaptada do Estado Nutricional de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164) e seus responsáveis (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

Estado Nutricional (adaptado)	n	%
Criança		
Abaixo do peso	6	3,6
Peso adequado	102	62,2
Acima do peso	56	34,2
Responsável		
Abaixo do peso	1	0,6
Peso adequado	47	28,6
Acima do peso	116	70,8

Fonte: Próprio autor.

Para a classificação adaptada de EN das crianças, foram verificados quantos dos respectivos responsáveis se encontravam na mesma classificação adaptada de EN e nas demais classificações, conforme apresentado na Tabela 10.

Destaca-se que entre as 102 crianças (100%) que apresentavam o peso adequado, 33,3% (n=34) dos seus respectivos responsáveis também estavam com o peso adequado, 65,7% (n=67) dos responsáveis estavam acima do peso e apenas um responsável (1%) estava abaixo do peso. Já das 56 crianças (100%) que estavam acima do peso, 82,1% (n=46) dos responsáveis também estavam acima do peso, 17,9% (n=10) estavam com peso adequado e nenhum abaixo do peso. Entre as seis crianças (100%) que estavam abaixo do peso, três responsáveis (50%) estavam com peso adequado e três responsáveis (50%) estavam acima do peso.

Tabela 10 – Classificação adaptada do Estado Nutricional de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164) e seus respectivos responsáveis (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

Estado nutricional (criança)	Estado nutricional (responsável)			Total	Valor-p*
	Abaixo do peso	Peso adequado	Acima do peso		
Abaixo do peso	0	3	3	6	<0,01
Peso adequado	1	34	67	102	
Acima do peso	0	10	46	56	
Total	1	47	116	164	

*Teste de McNemar. Nível de significância de 5%.

Fonte: Próprio autor.

4.3 QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

O QAC é dividido em sete fatores, sendo que quatro fatores medem as crenças dos pais em relação à obesidade em crianças e três fatores medem as práticas e atitudes de controle dos pais em relação a sua criança (BIRCH et al., 2001).

A análise do QAC foi feita a partir da média do escore total de todos os indivíduos para cada questão, sendo atribuídos valores 1, 2, 3, 4 ou 5 respectivamente, para as cinco opções de resposta. Os resultados do QAC são apresentados em frequência absoluta e relativa de respostas para cada questão, separadas pelos sete fatores.

A Tabela 11 apresenta o fator “Percepção de Responsabilidade” (relacionado às questões 1, 2 e 3 do questionário). A primeira questão (PR1) perguntava sobre a frequência com que o entrevistado se considerava responsável pela alimentação de sua criança quando a mesma está em casa; 64,0% dos responsáveis (n=105) consideraram-se “sempre” responsáveis. A questão dois (PR2) era relacionada à frequência com que o entrevistado se via responsável por decidir o tamanho da porção de alimento que a criança consome, sendo que 48,2% dos entrevistados (n=79) assumiram “sempre” tomar esta decisão. A terceira questão (PR3) revelou que 54,9% dos entrevistados (n=90) assumiram “sempre” decidir se a criança come o tipo correto de comida.

Tabela 11 – Frequência absoluta e relativa das respostas ao fator “Percepção de Responsabilidade” do Questionário de Alimentação da Criança (QAC), pelos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

Percepção de Responsabilidade	PR1 ^a		PR2 ^b		PR3 ^c	
	n	%	n	%	n	%
Nunca	1	0,6	10	6,1	5	3,1
Raramente	3	1,8	10	6,1	12	7,3
Metade do tempo	25	15,2	24	14,6	22	13,4
Maior parte do tempo	30	18,4	41	25,0	35	21,3
Sempre	105	64,0	79	48,2	90	54,9

^a PR1= Quando sua criança está em casa, com que frequência você é responsável por alimentá-la?

^b PR2= Com qual frequência você é responsável por decidir qual é o tamanho da porção de sua criança?

^c PR3= Com qual frequência você é responsável por decidir se sua criança come o tipo correto de comida?

Fonte: Próprio autor.

No fator “Percepção do Peso dos Pais” (relacionado às questões 4, 5, 6 e 7 do questionário), no qual o responsável relatava sua própria percepção de peso em diferentes fases da vida, a maior parte dos responsáveis se considerou com “peso normal” em todas as fases questionadas.

Os resultados revelam que 68,3% (n=112) dos responsáveis se consideraram com “peso normal” em sua infância (PPP1), 74,4% (n=122) consideraram estar com “peso normal” em sua adolescência (PPP2), 76,8% (n=126) se consideraram com “peso normal” aos 20 anos (PPP3). Somente com relação ao peso atual (PPP4) houve uma diferença de frequência de resposta, sendo a opção mais selecionada entre os responsáveis “acima do peso” (n=70; 42,7%).

A Tabela 12 mostra a frequência de resposta das questões referentes ao fator “Percepção de Peso dos Pais”.

Tabela 12 – Frequência absoluta e relativa das respostas ao fator “Percepção de Peso dos Pais” do Questionário de Alimentação da Criança (QAC), pelos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, 2016.

Percepção do Peso dos Pais	PPP1 ^a		PPP2 ^b		PPP3 ^c		PPP4 ^d	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito abaixo do peso	16	9,8	6	3,7	1	0,6	1	0,6
Abaixo do peso	23	14,0	17	10,4	11	6,7	0	0,0
Normal	112	68,3	122	74,4	126	76,8	62	37,8
Acima do peso	11	6,7	14	8,5	22	13,4	70	42,7
Muito acima do peso	2	1,2	5	3,0	4	2,5	31	18,9

^a PPP1= Sua infância (5 a 10 anos de idade).

^b PPP2= Sua adolescência.

^c PPP3= Seus 20 anos.

^d PPP4= Atualmente.

Fonte: Próprio autor.

Na Tabela 13 pode ser observada a frequência de resposta para as questões do fator “Percepção do Peso da Criança”, relatada pelo responsável, (relacionado às questões 8, 9 e 10 do questionário), tendo 79,9% (n=131) dos responsáveis considerado que sua criança no primeiro ano de vida (PPC1) tinha “peso normal”, 78,0% (n=128) dos responsáveis consideraram que sua criança tinha “peso normal” de 1 a 2 anos de idade (PPC2) e também 78,0% (n=128) dos responsáveis consideraram que sua criança tinha “peso normal” na pré-escola (PPC3).

Este fator ainda apresenta outras três questões (11, 12 e 13) relacionadas a outras fases da vida da criança (da pré-escola a 2ª série; da 3ª a 5ª série; 6ª a 8ª série), mas que não serão apresentadas aqui, assim como ocorreu em outros estudos realizados com crianças na mesma faixa etária, pois nem todas as crianças apresentam respostas para todas as fases questionadas neste fator (MIRANDA, 2013; LORENZATO, 2012). As crianças com nove anos completos estão no máximo na quarta série, já algumas com seis anos ainda estão na pré-escola ou primeiro ano.

Tabela 13 – Frequência absoluta e relativa das respostas ao fator “Percepção do Peso da Criança” do Questionário de Alimentação da Criança (QAC), pelos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

Percepção do Peso da Criança	PPC1 ^a		PPC2 ^b		PPC3 ^c	
	n	%	n	%	n	%
Muito abaixo do peso	1	0,6	1	0,6	0	0,0
Abaixo do peso	16	9,8	18	11,0	16	9,8
Normal	131	79,9	128	78,0	128	78,0
Acima do peso	15	9,1	16	9,8	19	11,6
Muito acima do peso	1	0,6	1	0,6	1	0,6

^a PPC1= Sua criança durante o primeiro ano de vida.

^b PPC2= Sua criança de 1 a 2 anos.

^c PPC3= Sua criança na pré-escola.

Fonte: Próprio autor.

O fator “Preocupação com o Peso da Criança” (relacionado às questões 14, 15 e 16 do questionário) mostrou que 32,9% (n=54) dos responsáveis se consideram “despreocupados” em relação à criança comer muito quando ele não está por perto (PrPC1) e que 33,5% (n=55) dos responsáveis se consideram “despreocupados” sobre sua criança ter que fazer dieta para manter um peso desejável (PrPC2). Entretanto parte significativa dos responsáveis (47,5%; n=78) se declararam “muito preocupado” em sua criança ficar acima do peso (PrPC3). A Tabela 14 mostra detalhadamente a frequência de respostas para cada uma das três questões dentro do fator “Preocupação com o Peso da Criança”.

Tabela 14 – Frequência absoluta e relativa das respostas ao fator “Preocupação com o Peso da Criança” do Questionário de Alimentação da Criança (QAC), pelos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

Preocupação com o Peso da Criança	PrPC1 ^a		PrPC2 ^b		PrPC3 ^c	
	n	%	n	%	n	%
Despreocupado	54	32,9	55	33,5	40	24,4
Um pouco preocupado	26	15,9	15	9,2	11	6,7
Preocupado	22	13,4	30	18,3	19	11,6
Bem preocupado	17	10,4	25	15,2	16	9,8
Muito preocupado	45	27,4	39	23,8	78	47,5

^a PrPC1= O quanto você se preocupa sobre a sua criança comer muito quando você não está perto dela?

^b PrPC2= O quanto você se preocupa sobre sua criança ter que fazer dieta para manter um peso desejável?

^c PrPC3= O quanto você se preocupa sobre sua criança ficar acima do peso?

Fonte: Próprio autor.

A Tabela 15 apresenta a frequência de resposta das oito questões (17, 18 19, 20, 21, 22 e 24) referentes ao fator “Restrição”. Destaca-se que para as primeiras três questões, grande parte dos responsáveis “concorda” ter certeza de que suas crianças não comem muitos doces (R1A: 49,4%; n=81), que suas crianças não comem muitos alimentos altamente

calóricos (R1B: 43,9%; n=72) e que suas crianças não comem muito de seus alimentos preferidos (R1C: 37,8%; n=62).

Com relação a manter alguns alimentos intencionalmente fora do alcance da criança (R2), 43,3% (n=71) dos responsáveis afirmaram “discordar” disto, ou seja, afirmam não realizar esta prática. A maior parte (76,8%; n=126) dos responsáveis “discorda” que oferece doces como recompensa por um bom comportamento (R3A) e também 70,1% (n=115) dos responsáveis “discordam” oferecer para sua criança o seu alimento preferido em troca de um bom comportamento (R3B). Ainda é possível observar que grande parte dos responsáveis (61,6%; n=101) “concorda” que devem orientar ou regular o que sua criança come, senão a mesma comeria muitas guloseimas (R4A). E 61,0% (n=100) dos responsáveis ainda “concordam” que devem orientar ou regular o que sua criança come, ou ela comeria muito de sua comida preferida (R4B).

Tabela 15 – Frequência absoluta e relativa das respostas ao fator “Restrição” do Questionário de Alimentação da Criança (QAC), pelos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

Restrição	R1A ^a		R1B ^b		R1C ^c		R2 ^d	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Discordo	29	17,6	28	17,1	27	16,5	71	43,3
Discordo levemente	6	3,7	11	6,7	14	8,5	3	1,8
Neutro	21	12,8	26	15,8	36	22,0	20	12,2
Concordo levemente	27	16,5	27	16,5	25	15,2	20	12,2
Concordo	81	49,4	72	43,9	62	37,8	50	30,5

Restrição	R3A ^e		R3B ^f		R4A ^g		R4B ^h	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Discordo	126	76,8	115	70,1	29	17,7	21	12,8
Discordo levemente	4	2,4	5	3,1	5	3,0	8	4,9
Neutro	8	4,9	11	6,7	7	4,3	12	7,3
Concordo levemente	9	5,5	14	8,5	22	13,4	23	14,0
Concordo	17	10,4	19	11,6	101	61,6	100	61,0

^a R1A= Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muitos doces (balas, sorvete, bolos ou tortas).

^b R1B= Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muitos alimentos altamente calóricos.

^c R1C= Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muito de seus alimentos preferidos.

^d R2= Eu intencionalmente mantenho algumas comidas fora do alcance da minha criança.

^e R3A= Eu ofereço doces (balas, sorvete, bolos, tortas) para a minha criança como recompensa por um bom comportamento.

^f R3B= Eu ofereço para minha criança seu alimento preferido em troca de um bom comportamento.

^g R4A= Se eu não orientar ou regular o que minha criança come, ela iria comer muita porcaria.

^h R4B= Se eu não orientar ou regular o que minha criança come ela iria comer muito de sua comida preferida.

Fonte: Próprio autor.

As frequências de respostas das questões referentes ao fator “Pressão para Comer” (referentes às questões 25, 26, 27 e 28 do questionário) estão apresentadas detalhadamente na Tabela 16. É possível observar que 47,5% (n=78) dos responsáveis “concordam” que sua

criança deveria comer toda a comida do seu prato (PC1) e 56,1% (n=92) dos responsáveis “concordam” que precisam ser muito cuidadosas para ter certeza de que a sua criança come o suficiente (PC2). Contudo, 36,0% (n=59) dos responsáveis “discordam” que pressionam sua criança a comer mesmo quando ela diz que está sem fome (PC3). Além disso, a maior parte dos responsáveis (49,4%; n=81) “concorda” que se eles não guiarem ou regularem o que sua criança come, a mesma poderia comer muito menos do que deveria (PC4).

Tabela 16 – Frequência absoluta e relativa das respostas ao fator “Pressão para Comer” do Questionário de Alimentação da Criança (QAC), pelos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

Pressão para comer	PC1 ^a		PC2 ^b		PC3 ^c		PC4 ^d	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Discordo	38	23,2	22	13,4	59	36,0	48	29,3
Discordo levemente	8	4,9	5	3,0	10	6,1	3	1,8
Neutro	13	7,9	17	10,4	17	10,4	14	8,5
Concordo levemente	27	16,5	28	17,1	27	16,4	18	11,0
Concordo	78	47,5	92	56,1	51	31,1	81	49,4

^a PC1= Minha criança deveria comer toda a comida de seu prato.

^b PC2= Eu tenho que ser muito cuidadoso para ter certeza de que minha criança come o suficiente.

^c PC3= Se minha criança diz “Eu não estou com fome”, eu tento fazer ela comer mesmo assim.

^d PC4= Se eu não guiar ou regular o que minha criança come, ela poderia comer muito menos do que deveria.

Fonte: Próprio autor.

O último fator do QAC, “Monitoramento” (relacionado às questões 29, 30 e 31 do questionário), está apresentado detalhadamente na Tabela 17. Dentro deste fator, 41,5% (n=68) dos responsáveis acreditam que “sempre” devem manter o controle sobre o quanto sua criança consome de doces (M1) e 41,5% (n=68) dos responsáveis acreditam que “sempre” devem manter o controle sobre o quanto sua criança consome de lanches (M2). Grande parte dos responsáveis (42,7%; n=70), também acreditam que “sempre” devem manter o controle sobre o quanto sua criança consome de alimentos altamente calóricos (M3).

Tabela 17 – Frequência absoluta e relativa das respostas ao fator “Monitoramento” do Questionário de Alimentação da Criança (QAC), pelos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

Monitoramento	M1 ^a		M2 ^b		M3 ^c	
	n	%	n	%	n	%
Nunca	19	11,6	16	9,8	23	14,0
Raramente	16	9,8	14	8,5	13	7,9
Às vezes	36	21,9	34	20,7	35	21,4
Maior parte do tempo	25	15,2	32	19,5	23	14,0
Sempre	68	41,5	68	41,5	70	42,7

^a M1= O quanto você mantém o controle dos doces (balas, sorvetes, bolos, tortas) que sua criança come?

^b M2= O quanto você mantém o controle dos lanches (batatas, salgadinhos) que sua criança come?

^c M3= O quanto você mantém o controle dos alimentos altamente calóricos que sua criança come?

Fonte: Próprio autor.

Após a descrição da frequência de resposta das questões de cada um dos sete fatores do QAC são apresentadas na Tabela 18 os valores de média, desvio padrão, valores mínimo, mediana e máximo, dos sete fatores.

Tabela 18 – Valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo de resposta dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, dos sete fatores do Questionário de Alimentação da Criança (QAC), Ribeirão Preto, 2016.

Fator	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Percepção de Responsabilidade	4,2	0,80	1,3	4,3	5,0
Percepção de Peso dos Pais	3,2	0,50	2,0	3,2	5,0
Percepção do Peso da Criança	3,0	0,44	1,7	3,0	5,0
Preocupação com o Peso da Criança	3,1	1,31	1,0	3,2	5,0
Restrição	3,2	0,82	1,0	3,3	4,6
Pressão para Comer	3,5	1,20	1,0	3,7	5,0
Monitoramento	3,7	1,28	1,0	4,0	5,0

Fonte: Próprio autor.

A seguir, foi realizada a separação destes dados por distrito (norte, oeste e leste) para verificar se haveria alguma diferença significativa entre as pontuações dos sete fatores do QAC que pudessem ser influenciados pela região (distrito) onde as famílias residiam (Tabela 19).

Tabela 19 – Valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo das respostas dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, dos sete fatores do Questionário de Alimentação da Criança (QAC), separados por distrito (norte, oeste e leste), Ribeirão Preto, 2016. (continua)

Setor	Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Norte	Percepção de Responsabilidade	4,0	0,87	1,3	4,3	5,0
	Percepção de Peso dos Pais	3,2	0,43	2,0	3,2	4,2
	Percepção do Peso da Criança	3,0	0,45	2,0	3,0	5,0
	Preocupação com o Peso da Criança	2,6	1,31	1,0	2,3	5,0
	Restrição	3,0	0,91	1,0	3,1	4,6
	Pressão para Comer	3,4	1,35	1,0	4,0	5,0
	Monitoramento	3,4	1,31	1,0	3,7	5,0
Oeste	Percepção de Responsabilidade	4,3	0,75	1,3	4,3	5,0
	Percepção de Peso dos Pais	3,1	0,57	2,0	3,0	5,0
	Percepção do Peso da Criança	2,9	0,43	1,7	3,0	4,0
	Preocupação com o Peso da Criança	3,4	1,19	1,0	3,7	5,0
	Restrição	3,3	0,77	1,0	3,5	4,6
	Pressão para Comer	3,7	0,96	1,5	3,7	5,0
	Monitoramento	3,8	1,13	1,0	4,0	5,0

Tabela 19 – Valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo de resposta dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, dos sete fatores do Questionário de Alimentação da Criança (QAC), separados por distrito (norte, oeste e leste), Ribeirão Preto, 2016. (conclusão)

Setor	Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
	Percepção de Responsabilidade	4,4	0,71	2,3	4,3	5,0
	Percepção de Peso dos Pais	3,1	0,42	2,2	3,2	4,0
	Percepção do Peso da Criança	3,1	0,43	2,3	3,0	4,0
Leste	Preocupação com o Peso da Criança	3,5	1,28	1,0	3,3	5,0
	Restrição	3,3	0,60	1,4	3,5	4,0
	Pressão para Comer	3,2	1,37	1,0	3,0	5,0
	Monitoramento	4,1	1,45	1,0	5,0	5,0

Fonte: Próprio autor.

Foi realizado o teste de *Kruskal-Wallis* para comparar a pontuação (média e desvio padrão) das respostas do QAC entre os três distritos (norte, oeste e leste), em cada um dos sete fatores do QAC (Fator 1, valor $p = 0,06$; Fator 2, valor $p = 0,36$; Fator 3, valor $p = 0,42$; Fator 4, valor $p < 0,01$; Fator 5, valor $p = 0,25$; Fator 6, valor $p = 0,36$; Fator 7, valor $p < 0,01$). Para os fatores que apresentaram $p < 0,05$ (Fatores 4 e 7 apresentaram $p < 0,01$), foi realizado o teste de *Dunn* para verificar entre quais distritos, especificamente, estava a diferença. No fator 4, esta diferença se deu entre os distritos norte-oeste e norte-leste. Já no fator 7, esta diferença se deu apenas entre os distritos norte-leste.

Os resultados dos sete fatores do QAC também foram separados de acordo com o EN das crianças (Tabela 20), a fim de verificar se algum fator poderia estar ligado mais fortemente com algum EN específico da criança.

Tabela 20 – Valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo de resposta dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, dos sete fatores do Questionário de Alimentação da Criança (QAC), separados por Estado Nutricional adaptado (abaixo do peso, peso adequado e acima do peso) das crianças, Ribeirão Preto, 2016. (continua)

Variáveis	EN da criança	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	Valor-p*
Percepção de Responsabilidade	Abaixo do peso	6	4,5	0,69	3,3	4,8	5,0	0,50
	Peso adequado	102	4,2	0,75	1,3	4,3	5,0	
	Acima do peso	56	4,1	0,90	1,3	4,3	5,0	
Percepção de Peso dos Pais	Abaixo do peso	6	3,1	0,34	2,5	3,1	3,5	0,25
	Peso adequado	102	3,1	0,49	2,0	3,0	4,7	
	Acima do peso	56	3,2	0,52	2,2	3,2	5,0	
Percepção do Peso da Criança	Abaixo do peso	6	2,7	0,42	2,0	2,8	3,0	<0,01
	Peso adequado	102	2,9	0,36	1,7	3,0	3,7	
	Acima do peso	56	3,2	0,48	2,3	3,0	5,0	

Tabela 20 – Valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo de resposta dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, dos sete fatores do Questionário de Alimentação da Criança (QAC), separados pelos Estado Nutricional adaptado (abaixo do peso, peso adequado e acima do peso) das crianças, Ribeirão Preto, 2016. (conclusão)

Variáveis	EN da criança	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	Valor-p*
Preocupação com o Peso da Criança	Abaixo do peso	6	3,4	1,00	2,0	3,5	4,7	<0,01
	Peso adequado	102	2,8	1,26	1,0	2,7	5,0	
	Acima do peso	56	3,6	1,29	1,0	3,7	5,0	
Restrição	Abaixo do peso	6	2,9	0,87	1,6	2,7	4,0	0,44
	Peso adequado	102	3,1	0,79	1,0	3,2	4,6	
	Acima do peso	56	3,2	0,86	1,0	3,5	4,6	
Pressão para Comer	Abaixo do peso	6	3,3	0,97	2,2	3,5	4,5	<0,01
	Peso adequado	102	3,9	0,99	1,0	4,0	5,0	
	Acima do peso	56	2,9	1,29	1,0	2,5	5,0	
Monitoramento	Abaixo do peso	6	3,3	1,69	1,0	3,5	5,0	0,85
	Peso adequado	102	3,7	1,23	1,0	4,0	5,0	
	Acima do peso	56	3,6	1,34	1,0	4,0	5,0	

*Teste de *Kruskal-Wallis*. Nível de significância de 5%.

Fonte: Próprio autor.

Para os fatores do QAC que apresentaram valor de $p < 0,05$ (Fatores 3, 4 e 6), foi realizado o teste de *Dunn* entre os três EN a fim de verificar entre quais deles houve a diferença significativa. A Tabela 21 apresenta as comparações entre os EN das crianças pelo pós-teste de *Dunn*.

Tabela 21 – Comparação de pontuação dos fatores 3, 4 e 6 do Questionário de Alimentação da Criança (QAC), dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, entre o Estado Nutricional adaptado (abaixo do peso, peso adequado e acima do peso) das crianças, Ribeirão Preto, 2016.

Comparação	Teste de <i>Dunn</i> *
Fator 3	
Abaixo do peso – Peso adequado	
Abaixo do peso – Acima do peso	***
Peso adequado – Abaixo do peso	***
Fator 4	
Abaixo do peso – Peso adequado	
Abaixo do peso – Acima do peso	
Peso adequado – Abaixo do peso	***
Fator 6	
Abaixo do peso – Peso adequado	
Abaixo do peso – Acima do peso	
Peso adequado – Abaixo do peso	***

*Pós-teste de *Dunn*. Nível de significância de 5%.

O símbolo "***" representa diferença entre grupos a um nível de 5% de significância.

Fonte: Próprio autor.

4.4 ESCALA DE CRENÇAS SOBRE DIETA

A Escala de Crenças sobre Dieta apresenta seus resultados separados em três fatores, sendo eles: *locus* de controle interno (Fator 1), fatores além do controle (Fator 2) e *locus* de controle externo (Fator 3). Para cada fator foi feita separadamente a média dos resultados dos escores dos 164 participantes (responsáveis), como mostra em detalhes a Tabela 22, ainda com desvio padrão, valor mínimo, mediana e valor máximo. Ressaltando que os escores máximos de cada fator possuem valores distintos, uma vez que o número de questões dos fatores é diferente.

Tabela 22 – Valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo de pontuação da Escala de Crenças sobre Dieta respondida pelos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separados por três fatores da Escala, Ribeirão Preto, 2016.

Variáveis	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Fator 1 (crenças)	164	23,3	5,22	8,0	24,0	30,0
Fator 2 (crenças)	164	12,1	3,79	3,0	12,0	18,0
Fator 3 (crenças)	164	12,9	3,33	4,0	13,50	24,0

Fonte: Próprio autor.

Os dados de cada um dos três fatores da Escala se apresentam divididos pelo EN dos responsáveis, na Tabela 23. Como só havia um responsável “abaixo do peso”, esta parte da divisão não possui desvio padrão e seus valores de mínimo, mediana e máximo são iguais a média, não possibilitando uma comparação estatística com os outros dois grupos.

Tabela 23 – Valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo de pontuação da Escala de Crenças sobre Dieta respondida pelos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separados por Estado Nutricional adaptado (abaixo do peso, peso adequado e acima do peso) dos responsáveis dentro dos três fatores da Escala, Ribeirão Preto, 2016.

Variáveis	Estado Nutricional	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Fator 1 (crenças)	Abaixo do peso	1	25,0	-	25,0	25,0	25,0
	Peso adequado	47	22,0	5,61	8,0	22,0	30,0
	Acima do peso	116	23,8	5,01	10,0	25,0	30,0
Fator 2 (crenças)	Abaixo do peso	1	15,0	-	15,0	15,0	15,0
	Peso adequado	47	12,1	3,87	3,0	12,0	18,0
	Acima do peso	116	12,0	3,78	3,0	12,0	18,0
Fator 3 (crenças)	Abaixo do peso	1	15,0	-	15,0	15,0	15,0
	Peso adequado	47	13,4	3,13	7,0	14,0	21,0
	Acima do peso	116	12,6	3,40	4,0	13,0	24,0

Fonte: Próprio autor.

Foi realizada uma comparação das pontuações de cada um dos três fatores da escala entre os EN dos responsáveis (abaixo do peso, peso adequado e acima do peso) para verificar se haveria relação entre o EN dos responsáveis e a pontuação de crenças, como não houve diferenças significativas, esta comparação pode ser vista com mais detalhes na Tabela A1 (Apêndice F).

Os três fatores da escala também são apresentados com a divisão do EN das crianças (Tabela 24), com média, desvio padrão, valores de mínimo, mediana e máximo.

Tabela 24 – Valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo de pontuação da Escala de Crenças sobre Dieta respondida pelos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separados por Estado Nutricional adaptado (abaixo do peso, peso adequado e acima do peso) das crianças dentro dos três fatores da Escala, Ribeirão Preto, 2016.

Variáveis	Estado Nutricional	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Fator 1 (crenças)	Abaixo do peso	6	21,3	2,80	18,0	25,5	26,0
	Peso adequado	102	23,1	5,54	8,0	25,0	30,0
	Acima do peso	56	23,7	4,79	12,0	22,5	30,0
Fator 2 (crenças)	Abaixo do peso	6	9,8	2,99	6,0	9,5	14,0
	Peso adequado	102	11,8	3,66	3,0	12,0	18,0
	Acima do peso	56	12,8	4,00	4,0	13,0	18,0
Fator 3 (crenças)	Abaixo do peso	6	14,3	1,21	13,0	14,5	16,0
	Peso adequado	102	12,9	3,59	4,0	14,0	24,0
	Acima do peso	56	12,6	2,94	4,0	13,0	19,0

Fonte: Próprio autor.

Também foi realizada uma comparação dos escores de cada um dos três fatores da escala entre os EN das crianças (abaixo do peso, peso adequado e acima do peso) para verificar se haveria relação entre as duas variáveis; como não houve diferenças significativas, esta comparação pode ser vista com mais detalhes na Tabela A2 (Apêndice F).

A Tabela 25 apresenta os valores mínimos e máximos observados dos três fatores da Escala de Crenças sobre Dieta, separados pelas faixas etárias dos responsáveis, assim como médias, desvios padrões e medianas das distribuições dessas faixas etárias dentro dos fatores.

Tabela 25 – Valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo de pontuação da Escala de Crenças sobre Dieta respondida pelos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separados pelas faixas etárias (18-29 anos; 30-44 anos; 45-59 anos; 60 anos ou mais) dentro dos fatores da Escala, Ribeirão Preto, 2016. (continua)

Variável	Faixa etária	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Fator 1	18-29 anos	34	22,7	5,54	12,0	24,0	30,0
	30-44 anos	88	22,6	5,17	8,0	22,0	30,0
	45-59 anos	26	24,4	4,97	13,0	25,5	30,0
	60 anos ou mais	16	26,2	4,12	15,0	27,0	30,0

Tabela 25 – Valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo de pontuação da Escala de Crenças sobre Dieta respondida pelos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separados pelas faixas etárias (18-29 anos; 30-44 anos; 45-59 anos; 60 anos ou mais) dentro dos fatores da Escala, Ribeirão Preto, 2016. (conclusão)

Variável	Faixa etária	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Fator 2	18-29 anos	34	11,6	3,93	3,0	11,5	18,0
	30-44 anos	88	12,1	3,64	3,0	12,0	18,0
	45-59 anos	26	13,1	3,54	6,0	13,0	18,0
	60 anos ou mais	16	11,2	4,65	3,0	12,0	18,0
Fator 3	18-29 anos	34	12,7	3,10	6,0	13,0	21,0
	30-44 anos	88	13,0	3,47	4,0	14,0	24,0
	45-59 anos	26	12,5	3,18	4,0	14,0	19,0
	60 anos ou mais	16	13,0	3,46	4,0	14,0	17,0

Fonte: Próprio autor.

Dentro dos três fatores da Escala de Crenças sobre Dieta, foram comparados os resultados das pontuações entre todos os grupos de faixas etárias dos responsáveis (18-29 anos; 30-44 anos; 45-59 anos; 60 anos ou mais) pelo teste ANOVA para verificar se haveria diferença significativa entre alguns destes grupos. Houve diferença significativa apenas no Fator 1 entre os grupos 30-44 anos e 60 anos ou mais (valor-p: 0,04). Essas comparações podem ser vistas com maiores detalhes na Tabela A3 (Apêndice F).

As últimas divisões e comparações realizadas com os dados da Escala de Crenças sobre Dieta foram entre os distritos (norte, oeste e leste) onde as famílias residiam, tendo ocorrido diferença significativa somente no Fator 1, entre os distritos norte-oeste. Os dados estão detalhados na Tabela A4 (Apêndice F).

4.5 AVALIAÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS DE ALIMENTAÇÃO

Os “Dez Passos para Alimentação Saudável”, utilizados como parâmetros para avaliação de hábitos saudáveis de alimentação são:

1. Aumente e varie o consumo de frutas, legumes e verduras. Coma-os cinco vezes por dia;
2. Coma feijão pelo menos uma vez por dia, no mínimo quatro vezes por semana;
3. Reduza o consumo de alimentos gordurosos, como carnes com gordura aparente, salsicha, mortadela, frituras e salgadinhos, para no máximo uma vez por semana;
4. Reduza o consumo de sal. Tire o saleiro da mesa;
5. Faça pelo menos três refeições e um lanche por dia. Não pule as refeições;
6. Reduza o consumo de doces, bolos, biscoitos e outros alimentos ricos em açúcar para no máximo duas vezes por semana;
7. Reduza o consumo de álcool e

refrigerantes. Evite o consumo diário; 8. Aprecie sua refeição. Coma devagar; 9. Mantenha seu peso dentro de limites saudáveis; 10. Seja ativo. Acumule trinta minutos de atividade física todos os dias. Caminhe pelo seu bairro. Suba escadas. Não passe muitas horas assistindo TV.

O passo dez não foi avaliado, pois se referia à prática de atividade física e o objetivo neste estudo foi avaliar apenas aspectos relacionados à alimentação, sendo abordados então os nove passos da alimentação saudável.

A frequência de hábitos saudáveis de alimentação avaliada a partir dos “Dez Passos da Alimentação Saudável” do MS foi realizada tanto para a criança como para o responsável, uma vez que a recomendação é para indivíduos brasileiros com mais de dois anos de idade. Está apresentada na Figura 7 a frequência de adesão das crianças (n=164) para cada um dos nove passos da alimentação. Os passos que obtiveram maior adesão foram os passos quatro e cinco (97,0% (n=159) de adesão). Já o passo que apresentou menor adesão, foi o passo um (93,9% (n=154) de não adesão).

Após a determinação da classificação de adesão ou não adesão de cada um dos nove passos da alimentação saudável por indivíduo, foi criada uma divisão com três categorias: Alta adesão (quando o indivíduo aderiu de sete a nove passos), média adesão (para quando o indivíduo aderiu de quatro a seis passos) e pouca adesão (quando a adesão foi somente de até três passos). Assim, cada indivíduo recebeu uma classificação geral de nível de adesão.

Figura 7 – Frequência relativa de adesão a cada um dos nove passos de alimentação saudável de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

A Tabela 26 apresenta a frequência absoluta e relativa do nível de adesão das crianças. É possível observar que 67,1% (n=110) das crianças apresentaram média adesão aos passos da alimentação saudável, enquanto que 27,4% (n=45) apresentaram alta adesão aos passos e apenas 5,5% (n=9) das crianças apresentaram pouca adesão.

Tabela 26 – Frequência absoluta e relativa de nível de adesão (alta adesão, média adesão e pouca adesão) aos nove passos da alimentação saudável de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

Nível de adesão aos Passos da Alimentação Saudável	n	%
Alta adesão (7-9)	45	27,4
Média adesão (4-6)	110	67,1
Pouca adesão (0-3)	9	5,5

Fonte: Próprio autor.

A Figura 8 mostra a frequência de adesão para cada um dos nove passos da alimentação saudável dos responsáveis. O passo número quatro, foi o que obteve maior adesão (94,5%; n=155). Assim como no grupo das crianças, o passo que apresentou menor adesão foi o passo um, com somente 9,8% (n=16) de adesão.

Figura 8 – Frequência relativa de adesão a cada um dos nove passos de alimentação saudável dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

Fonte: Próprio autor.

A mesma divisão de níveis de adesão foi feita para os responsáveis (n=164) pelas crianças, apresentada na Tabela 27, sendo o nível de média adesão também o mais frequente entre os participantes (68,3%; n=112), seguido de alta adesão (26,2%; n=43) e pouca adesão (5,5%; n=9).

Tabela 27 – Frequência absoluta e relativa de nível de adesão (alta adesão, média adesão e pouca adesão) aos nove passos da alimentação saudável dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

Nível de adesão aos Passos da Alimentação Saudável	n	%
Alta adesão (7-9)	43	26,2
Média adesão (4-6)	112	68,3
Pouca adesão (0-3)	9	5,5

Fonte: Próprio autor.

Os grupos de crianças e responsáveis foram divididos em subgrupos de acordo com o distrito em que residem, sexo, seu EN e faixa etária, e estão apresentados separadamente a seguir.

A Tabela 28 apresenta os níveis de adesão aos passos da alimentação saudável das crianças (n=164) divididos pelo distrito em que as famílias residem. Entre os três distritos, o que apresentou maior frequência de “alta adesão” aos passos da alimentação saudável foi o distrito norte (31,8%; n=21), seguido do distrito oeste (26,0%; n=19) e leste (20,0%; n=5). Nos três distritos o nível de adesão mais prevalente foi “média adesão”, assim como nos resultados gerais do município; a diferença entre os distritos foi pequena (menor que dois pontos percentuais).

Tabela 28 – Frequência absoluta de nível de adesão (alta adesão, média adesão e pouca adesão) aos nove passos da alimentação saudável de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separadas por distrito (norte, oeste e leste), Ribeirão Preto, 2016.

Nível de adesão aos Passos da Alimentação Saudável	Distrito			Total	Valor-p*
	Norte	Oeste	Leste		
Alta adesão (7-9)	21	19	5	45	0,25
Média adesão (4-6)	44	49	17	110	
Pouca adesão (0-3)	1	5	3	9	
Total	66	73	25	164	

*Teste exato de Fisher. Nível de significância de 5%.

Fonte: Próprio autor.

A Tabela 29 mostra a frequência dos níveis de adesão aos passos da alimentação saudável, na divisão dos três distritos (norte, oeste e leste), para os responsáveis (n=164) pelas crianças de seis a dez anos incompletos. O distrito oeste foi o que obteve maior frequência de “alta adesão” (27,4%; n=20) quando comparado ao distrito norte e leste (25,8%; n=17 e 24,0%; n=6, respectivamente). Para os responsáveis, houve maior variação de níveis de adesão entre os distritos, mas permaneceu como mais frequente o nível de “média adesão” nos três distritos.

Tabela 29 – Frequência absoluta de nível de adesão (alta adesão, média adesão e pouca adesão) aos nove passos da alimentação saudável dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separadas por distrito (norte, oeste e leste), Ribeirão Preto, 2016.

Nível de adesão aos Passos da Alimentação Saudável	Distrito			Total	Valor-p*
	Norte	Oeste	Leste		
Alta adesão (7-9)	17	20	6	43	0,31
Média adesão (4-6)	48	48	16	112	
Pouca adesão (0-3)	1	5	3	9	
Total	66	73	25	164	

*Teste exato de *Fisher*. Nível de significância de 5%.

Fonte: Próprio autor.

Na divisão das crianças pelos subgrupos de EN, as crianças com peso adequado tiveram maior frequência de “alta adesão” aos passos da alimentação saudável (37,2%; n=38) em comparação com os grupos abaixo do peso (0%; n=0) e acima do peso (12,5%; n=7), como mostra a Tabela 30. Ainda entre as crianças que estavam com peso adequado (100%; n=102), a maior parte (62,7%; n=64) apresentou “média adesão” aos passos da alimentação saudável e 37,3% (n=38) apresentaram “alta adesão” (nenhuma apresentou criança apresentou “pouca adesão”).

Tabela 30 – Frequência absoluta de nível de adesão (alta adesão, média adesão e pouca adesão) aos nove passos da alimentação saudável de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separadas por Estado Nutricional adaptado (abaixo do peso, peso adequado e acima do peso), Ribeirão Preto, 2016.

Nível de adesão aos Passos da Alimentação Saudável	Estado Nutricional			Total	Valor-p*
	Abaixo do peso	Peso adequado	Acima do peso		
Alta adesão (7-9)	0	38	7	45	<0,01
Média adesão (4-6)	5	64	41	110	
Pouca adesão (0-3)	1	0	8	9	
Total	6	102	56	164	

*Teste exato de *Fisher*. Nível de significância de 5%.

Fonte: Próprio autor.

Os resultados obtidos referentes aos responsáveis, nesta comparação entre EN adaptado e níveis de adesão aos passos da alimentação saudável, foram semelhantes aos resultados das crianças, conforme mostra a Tabela 31.

Os responsáveis que estavam com peso adequado (100%; n=47) prevaleceram entre os níveis de adesão alto e médio (46,8%; n=22 e 51,1%; n=24, respectivamente), e somente um responsável com “peso adequado” apresentou “pouca adesão” aos passos da alimentação saudável.

Tabela 31 – Frequência absoluta de nível de adesão (alta adesão, média adesão e pouca adesão) aos nove passos da alimentação saudável dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separadas por Estado Nutricional adaptado (abaixo do peso, peso adequado e acima do peso), Ribeirão Preto, 2016.

Nível de adesão aos Passos da Alimentação Saudável	Estado Nutricional			Total	Valor-p*
	Abaixo do peso	Peso adequado	Acima do peso		
Alta adesão (7-9)	0	22	21	43	<0,01
Média adesão (4-6)	1	24	87	112	
Pouca adesão (0-3)	0	1	8	9	
Total	1	47	116	164	

*Teste exato de *Fisher*. Nível de significância de 5%.

Fonte: Próprio autor.

Quando comparados os níveis de adesão aos passos da alimentação saudável da criança com seu respectivo responsável, pode-se observar que, entre as 45 crianças que apresentaram “alta adesão”, 46,7% (n=21) dos responsáveis também apresentaram “alta adesão”, 53,3% (n=24) dos responsáveis apresentaram “média adesão” e nenhum apresentou “pouca adesão”. Entre as 110 crianças que apresentaram “média adesão”, 76,4% (n=84) dos responsáveis também apresentaram “média adesão”, 18,2% (n=20) apresentaram “alta adesão” e somente 5,4% (n=6) dos responsáveis apresentaram “pouca adesão”. Conforme apresenta a Tabela 32.

Tabela 32 – Comparação entre os níveis de adesão (alta adesão, média adesão e pouca adesão) aos nove passos da alimentação saudável de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164) e seus respectivos responsáveis (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, apresentada em frequência absoluta, Ribeirão Preto, 2016.

Nível de adesão aos Passos da Alimentação Saudável (criança)	Nível de adesão aos Passos da Alimentação Saudável (responsável)			Total	Valor-p*
	Alta adesão	Média adesão	Pouca adesão		
	(7-9)	(4-6)	(0-3)		
Alta adesão (7-9)	21	24	0	45	0,43
Média adesão (4-6)	20	84	6	110	
Pouca adesão (0-3)	2	4	3	9	
Total	43	112	9	164	

*Teste de *McNemar*. Nível de significância de 5%.

Fonte: Próprio autor.

Na comparação por faixa etária das crianças (seis-sete anos e oito-nove anos), foi possível observar que as crianças de oito-nove anos apresentam maior frequência de “alta adesão” (30,5%; n=25) em comparação às crianças de seis e sete anos (24,4%; n=20). Assim, na classificação de “média adesão” os grupos se inverteram, tendo maior frequência de “média adesão” as crianças com seis-sete anos (70,7%; n=58) em comparação às crianças

com oito-nove anos (63,4%; n=52). Apenas quatro crianças (4,9%) de seis-sete anos, e cinco crianças (6,1%) de oito-nove anos apresentaram “pouca adesão” aos passos da alimentação saudável (maiores detalhes podem ser vistos na Tabela A5, Apêndice F).

A divisão de faixa etária dos adultos apresenta quatro grupos (18-29 anos; 30-44 anos; 45-59 anos; 60 anos ou mais), tendo estes grupos um número menor de indivíduos (34; 88; 26; 16, respectivamente). Foi possível observar que em todas as faixas etárias o nível de adesão mais prevalente foi “média adesão” (18-29 anos: 64,7% (n=22); 30-44 anos: 72,7% (n=64); 45-59 anos: 65,4% (n=17); 60 anos ou mais: 56,3% (n=9)). O grupo que apresentou maior frequência relativa de “alta adesão” foi de “60 anos ou mais” (43,8%; n=7), seguido do de “45-59 anos” (26,9%; n=7). Todos os dados desta divisão estão apresentados na Tabela A6 (Apêndice F).

Na divisão dos níveis de adesão aos passos da alimentação saudável pelo sexo das crianças, foi possível observar que as crianças do sexo feminino apresentaram melhores níveis de adesão. Verifica-se que 31,3% (n=30) das crianças do sexo feminino apresentaram “alta adesão”, enquanto que 22,1% (n=15) das crianças do sexo masculino tiveram a mesma classificação. Também as crianças do sexo feminino (65,6%; n=63) obtiveram maior frequência de “média adesão” quando comparadas às crianças do sexo masculino (69,1%; n=47). Somente três crianças (3,1%) do sexo feminino apresentaram “pouca adesão” e seis (8,8%) crianças do sexo masculino apresentaram também “pouca adesão”. Entre os responsáveis, essa comparação de níveis de adesão por sexo se torna mais complexa, pois o grupo do sexo masculino apresentou apenas seis participantes, enquanto que o grupo do sexo feminino apresentou 158 participantes. Essa diferença entre os dois grupos não possibilita comparação estatística. Mas a Tabela A7 (Apêndice F) apresenta a frequência absoluta e relativa dos níveis de adesão aos passos da alimentação saudável dos dois grupos.

4.6 QUALIDADE DA DIETA

Para avaliar a qualidade da dieta atual das crianças e seus respectivos responsáveis foi utilizado o IQD-R, validado por Andrade et al. (2013). O IQD-R consiste em uma pontuação que varia de zero a 100 pontos, quanto maior a pontuação obtida, maior é a qualidade da dieta do indivíduo. Essa pontuação final pode classificar a qualidade da dieta do indivíduo em três categorias: abaixo de 51 pontos a dieta está “inadequada”, entre 51 e 80 pontos a dieta “necessita de modificação” e acima de 80 pontos a dieta está “saudável” (GODOY et al., 2006).

As crianças apresentaram pontuação média do IQD-R de 50,0 (DP±13,6) e os responsáveis, média de 56,5 (DP±12,1). Mais especificamente, 51,8% (n=85) das crianças apresentaram dieta “inadequada”, 47,0% (n=77) apresentaram dieta que “necessita de modificação” e apenas 1,2% (n=2) apresentaram dieta “saudável”. Entre os responsáveis estes valores foram um pouco melhores: 30,5% (n=50) apresentaram dieta “inadequada”, 67,1% (n=110) apresentaram dieta que “necessita de modificação” e 2,4% (n=4) apresentaram dieta “saudável”.

Os resultados da pontuação do IQD-R das crianças e dos responsáveis estão apresentados separadamente. Os dados foram agrupados e comparados de acordo com algumas características dos grupos (distrito em que as famílias residiam, sexo, EN adaptado e faixa etária). Primeiro, são apresentados os dados referentes aos resultados das crianças, depois dos responsáveis e por fim está apresentada a diferença estimada entre o IQD-R da criança e seu respectivo responsável.

Foi possível observar que as médias de pontuação do IQD-R das crianças comparadas entre os distritos são muito próximas, apresentando maior variação só nos valores de mínimo e máximo, sendo que no distrito oeste o valor mínimo de IQD-R chegou a 12,9 e no distrito norte o valor máximo de IQD-R chegou a 85,3. Os três distritos (norte, oeste e leste) não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre seus resultados, segundo teste de *Tukey*. Na Tabela A8 (Apêndice F) é possível ver estes dados detalhadamente.

Os valores de IQD-R (média, desvio padrão, mínimo e máximo) são apresentados de acordo com divisão dos sexos das crianças, na Tabela 33. É possível ver que as crianças do sexo feminino obtiveram média de IQD-R mais elevada (52,0) comparada às crianças do sexo masculino (47,3); essa diferença média é de aproximadamente 4,7 pontos. A diferença entre os dois grupos (sexo feminino e sexo masculino) avaliada pelo Teste *t-Student* se mostrou significativa (com $p<0,05$).

Tabela 33 – Valores de média, desvio padrão, mínimo e máximo do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separados por sexo (feminino e masculino), Ribeirão Preto, 2016.

	Sexo	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Valor-p*
IQD-R	Feminino	96	52,0	14,38	12,9	85,3	0,03
	Masculino	68	47,3	11,97	23,0	71,8	
	Diferença (Fem - Masc)		4,7				

*Teste *t-Student*. Nível de significância de 5%.

Fonte: Próprio autor.

Na divisão dos resultados de IQD-R das crianças entre as classificações de EN adaptado, a média do IQD-R variou de 48,5 a 52,7 pontos, conforme mostra a Tabela 34. Esta divisão do EN adaptado apresentou grupos com números de participantes muito variados (abaixo do peso: n=6; peso adequado: n=102; acima do peso: n=56). Apesar de o IQD-R ter uma variação entre as médias dos grupos, essa diferença não foi estatisticamente significativa de acordo com o teste de *Tukey*, conforme detalhes na Tabela A9 (Apêndice F).

Tabela 34 – Valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separados por Estado Nutricional adaptado (abaixo do peso, peso adequado e acima do peso), Ribeirão Preto, 2016.

	Estado Nutricional	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
IQD-R	Abaixo do peso	6	50,5	11,97	29,4	53,5	61,2
	Peso adequado	102	48,5	13,7	12,9	48,3	80,2
	Acima do peso	56	52,7	13,36	26,5	53,5	85,3

Fonte: Próprio autor.

A Tabela 35 apresenta os dados do IQD-R (média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo) separados por faixa etária (seis-sete anos; oito-nove anos). Neste caso, os dois grupos apresentam o mesmo número de indivíduos (n=82). A faixa etária dos “seis-sete anos” apresentou maior variação no valor do IQD-R (mínimo de 12,9 e máximo de 85,3 pontos) quando comparada à faixa etária de “oito-nove anos” (mínimo de 23,0 e máximo de 80,2 pontos). Mas o grupo que apresentou maior valor médio do IQD-R foi de oito-nove anos (52,3 pontos).

Tabela 35 – Valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separados por Faixa Etária (seis-sete anos; oito-nove anos), Ribeirão Preto, 2016.

	Faixa etária	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
IQD-R	6-7 anos	82	47,7	14,11	12,9	48,0	85,3
	8-9 anos	82	52,3	12,74	23,0	54,3	80,2

Fonte: Próprio autor.

Ainda sobre a divisão dos valores de IQD-R entre as faixas etárias das crianças, a Tabela 36 mostra que a diferença estimada de 4,62 pontos entre os grupos que é estatisticamente significativa segundo o teste de *Tukey*. Isso significa que as crianças com idade entre oito-nove anos obtiveram a pontuação média de IQD-R 4,6 pontos maior que as crianças com idade entre seis-sete anos.

Tabela 36 – Diferença estimada de pontuação do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, segundo a Faixa Etária (seis-sete anos; oito-nove anos), Ribeirão Preto, 2016.

Comparação	Diferença estimada	Intervalo de confiança simultâneo (95%)		Teste de <i>Tukey</i> *
(8-9 anos) - (6-7 anos)	4,6	0,5	8,8	***

*Teste de *Tukey*. Nível de significância de 5%.

O símbolo "***" representa diferença entre grupos a um nível de 5% de significância.

Fonte: Próprio autor.

As mesmas divisões que foram feitas nas descrições dos resultados de IQD-R das crianças foram feitas para os dados de IQD-R dos responsáveis.

A primeira divisão foi em relação ao distrito em que as famílias residiam, conforme apresentado na Tabela A10 (Apêndice F). Nesta divisão os valores médios encontrados de IQD-R também não apresentaram resultados muito diferentes entre os distritos (norte, oeste e leste), já os valores mínimo e máximo apresentaram uma grande variação, chegando a 20,1 pontos (valor mínimo do distrito oeste) a 92,0 pontos (valor máximo do distrito norte) dentro dos distritos.

A diferença estimada do IQD-R dos responsáveis entre os distritos norte, oeste e leste não foi estatisticamente significativa, segundo teste de *Tukey*. A maior variação ocorreu entre os distritos norte e leste (norte obteve em sua média 4,2 pontos a mais que o distrito leste). Já a menor variação se deu entre os distritos oeste e leste (apenas 0,5).

O número de responsáveis do sexo masculino que participaram deste estudo foi muito baixo (n=6), dificultando a análise comparativa entre os grupos por sexo. A maior média obtida foi no grupo “sexo masculino” (59,3 pontos). O grupo “sexo feminino” obteve média de 56,4 pontos, com uma variação de mínimo e máximo grande (20,8 e 92,0 pontos, respectivamente). Detalhes desta comparação podem ser vistos na Tabela A11 (Apêndice F).

Na divisão dos resultados do IQD-R por classificação adaptada do EN, a média do IQD-R ficou muito próxima entre os grupos, conforme é apresentado na Tabela 37. O grupo “abaixo do peso” só possui um indivíduo, o que impossibilita a comparação dos valores de desvio padrão, mínimo, mediana e máximo com os demais grupos. Entre os grupos “peso adequado” e “acima do peso” os valores de IQD-R ficaram próximos em todos os valores com exceção do valor máximo que no grupo “peso adequado” ficou menor (79,9) do que no grupo “acima do peso” (92,0).

Como a diferença estimada entre os grupos foi pequena, sendo a maior delas entre o grupo “abaixo do peso” e “acima do peso” (4,3 pontos) e a menor entre os grupos “abaixo do peso” e “peso adequado” (1,6 pontos), segundo o teste de *Tukey* não houve diferença

significativa entre nenhum dos três grupos. As comparações podem ser vistas na Tabela A12 (Apêndice F).

Tabela 37 – Valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separados por Estado Nutricional adaptado (abaixo do peso, peso adequado e acima do peso), Ribeirão Preto, 2016.

	Estado Nutricional	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
IQD-R	Abaixo do peso	1	53,0	-	53,0	53,0	53,0
	Peso adequado	47	54,6	11,60	23,1	57,3	79,9
	Acima do peso	116	57,3	12,31	20,8	57,2	92,0

Fonte: Próprio autor.

Para a divisão dos responsáveis por faixa etária foram seguidos os quatro grupos criados anteriormente (18-29 anos; 30-44 anos; 45-59 anos; 60 anos ou mais). O número de indivíduos em cada grupo variou bastante (34, 88, 26, 16, respectivamente) o que também pode ter provocado uma maior variação entre os valores mínimo e máximo encontrados para o IQD-R nestes grupos (em especial para o grupo de 30-44 anos). O grupo que apresentou menor variação de valores foi o de “60 anos ou mais” que também foi o menor grupo, com apenas 16 indivíduos. E o que apresentou maior variação (30-44 anos) é o grupo com o maior número de indivíduos (n=88). Todos os valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo, estão apresentados na Tabela 38.

Tabela 38 – Valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separados por Faixa Etária (18-29 anos; 30-44 anos; 45-59 anos; 60 anos ou mais), Ribeirão Preto, 2016.

	Faixa etária	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
IQD-R	18-29 anos	34	53,4	11,17	22,8	54,4	74,8
	30-44 anos	88	56,2	12,19	20,8	57,3	92,0
	45-59 anos	26	58,0	13,17	37,1	56,1	83,3
	60 anos ou mais	16	62,4	10,1	44,4	64,9	79,4

Fonte: Próprio autor.

Mesmo com uma variação alta nos valores das médias do IQD-R entre os grupos (que chegou a 9,0 pontos entre os grupos “18-29 anos” e “60 anos ou mais”), nenhum deles apresentou diferença estatisticamente significativa, pois a dispersão dos dados foi grande, elevando o intervalo entre os valores mínimo e máximo dos grupos, segundo teste de *Tukey*. Estas comparações podem ser vistas na Tabela A13 (Apêndice F).

Na comparação entre a os dados pareados (teste *t* pareado) do IQD-R dos responsáveis com o IQD-R das crianças a diferença estimada foi de 6,5 pontos; este valor se mostrou relativamente baixo, com valor de $p < 0,01$, conforme mostra a Tabela 39.

Tabela 39 – Diferença estimada de pontuação do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos ($n=164$) e seus respectivos responsáveis ($n=164$), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

Comparação	n	Diferença estimada	Intervalo de confiança (95%)		Valor-p*
IQD-R responsável vs IQD-R crianças	164	6,5	4,24	8,70	<0,01

*Teste *t-Student* pareado. Nível de significância de 5%.

Fonte: Próprio autor.

4.7 AVALIAÇÕES COMPLEMENTARES

Complementarmente aos resultados anteriores, foram realizadas algumas comparações entre os resultados do QAC, da Escala de Crenças sobre Dieta e do IQD-R das crianças e dos responsáveis, utilizando o coeficiente de correlação de *Spearman*. Na análise da relação entre QAC e IQD-R, apenas o fator 5 se mostrou significativamente correlacionado com o valor do IQD-R da criança, sendo que quanto menor o valor do escore do QAC maior estava o valor do IQD-R (Tabela A14 – Apêndice F). Na comparação entre os fatores do QAC e os fatores da Escala de Crenças, a diferença significativa se deu apenas entre o fator 1 da Escala de Crenças com os fatores 1 e 7 do QAC (Tabela A15 – Apêndice F).

Não foi encontrada correlação entre os valores de IQD-R e os fatores da Escala de Crenças, segundo o coeficiente de correlação de *Spearman*, conforme apresentado na Tabela A16 (Apêndice F).

5. DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Este trabalho buscou investigar alguns fatores ambientais ligados à influência familiar que podem estar relacionados ao consumo alimentar e consequentemente ao EN de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, tais como: hábito alimentar (atual) do responsável pela alimentação da criança; atitudes, crenças e práticas dos responsáveis em relação à alimentação da criança; crenças dos responsáveis sobre dieta e EN dos responsáveis.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os resultados sugerem que as mulheres ainda são as principais responsáveis pelo cuidado das crianças, visto que os dados deste estudo mostram que mesmo, quando o cuidador não é a mãe, o mais comum é que seja a avó, tia ou até mesmo irmã mais velha da criança. Alguns estudos envolvendo crianças e responsáveis decidem por determinar que a amostra de responsáveis seja apenas de mães, por ainda se tratarem do cuidador mais prevalente (LORENZATO, 2012; MIRANDA DA CRUZ, 2009). Porém, visando incluir aquelas crianças cujo cuidador principal não é a mãe (fato que se apresenta cada vez mais crescente, devido à inserção das mulheres no mercado de trabalho), alguns estudos já definem que o responsável poderá ser aquele mais presente no cuidado da criança, não apenas a mãe (KARP et al., 2014; MARQUES et al., 2015; MIRANDA, 2013). Coelho e Pires (2014) evidenciam que cada vez mais o papel de mãe cuidadora tende a ser partilhado com o pai, tornando importante focalizar os estudos do excesso de peso e da obesidade não só no envolvimento materno, mas também no paterno.

Por serem incluídos todos os cuidadores neste estudo, e não só as mães das crianças, houve uma grande variação de idade dos responsáveis pelas crianças, pois nos extremos estão as avós, que em geral tinham 60 anos ou mais, e do outro lado tias ou irmã, chegando à idade mínima registrada de 18 anos, sendo necessária a criação das faixas etárias para a análise dos dados.

Grande parte dos responsáveis declarou ser casado(a) ou conviver com companheiro(a). Mas se somados os responsáveis que declararam ser solteiro(a) ou divorciado(a), a frequência chegou a 29,3%, o que deve receber atenção, pois quando a criança possui duas casas (em geral a casa do pai e a casa da mãe) as condutas alimentares podem ser divergentes em ambas, causando um conflito na educação da criança.

Assim como no estudo de Lorenzato (2012), também realizado em unidades de saúde da AB (UBS) da cidade de Ribeirão Preto, a maioria dos responsáveis pelas crianças apresentou baixo nível de escolaridade e grande parte das famílias foi classificada nos níveis de renda médios. A escolaridade dos pais mostrou muita variação, mas também muito concentrada entre ensino médio e fundamental. Pode-se observar que as mães, na maioria dos casos, apresentaram maior escolaridade que os pais das respectivas crianças. Vários estudos encontraram alta prevalência de excesso de peso mesmo em classes econômicas menos favorecidas e com níveis de escolaridade mais baixos, corroborando com os dados deste estudo (LORENZATO, 2012; MARINHO; HAMANN; LIMA, 2007; MONDINI; MONTEIRO, 1994; SARTORELLI, FRANCO, 2003; VELOSO; SILVA, 2010). Cabe ainda enfatizar que o VIGITEL Brasil 2016 destaca que os resultados encontrados naquela pesquisa, cuja coleta de dados foi realizada em 2016, mostraram que a obesidade foi mais frequente entre os indivíduos com menor escolaridade (BRASIL, 2017).

O relato de frequência de ocorrência de algumas das principais DCNT entre os familiares próximos às crianças foi alto, chegando a 62,8% de prevalência de HAS, 46,3% de prevalência de DM e 31,1% de prevalência de Dislipidemia. Esses dados são alarmantes, já que o excesso de peso é um fator de risco importante para o surgimento das DCNT e ambos têm crescido assustadoramente em todo o mundo. Em 2016 foi registrado que 8,9% da população brasileira possuíam o diagnóstico médico de DM e 25,7%, o diagnóstico de HAS; ambas (DM e HAS) apresentam sua frequência maior entre as faixas etárias mais elevadas e entre os indivíduos com menor escolaridade (BRASIL, 2017).

As informações de caracterização das crianças apresentam pequena variação. Houve a participação de mais crianças do sexo feminino. A faixa etária pré-definida era pequena (de seis a dez anos de idade incompletos) gerando apenas a divisão em dois grupos (crianças de seis-sete anos; crianças de oito-nove anos). Como a coleta de dados foi feita nos dois períodos em que as unidades funcionam, foram encontrados números semelhantes de crianças que estudavam no período da tarde e no período da manhã.

A raça/cor referida foi bem semelhante à dos responsáveis, sendo a mais prevalente a cor branca, seguida de parda e preta, a maior diferença foi encontrada entre parda e preta, mais crianças (ou responsáveis) se declaram pardas, enquanto o responsável declarava ser da raça/cor preta. A mistura de raças entre os brasileiros é muito comum, sendo comum então que a criança às vezes tenha uma declaração de raça/cor diferente de um dos pais ou até mesmo dos avós. E já que no presente estudo o responsável nem sempre era o parente de primeiro grau da criança, essa diferença de respostas relativa à raça/cor já era esperada.

5.2 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

Os dados do EN das crianças são preocupantes, já que 18,3% das crianças deste estudo apresentaram sobrepeso e 15,9% apresentaram obesidade, dados semelhantes aos do estudo de Marques et al. (2015), que avaliou o EN de 86 crianças, de ambos os sexos, com idade entre sete e dez anos, em uma unidade de ESF localizada na cidade de Montes Claros (MG) e verificou que 29,06% das crianças estavam acima do peso (10,46% com sobrepeso e 18,6% com obesidade). Estes dados também se assemelham às estimativas de que em 2009, no Brasil, uma em cada três crianças (cerca de 33%) de cinco a nove anos de idade estava acima do peso recomendado (IBGE, 2010), visto que, no presente estudo, as crianças entre seis e dez anos incompletos atingiram uma porcentagem de 34,2% (entre sobrepeso e obesidade). Ainda mais alarmantes são os dados obtidos em um estudo de 2015, em que foi realizada avaliação do EN de 335 crianças também com idade entre seis e dez anos de uma escola privada, sendo encontrada prevalência de sobrepeso de 26% (n=86) e de obesidade 24,7% (n=82) obesidade (PASSOS et al., 2015).

Sobre o EN dos responsáveis deste estudo, 32,9% foram classificados com sobrepeso e 37,9% com algum grau de obesidade, mas não foram realizadas comparações entre os sexos ou faixas etárias, pois os grupos possuíam números muito distintos de participantes. No entanto, segundo os dados da VIGITEL 2009, a frequência do excesso de peso pode aumentar com a idade em ambos os sexos (BRASIL, 2010). Neste estudo da VIGITEL de 2009, entre os homens o maior aumento do excesso de peso ocorreu entre as faixas etárias de 18-24 para 35-44 anos, já entre as mulheres esse maior aumento se deu entre as faixas etárias de 18-24 para 45-54 anos. No trabalho de Vinholes, Assunção e Neutzling (2009), que avaliou 3.353 indivíduos (entre adultos e idosos) moradores da cidade de Pelotas (RS) também em 2009, a frequência de sobrepeso em indivíduos com 20 anos ou mais foi de 36,0% e de obesidade chegou a 15,4%.

Assim como no estudo de Lorenzato (2012), os resultados do presente estudo mostram que muitos responsáveis que estão acima do peso apresentam sua criança também com excesso de peso (39,6%). Sato et al. (2010) ressaltam que o ambiente familiar é muito importante no desenvolvimento do comportamento alimentar da criança e com isso, da tendência ao excesso de peso ainda na infância. Este padrão familiar de excesso de peso recebe influências genéticas, passadas através das gerações, e culturais promovidas pelo ambiente, principalmente pelo comportamento dos pais perante a alimentação de seus filhos (BIRCH; FISHER, 1998; ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008; THOMPSON, 2010).

A relação entre o EN das crianças e seus responsáveis, principalmente dos pais, é muito estudada e já bem conhecida na literatura. Sabe-se que quando um dos pais é obeso, a chance de a criança se tornar um adulto obeso é três vezes maior quando comparada a uma criança sem pais obesos (VENTURA; BIRCH, 2008).

No estudo de Bertoletti e Garcia-Santos (2012), todas as crianças que apresentavam obesidade possuíam familiares próximos também com obesidade ou sobrepeso, podendo ser um dos pais, avós, tios ou irmãos. Assim como no estudo de Lorenzato et al. (2017), o EN das crianças se mostra correlacionado ao EN de seus responsáveis, reforçando a importância do ambiente familiar na construção dos hábitos alimentares das crianças e consequentemente em seu EN. Outros estudos mostram que, além do fator genético, muitos fatores do ambiente familiar podem interferir no comportamento alimentar da criança, como diretamente o comportamento alimentar dos responsáveis e as estratégias adotadas por eles perante a alimentação das crianças (FOX et al., 2014; TZOU; CHU, 2012).

Em um estudo conduzido por Epstein et al. (2001) participaram 30 famílias, todas com pelo menos um dos pais com obesidade, sendo 15 famílias com a criança com obesidade e 15 famílias com a criança sem obesidade. Os pesquisadores relatam que a maior dificuldade que encontraram no recrutamento de seus participantes foi para o grupo que os pais deveriam estar com obesidade mas a criança não, pois os pais não viam a importância do acompanhamento de seus filhos se os mesmos não tinham obesidade. O estudo propunha às famílias um programa de mudança de comportamento com o objetivo de prevenção de obesidade nas crianças. Os pesquisadores ressaltam que é preciso informar e conscientizar melhor os pais sobre a importância da prevenção e melhora dos hábitos de vida e não apenas do tratamento quando a obesidade já estiver presente na criança.

Epstein et al. (2001) também questionaram em seu estudo o histórico familiar de doenças relacionadas à obesidade (HAS, DM, Dislipidemia e Acidente Vascular Encefálico) nos parentes próximos às crianças. As famílias que apresentaram histórico familiar de doenças associadas à obesidade se mostraram mais motivadas durante o programa.

Quando a criança que é o foco do acompanhamento já apresenta obesidade e precisa perder peso, a motivação da família parece maior do que quando comparado às famílias em que a criança alvo ainda não apresenta obesidade sendo o foco do acompanhamento a prevenção (EPSTEIN et al., 2001).

Toral e Slater (2007) explicam que, de forma geral, ao se propor uma intervenção nutricional, seja ela individual ou coletiva, os profissionais partem do princípio que todos os indivíduos estão dispostos a realizar a mudança do seu comportamento. Mas o que se observa

é que nem sempre os resultados destas intervenções são positivos para todos, como seria o esperado pelo profissional. Há fatores psicológicos que interferem na decisão de mudança do comportamento, não sendo possível afirmar que a intervenção proposta não é eficaz, mas que em alguns casos o indivíduo não estava em um estágio de mudança de comportamento. A identificação dos diferentes estágios de mudança do comportamento alimentar talvez seja o primeiro passo para uma intervenção mais específica que promova maior motivação aos indivíduos participantes.

O novo documento das “Diretrizes Brasileiras de Obesidade” publicado em 2016 traz classificações de recomendações por níveis de evidência, método já conhecido como “Medicina baseada em evidências”, a fim de desencorajar o uso de diversos tratamentos que são lançados constantemente na mídia e que não possuem embasamento científico ou este seja muito fraco (ABESO, 2016).

5.3 QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

Os aspectos da influência familiar avaliados pelo QAC, dentro dos sete fatores, (Percepção de Responsabilidade dos responsáveis pela alimentação da criança, Percepção do Peso dos Responsáveis e das Crianças, Preocupação com o Peso da Criança, utilização de estratégias coercitivas como Restrição, Pressão para Comer e Monitoramento durante as refeições) podem exercer efeito sobre a aceitação alimentar da criança e a formação de suas preferências alimentares (BIRCH et al., 2001; ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008)

Lorenzato et al. (2017) enfatizam que o QAC é o único instrumento disponível (traduzido e adaptado para a população brasileira), que possibilita avaliar quantitativamente as relações entre o comportamento dos pais em relação à alimentação de seus filhos e ao EN da criança.

No presente estudo, o QAC foi respondido por um responsável pela criança, não sendo obrigatoriamente a mãe. Assim, a maioria deles considerou-se “sempre” responsável pela alimentação da criança quando a mesma está em casa, diferente de outros estudos em que o QAC era respondido exclusivamente pela mãe da criança e a resposta mais prevalente nesta questão era “maior parte do tempo” (GENG et al., 2009; KELLER et al., 2006; LORENZATO, 2012; MIRANDA DA CRUZ, 2009; SANTOS et al., 2009b).

Outros estudos que têm como critério de participação o “responsável” pela criança, e não exclusivamente a mãe encontram ainda a maioria dos responsáveis sendo a mãe, mas não exclusivamente (KARP et al., 2014; MARQUES et al., 2015; MIRANDA, 2013). Com a

inserção das mulheres no mercado de trabalho, é cada vez maior a participação de outro indivíduo no cuidado da criança, principalmente no preparo das refeições. Lorenzato (2012) ressalta a grande importância desse compartilhamento de responsabilidade, uma vez que as mães precisam dividir seu tempo com suas tarefas profissionais e o cuidado com as crianças e, em alguns momentos, precisam deixar sua criança com algum responsável (em geral pai ou avós).

No estudo de Miranda da Cruz (2009) participaram 120 crianças entre dois a 11 anos de idade, estudantes da rede privada de ensino e suas respectivas mães. Dos estudos brasileiros que utilizaram o QAC, este é o estudo que mais difere em relação à classe econômica das famílias e do quanto essas mães estão inseridas na rotina das crianças.

Miranda (2013) utilizou o QAC em um estudo realizado nas ESF do distrito leste da cidade de Ribeirão Preto. Participaram desta pesquisa ACS que tinham crianças menores de cinco anos de idade e algumas famílias de sua área de abrangência também com crianças menores de cinco anos. No total, participaram nove ACS e 59 famílias. Neste estudo nem todos os participantes responsáveis pela criança eram a mãe da mesma; responderam ao QAC os responsáveis pela criança no momento da entrevista que, em alguns casos, era o pai ou avô da criança.

O fator Percepção de Peso dos Pais, leva em consideração a própria percepção de peso do responsável; por isso, nem sempre coincide com o EN real (LORENZATO, 2012). No presente estudo foram encontrados responsáveis com atual excesso de peso (segundo classificação de IMC, com os dados de peso e estatura aferidos durante a pesquisa) que relataram percepção de peso “Normal”. O mesmo resultado foi encontrado por Lorenzato (2012), mostrando que a maior parte das mães participantes de seu estudo (74,67%) percebia a si mesmo com peso “Normal” em todo o período da vida.

Os resultados obtidos neste trabalho mostram que a percepção do peso que os responsáveis têm sobre sua criança muitas vezes não condiz com a realidade, pois 122 responsáveis perceberam sua criança com peso “normal”, mas apenas 102 crianças apresentaram classificação de eutrofia; e nenhum responsável considerou sua criança “muito acima do peso” sendo que oito crianças foram classificadas com obesidade grave. Diferenças semelhantes de percepção de peso foram encontradas nos trabalhos de Geng et al. (2009), Keller et al. (2006), Lorenzato (2012) e Miranda da Cruz (2009).

Verificou-se ainda que grande parte dos responsáveis afirmou ser “Muito Preocupados”, com a possibilidade de sua criança ficar acima do peso, resultado semelhante ao encontrado no estudo de Santos et al. (2009b). Por outro lado, no estudo de Miranda

(2013), Lorenzato (2012) e no estudo de Geng et al. (2009) foi observado que a maioria das mães se considerava “Preocupada” com o peso de suas crianças. E no estudo de Miranda da Cruz (2009), pôde-se observar que as mães se consideravam “Pouco Preocupadas” com o peso de suas crianças, sendo encontrado o mesmo resultado em Keller et al. (2006). Os escores encontrados neste fator mostram que os responsáveis por crianças acima do peso se apresentam com maior preocupação com o peso da criança, assim como no estudo de Karp et al. (2014).

Sobre a prática de restrição, muitos responsáveis que participaram deste estudo “concordam” que restringem o consumo de algum tipo de alimento de sua criança, semelhante aos dados encontrados no estudo de Lorenzato (2012). A média de escore deste fator também se assemelha à obtida no estudo de Karp et al. (2014), apresentando-se significativamente maior entre os responsáveis com crianças acima do peso. Essa atitude se caracteriza pela certeza que os responsáveis precisam ter de que suas crianças não comem muitos doces, alimentos altamente calóricos ou seus alimentos preferidos, de manterem intencionalmente as comidas fora do alcance da criança, de oferecerem para à sua criança doces ou o alimento preferido como recompensa ou em troca de um bom comportamento, e de que ainda devem orientar ou regular a sua comida preferida, caso contrário os mesmos iriam comer muito mais do que o considerado adequado pelos responsáveis. Outros estudos verificaram que as mães se consideravam “neutras” em relação à prática de restringir a alimentação de sua criança (KELLER et al., 2006; MIRANDA DA CRUZ, 2009; SANTOS et al., 2009b).

Os responsáveis pelas crianças apresentam atitudes de restrição alimentar principalmente quando a criança apresenta excesso de peso, como uma tentativa de evitar que o problema de saúde se agrave. Entretanto, a forma como é feita a restrição pode prejudicar o desenvolvimento do controle de regulação da ingestão calórica da própria criança, tendo um efeito oposto ao desejado pelos responsáveis (VIANA et al., 2009).

No presente estudo, assim como nos estudos de Geng et al. (2009) e Lorenzato (2012), quase metade dos responsáveis “concorda” que sua criança deveria comer toda a comida do seu prato, que precisam ser muito cuidadosos para ter certeza de que sua criança come o suficiente e que se não guiarem ou regularem o que sua criança consome, a mesma poderia comer muito menos do que deveria (práticas ligadas à “Pressão para comer”). Contudo, muitos responsáveis do presente estudo “não concordam” que pressionam sua criança a comer mesmo quando ela diz que está sem fome, enquanto nos estudos de Geng et al. (2009) e Lorenzato (2012) grande parte dos responsáveis “concorda” com esta prática (que também é uma prática ligada à “Pressão para comer”).

Apesar de os valores de escore médio do fator Monitoramento não sofrerem grande mudança entre os responsáveis de crianças com diferentes EN, nota-se uma pequena diferença: os responsáveis com crianças com peso adequado tiveram sua pontuação mais elevada, seguido das crianças “acima do peso” e os responsáveis que consideram menor monitoramento são aqueles cujas crianças se apresentaram “abaixo do peso”, semelhante ao estudo de Karp et al. (2014). Ao observar o estudo de Lorenzato (2012), é possível verificar a mesma situação, na qual as mães assumiram acreditar que “sempre” devem monitorar a alimentação de suas crianças, diferente do que se observou no estudo de Miranda da Cruz (2009), em que as mães acreditam que a prática de monitoração da alimentação de suas crianças deve ser realizada “às vezes”.

Pinheiro-Carozzo e Oliveira (2015) acreditam que as práticas dos responsáveis, como restrição alimentar por conta do peso, têm significância levando em consideração o IMC da criança, mostrando que os pais ou responsáveis, ao restringirem o consumo de determinados alimentos, levam em consideração o peso de sua criança. A maior média de práticas de restrição encontra-se entre os responsáveis de crianças com obesidade grave, seguida das crianças com obesidade e pelas crianças com sobrepeso (PINHEIRO-CAROZZO; OLIVEIRA, 2015).

Esse resultado já foi abordado pela literatura e essa prática é apontada como a primeira alternativa dos pais ou responsáveis diante do excesso de peso do filho, como uma forma, em um curto espaço de tempo, de controlar o consumo de alimentos não saudáveis (BIRCH; FISHER; DAVISON, 2003). Porém, em longo prazo, essa prática é classificada como sendo perigosa, pelo fato de que a criança aprende a escolher os alimentos e quantidade de comida a ser consumida levando em consideração as regras parentais e não conforme os seus conhecimentos sobre nutrição ou estímulos indicadores de fome e saciedade (PINHEIRO-CAROZZO; OLIVEIRA, 2015). Ao mesmo tempo em que, quando a criança está limitada de determinados alimentos, a chance de ela dedicar-se em comportamentos, situações ou pessoas que possam diminuir sua privação aumentam (PINHEIRO-CAROZZO; OLIVEIRA, 2015).

É importante levar em consideração as atitudes, crenças e práticas dos responsáveis que podem influenciar parte do comportamento alimentar das crianças para que possam ser elaboradas estratégias de intervenção da obesidade infantil voltadas a educação alimentar não só da criança.

No estudo de Lorenzato (2012), os fatores Percepção de Responsabilidade, Percepção do Peso da Criança, Preocupação com o Peso da Criança, Restrição e Monitoramento se

mostraram positivamente relacionadas com o IMC das crianças. Já o fator pressão para comer foi associado negativamente com o IMC das crianças.

Assim como no estudo de Miranda (2013), o presente estudo apresentou maiores escores no fator “Percepção de Responsabilidade” e “Monitoramento”. Destaca-se que muitos responsáveis referem ser o principal responsável pela alimentação da criança, e também decidir o quanto e o que elas irão comer. E que, na maior parte do tempo, eles mantêm controle sobre o consumo de alimentos como doces, lanches e alimentos calóricos de suas crianças.

Em um estudo realizado nos Estados Unidos por Birch e Fisher (2000), com 197 meninas de cinco anos e suas mães, com o mesmo questionário, encontraram que a média de pontuação na dimensão monitoramento foi de 3,7; na Percepção do Peso da Criança foi de 2,8, e na percepção da Restrição foi de 3,0 pontos, resultados similares aos encontrados por Lorenzato (2012), sendo diferentes apenas na dimensão responsabilidade.

Os estudos já realizados utilizando o QAC mostram que este instrumento pode contribuir com informações sobre a influência familiar no comportamento alimentar das crianças e consequentemente em seu EN (LORENZATO, 2017; MIRANDA, 2013). Na prática clínica este instrumento pode ser aplicado e avaliado individualmente para melhor nortear a conduta da intervenção nutricional ou ainda a nível populacional a fim de direcionar políticas de intervenção e prevenção ainda na AB.

Um estudo envolvendo crianças autodeclaradas latino-americanas, na fase pré-escolar (de dois a seis anos), e seu respectivo responsável, avaliou esses participantes durante um programa de intervenção que envolvia construção de habilidades para melhorar os hábitos alimentares da família, aumentar atividade física e diminuir o uso de atividades com meios eletrônicos. Os pesquisadores utilizaram alguns instrumentos padronizados para avaliar as variáveis de interesse; entre estes instrumentos foi utilizado o QAC, mas não em sua versão completa. Os autores utilizaram quatro dos sete fatores do QAC que consideraram mais relevantes para o trabalho, sendo eles: Percepção de Responsabilidade, Preocupação com o Peso da Criança, Restrição e Monitoramento (KARP et al., 2014).

As médias de escore dos fatores do QAC utilizados por Karp et al. (2014) apresentam semelhanças com as médias do presente estudo, sendo a média de escore mais próxima a do fator Percepção de Responsabilidade (Estudo de Karp et al., 2014: 4,3; Presente estudo: 4,2), mostrando que quando se trabalha com o “responsável” e não exclusivamente com a mãe da criança, é possível abranger aquele que realmente é mais presente no cotidiano da criança e

pode exercer uma influência maior no hábito alimentar, visto que é ele quem muitas vezes seleciona, prepara e disponibiliza os alimentos que a criança consome.

O controle feito pelos responsáveis sobre a alimentação da criança é um fator que interfere no comportamento alimentar da criança de uma forma muito direta e muitas vezes negativamente; por isso instrumentos já foram desenvolvidos na tentativa de melhor definir o quanto estes comportamentos de controle parental podem estar contribuindo para o aumento de peso das crianças em todo o mundo (VIANA et al., 2009)

Um estudo realizado em 2014, com 147 crianças com idade entre oito e 12 anos e suas respectivas famílias, visando avaliar as relações familiares e sua possível influência sobre o comportamento alimentar das crianças/adolescentes através de escalas de comportamento, mostrou que as crianças/adolescentes apresentavam comportamento alimentar com maior “interesse pela comida” entre as famílias mais disfuncionais (independentemente do peso dos pais). Já as crianças com percepção de um ambiente familiar com maior apoio e liberdade de expressão de sentimentos, se mostraram com uma ingestão alimentar mais controlada e estilo alimentar mais saudável (COELHO; PIRES, 2014).

No estudo de Passos et al. (2015), que utilizou a mesma escala de comportamento alimentar, com crianças de seis a dez anos de uma escola privada, as crianças com excesso de peso obtiveram maior pontuação em sub-escalas de “interesse pela comida” do que as crianças com eutrofia.

O ato de comer pode ser para a criança uma forma de compensação pela falta de afeto da família, uma forma de “alimentar” seus sentimentos. Considerando que o ambiente familiar deveria ser um lugar de compartilhamento de afetos, cuidados e construção dos padrões culturais, e quando não há um contexto familiar funcional com estas características, a criança tende a procurar uma forma de suprir sua necessidade (COELHO; PIRES, 2014).

5.4 ESCALA DE CRENÇAS SOBRE DIETA

Os resultados da Escala são apresentados separadamente entre os três fatores, mas seus escores não podem ser comparados entre si, pois apresentam número de questões e consequentemente pontuações finais diferentes.

Os escores dos fatores da Escala de Crenças sobre Dieta mostraram pequena variação entre os diferentes EN; assim o presente estudo não obteve relação forte entre os fatores da Escala e o EN dos participantes, diferente do primeiro estudo que encontrou relação significativa entre o “Fator 1” da Escala e o IMC dos participantes, demonstrando que os

indivíduos com maior IMC eram mais propensos às crenças internas sobre controle de peso (STOTLAND; ZUROFF, 1990).

Na divisão das faixas etárias para comparação dos escores, a única diferença significativa encontrada foi entre as faixas etárias de “30-44 anos” e “60 anos ou mais” no “Fator 1”, no qual o segundo grupo obteve um escore de pontuação significativamente maior que o primeiro grupo. Segundo os autores da Escala essa maior pontuação estaria ligada à maior presença de crenças internas, ou seja, o grupo de “60 anos ou mais” apresentaria mais crenças relacionadas à dieta, podendo isso dificultar no processo de perda de peso.

Os pesquisadores que desenvolveram a Escala explicam que os indivíduos que mais pontuam no Fator 1 tendem a apresentar maior auto percepção de um problema relacionado a seu peso; porém isso não garante que ele tenha mais sucesso na dieta ou no controle de peso. O Fator 2 da Escala se mostrou positivamente relacionado com avaliações de sucesso em dietas e de perda de peso. Um escore mais alto no Fator 3 reflete que o indivíduo rejeita crenças de que os fatores externos são responsáveis pelo seu peso, estando relacionado à confiança em atingir o peso meta, melhores resultados em dietas anteriores e melhor auto-estima (STOTLAND; ZUROFF, 1990).

O *locus* de controle pode ser considerado como uma construção multidimensional, não sendo possível prever sucesso de perda de peso somente com a avaliação do mesmo; portanto a sugestão é que se utilizem os três fatores apresentados na Escala (STOTLAND; ZUROFF, 1990).

5.5 AVALIAÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS DE ALIMENTAÇÃO

A avaliação de hábitos saudáveis foi estimada pela adesão aos passos da alimentação saudável. As crianças obtiveram maior adesão nos passos quatro e cinco, referentes à redução do consumo de sal e número de refeições, respectivamente. Já os responsáveis apresentaram maior adesão do passo quatro e dois, sendo o segundo referente ao consumo de feijão pelo menos quatro vezes na semana. Segundo os últimos dados do VIGITEL Brasil, o consumo de feijão pela população adulta vem diminuindo, de 67,5% em 2012 caiu para 61,3% em 2016 (BRASIL, 2017).

Os passos menos aderidos pelas crianças foram: passo um, seguido do passo três e do passo seis (consumo variado de frutas, verduras e legumes; redução do consumo de alimentos gordurosos e redução do consumo de alimentos ricos em açúcares, respectivamente). Entre os responsáveis o passo menos aderido também foi o passo um, mas seguido pelos passos nove e

três (passo nove: manter peso dentro de limites saudáveis). O estudo do VIGITEL Brasil 2016 destaca que, apesar de ter crescido o consumo regular de frutas e hortaliças no período de 2008 (33,0%) para 2016 (35,2%), apenas um em cada três adultos consomem estes alimentos cinco dias da semana (BRASIL, 2017).

O nível de adesão das crianças e responsáveis foi bem próximo (67,1% das crianças e 68,3% dos responsáveis apresentaram média adesão). Destaca-se que todas as crianças com peso adequado apresentaram média ou alta adesão, enquanto que entre os responsáveis com peso adequado apenas um apresentou baixa adesão aos passos. Quase metade dos responsáveis com alta adesão estava acima do peso, podendo esses indivíduos apresentarem inadequação na quantidade de alimentos consumidos e não na qualidade. Entre as crianças com alta adesão (n=45), grande parte apresentava eutrofia (n=38). Das 112 crianças com média adesão, 84 responsáveis também apresentaram média adesão. Todas as crianças com alta adesão têm responsáveis com média e alta adesão aos passos da alimentação saudável.

Segundo dados do VIGITEL Brasil 2016, houve uma redução no consumo de refrigerantes e doces entre os adultos (> 18 anos) quando comparada aos dados do estudo de 2007. Em 2007, 30,9% da população tomavam refrigerantes ou suco artificial cinco dias ou mais na semana, esse valor caiu para 16,5% em 2016. Já o consumo de doces cinco ou mais dias da semana em 2014 chegou a 18,1% da população, sendo este consumo mais prevalente entre as mulheres (20,3%) do que entre os homens (15,8%) participantes da pesquisa. Em ambos os sexos a frequência foi maior entre os mais jovens (18 a 24 anos) chegando a 27,3% (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017).

No trabalho de Vinholes, Assunção e Neutzling (2009), o passo que apresentou maior frequência foi o passo quatro (87,2% dos indivíduos entrevistados informaram não adicionar sal aos alimentos já prontos). A menor adesão se deu no passo nove (46,1% dos entrevistados estavam fora da faixa de peso considerado saudável pelo MS)

Um trabalho realizado com 140 mulheres da cidade de Santa Maria (RS), visando investigar o conhecimento e práticas diárias das mesmas sobre os Dez Passos da Alimentação Saudável, mostrou que apenas 50 delas responderam realizar quatro refeições ao dia, 44 responderam consumir três ou mais frutas por dia. Já a maioria das mulheres relatou retirar a gordura aparente das carnes. O maior conhecimento sobre as diretrizes da alimentação saudável se mostrou fator importante para melhores hábitos alimentares, sendo as mulheres que apresentaram melhores hábitos eram aquelas que tinham maior conhecimento (VARGAS; KIRSTEN; COLPO, 2011).

Um estudo que avaliou o perfil alimentar de crianças atendidas nas USF de Campina Grande-PB, que apresentavam excesso de peso, mostrou que 15% das crianças não consumiam frutas, 50% não consumiam verduras, 65% das crianças realizavam de uma a três refeições por dia e mais de 50% das crianças ingeriam alimentos como carnes, aves, peixes, produtos lácteos e feijão diariamente (BARROS et al., 2011).

A amamentação parece ser o primeiro fator que aumenta as chances de a criança ter melhores hábitos alimentares, já que a introdução alimentar é iniciada mais tardiamente, pois a amamentação exclusiva garante até o sexto mês do bebê todos os nutrientes necessários para seu crescimento e desenvolvimento, não sendo necessário ofertar água, chás e outros alimentos (VIEIRA et al., 2004).

Assim como Rossi, Moreira e Rauen (2008) destacam que a formação de hábitos alimentares na infância possui diversos determinantes potencialmente modificáveis, tais como: a escola, as redes sociais, socioeconômicas e culturais, além da forte influência da família (que faz a escolha, a compra e preparo da maior parte dos alimentos consumidos pelas crianças).

Rossi, Moreira e Rauen (2008) ressaltam a importância de que a orientação nutricional deve ser direcionada à família, uma vez que a formação das preferências alimentares da criança é fortemente influenciada pelos hábitos alimentares e escolhas da família (principalmente dos pais).

As mudanças de hábitos de vida no tratamento das DCNT, em especial da obesidade, não são fáceis e dependem de inúmeros fatores que fazem parte da rotina do indivíduo. A não adesão às recomendações leva, muitas vezes, à desistência por parte do paciente ao tratamento. Em se tratando da obesidade infantil essas dificuldades aumentam, pois a adesão não depende apenas de um indivíduo, mas do seu núcleo familiar. A abordagem interdisciplinar deve incluir o envolvimento familiar para aumentar as chances de resultados positivos no tratamento (SILVA; BITTAR, 2012).

5.6 QUALIDADE DA DIETA

A média do escore do IQD-R das crianças foi mais baixa que a dos responsáveis, indicando maior necessidade de modificação da dieta. Entre as crianças, as meninas obtiveram pontuação significativamente maior do que os meninos. Entre os responsáveis essa comparação não ficou bem estabelecida, pois o número de participantes do sexo masculino foi muito menor que a do sexo feminino.

As crianças da faixa etária de oito- nove anos apresentaram melhor qualidade da dieta quando comparadas às crianças de seis e sete anos. Assim como ocorreu entre os responsáveis que apresentaram melhor qualidade da dieta entre as faixas etárias mais velhas.

Outros estudos utilizando instrumentos que visam avaliar a qualidade da dieta, como o IQD-R ou o IQD, também apontaram uma grande porcentagem de indivíduos que apresentam dieta “inadequada” ou que “necessita de modificação”. No estudo de Santos et al. (2011), que utilizou o IQD para avaliar a dieta de mulheres adultas, mostrou que a maioria (52,2%) das participantes apresentou dieta que “necessita de modificação”. No presente estudo, 67,1% dos responsáveis apresentaram esta mesma classificação.

Godoy et al. (2006) avaliaram a dieta de 437 adolescentes também através do IQD. Destes, 96% apresentaram dieta “inadequada” ou que “necessita de modificações”, sendo a média geral de pontos do IQD: 58,42. Neste estudo os adolescentes do sexo masculino obtiveram média de pontos superior às participantes do sexo feminino, oposto do que ocorreu no presente estudo.

Andrade (2007) também avaliou a dieta de adolescentes com o IQD, mostrando que 97,1% apresentavam dieta “inadequada” ou que “necessita de modificações”, com média de pontuação de 59,7.

As classificações de qualidade da dieta do estudo de Godoy et al. (2006) e Andrade (2007) foram muito semelhantes às do presente estudo, que apontaram 98,8% das crianças com dieta “inadequada” ou que “necessita de modificações”.

Além do uso para a população saudável, os índices de qualidade da dieta são propostos em estudos que avaliam a dieta de pacientes com DCNT, como é o caso do estudo de SANTOS et al., (2009a) que avaliou a dieta de indivíduos com DM tipo 2 e também encontrou que a maioria se enquadrava na pontuação que indica que a dieta “necessita de modificações”.

As mudanças do padrão alimentar durante intervenções nutricionais também podem ser acompanhadas com o auxílio do IQD-R, realizando a aplicação do R24h e cálculo do índice antes e após a intervenção. Essa foi a proposta do estudo de Oliveira et al. (2015), que realizou essa avaliação da qualidade da dieta de indivíduos acompanhados em um ambulatório de nutrição e comparou os resultados de antes e depois da intervenção mostrando uma evolução significativa da pontuação do IQD-R, sendo o valor médio inicial de 61,45 pontos e em um segundo momento de 70,20 pontos.

Segundo Andrade et al. (2013), o IQD-R avalia a qualidade da dieta independentemente da quantidade total de energia consumida, sendo seu cálculo baseado em

densidade energética (porção/1000kcal), atenuando o efeito do total de energia ingerida no escore final do índice.

Além do escore final gerado pelo cálculo do IQD-R, é possível obter os escores de cada componente avaliado pelo índice, assim como em outros instrumentos deste formato de avaliação global da dieta. Como no estudo de SANTOS et al. (2009a), em que os autores apresentam a avaliação dos componentes separadamente além do escore total da dieta.

Como enfatizado por Fisberg, Marchioni e Colucci (2009), não há um método de avaliação da dieta que possa ser considerado perfeito. Todos os métodos apresentam vantagens e desvantagens, mas cabe ao profissional nutricionista realizar a escolha do método mais adequado para seus objetivos, já que a identificação dos hábitos alimentares, qualitativa e quantitativamente, é fundamental para propor um acompanhamento e tratamento mais eficaz de educação alimentar.

Para obter um resultado fidedigno é importante que haja a padronização de todas as etapas do cálculo do IQD-R conforme indicação dos autores (GAC, 2016), iniciando pelo R24h que deve ser o mais próximo da realidade mesmo sendo uma técnica de estimativa de consumo. A aplicação do R24h é uma atividade muito complexa e requer treino do entrevistador, a fim de minimizar erros de coleta destas informações (CAVALCANTE, PRIORE, FRANCESCHINI, 2004).

Os índices de avaliação da qualidade da dieta ainda são ferramentas pouco utilizadas para análise e intervenção nutricional, devendo ser realizados mais estudos para aprimorar esses instrumentos e ampliar sua divulgação (SANTOS et al., 2011). São encontradas na literatura as versões originais de diferentes índices, além de versões adaptadas para outras populações, como é o caso no Brasil, que já possui algumas variações desses índices como: IQD, IQD-R, Índice de Alimentação Saudável e Índice de Alimentação Saudável adaptado (PREVIATO; VOLP; FREITAS, 2014).

5.7 AVALIAÇÕES COMPLEMENTARES

As avaliações complementares são referentes a algumas correlações realizadas entre os escores dos principais instrumentos utilizados neste estudo, com a finalidade de identificar possíveis padrões de comportamento que podem ser observados nos diferentes instrumentos.

Nas avaliações complementares é possível ver que o fator Restrição do QAC está correlacionado com a qualidade da dieta das crianças, uma vez que, quanto maior foi o escore do fator apresentado pelo responsável (ou seja, mais restritivo se mostrou o responsável em

relação à alimentação da criança), maior foi o IQD-R, e quanto menos o responsável se identificou com práticas de restrição, pior se apresentou a qualidade da dieta da criança.

O fator 1 da Escala de Crenças sobre Dieta (*locus* de controle interno) se mostrou associado aos fatores de Percepção de Responsabilidade e de Monitoramento do QAC, reforçando que o responsável que tem maior percepção de responsabilidade sobre o controle de seu peso também apresenta maior percepção de responsabilidade com a criança e monitora com maior frequência sua alimentação.

Os estudos disponíveis na literatura utilizaram estes instrumentos (QAC, Escala de Crenças sobre Dieta e IQD-R) separadamente, não realizando comparações ou correlações entre seus escores. Assim não é possível mostrar neste momento se os achados destes resultados corroboram com outras pesquisas.

6. CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

Os resultados encontrados neste estudo, por meio do Questionário de Caracterização da amostra, da avaliação do EN (com medidas antropométricas de peso e estatura) e aplicação do Questionário de Alimentação da Criança (QAC), da Escala de Crenças sobre Dieta, do Questionário de Hábitos Saudáveis de Alimentação e Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R), nos permitem concluir que:

Os principais cuidadores da criança ainda são as mães, mas outros responsáveis vêm assumindo esse papel no cuidado da criança. O EN das crianças e seus responsáveis apresentou alta prevalência de excesso de peso e obesidade. A maior parte das crianças com excesso de peso possuía seu cuidador também com excesso de peso. Algumas das principais DCNT, como DM, HAS e Dislipidemia, são muito prevalentes entre os familiares próximos das crianças (pais, avós, tios ou irmãos) participantes deste estudo, independentemente do EN da criança.

A preocupação dos responsáveis com o peso da criança foi maior entre os responsáveis das crianças que estavam acima do peso. Já uma maior pressão para comer foi identificada entre os responsáveis com crianças abaixo do peso ou com peso adequado.

Os escores da Escala de Crenças sobre Dieta não se mostraram diretamente relacionados com o EN dos responsáveis ou das crianças. O único resultado que se destacou da Escala foi dentro do escore do “Fator 1” (*locus* de controle) que se apresentou significativamente maior no grupo de faixa etária com “60 anos ou mais” quando comparado ao grupo de “30-44 anos”. O escore mais elevado pode estar relacionado à maior força de vontade, esforço e percepção de responsabilidade.

O nível de adesão aos passos da alimentação saudável das crianças foi muito semelhante ao apresentado pelos responsáveis, destacando que em ambos os grupos (crianças e responsáveis) a maioria dos indivíduos que apresentou peso adequado obteve nível médio de adesão às recomendações alimentares.

A pontuação média da qualidade global da dieta, avaliada pelo IQD-R, das crianças é muito similar à dos responsáveis, mas esta pequena diferença enquadra os dois grupos em classificações diferentes, sendo a média da pontuação das crianças considerada dieta “inadequada” (menor de 51 pontos) e dos responsáveis como dieta que “necessita de modificação” (entre 51 e 80 pontos).

Os dados gerais obtidos através dos instrumentos propostos neste trabalho sugerem que o EN dos responsáveis pode influenciar o EN das crianças, o padrão de consumo dos

responsáveis pode influenciar o consumo alimentar das crianças e algumas práticas de controle da alimentação da criança podem interferir também em seu consumo e consequentemente em seu EN.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o aumento acelerado da obesidade infantil, muitos estudos em todo o mundo têm procurado identificar os fatores ambientais associados a essa patologia, com ênfase nos aspectos ligados ao comportamento alimentar, pois estes são fatores passíveis de modificação que podem contribuir para o controle desta pandemia (SILVA et al., 2014). Porém a grande maioria dos dados gerados é isolada e não possibilita uma conclusão que se aplique a grandes populações.

A influência dos pais ou responsáveis no comportamento alimentar das crianças tem cada vez mais ganhado espaço nos estudos e se dá de diversas formas: desde a aquisição dos alimentos e disponibilidades nos lares, a forma de preparo destes alimentos, como eles são apresentados e as atitudes em relação à alimentação das crianças (com restrições e monitoramento). Essa influência provocada pela atitude em relação à alimentação da criança em especial, pode alterar o controle de fome e saciedade das crianças trazendo consequências duradouras, já que esse monitoramento da alimentação e as práticas de restrição em geral são feitas sem orientação de profissionais da saúde, em especial do nutricionista, sendo realizadas de forma inadequada.

Uma revisão da literatura, realizada por Valle e Euclides (2007), destaca a importância da influência dos pais, especialmente das mães, na formação dos hábitos alimentares da criança, mostrando que a alimentação dos pais pode ser decisiva nesse processo, já que as crianças tendem a seguir muito mais o modelo que lhe é apresentado no dia a dia do que obedecer a regras estabelecidas pelos responsáveis.

Vaz e Bennemann (2014) destacam alguns aspectos que podem ser determinantes para a escolha alimentar dos indivíduos, sendo eles: escolaridade e renda, mídia, peso e imagem corporal, cultura, ambiente familiar e aspectos psicológicos. A associação destas variáveis é muito complexa, assim como a avaliação delas, já que é preciso utilizar vários instrumentos diferentes para obter esses resultados isolados e tentar realizar as comparações através de testes estatísticos apropriados para cada tipo de variável. Nesse sentido muitos pesquisadores desenvolvem trabalhos voltados para criar e validar instrumentos que sejam fidedignos para a avaliação do comportamento alimentar ou partes dele.

Com a identificação dos fatores de risco associados ao crescimento das DCNT é possível pensar em estratégias de intervenção em grande escala para tentar atingir o maior número de pessoas possíveis e reduzir os números assustadores que vêm sendo mostrados em todo o mundo.

O governo federal cada vez mais vem investindo na promoção à alimentação saudável através da criação de campanhas como “Saúde Brasil”, criação de diretrizes como as “Diretrizes de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável no Serviço Público Federal”, regulação das legislações de alimentos em especial a legislação de rotulagem nutricional de alimentos, firmando acordos com a indústria alimentícia para redução de açúcar e sódio em alimentos processados, publicação do novo “Guia Alimentar para a População Brasileira” que estimula o consumo de alimentos in natura (BRASIL, 2017).

O nutricionista pode atuar como educador em saúde e nutrição dentro das unidades de saúde, com atividades voltadas diretamente aos pacientes ou para os demais membros da equipe que também são educadores em saúde. Um estudo realizado com ACS mostra que a maior dificuldade que esses profissionais encontram para desenvolver trabalhos de educação em saúde com a população é a falta de capacitação, já que eles não possuem formação específica em saúde e não recebem capacitação de outros profissionais como os médicos, enfermeiros e nutricionista (PEIXOTO et al., 2015).

No estudo de Mello, Luft e Meyer (2004a), os autores realizaram uma comparação entre atendimento ambulatorial e um programa de educação em grupo, com foco na mudança de hábitos alimentares e de atividade física para o tratamento da obesidade infantil, os autores encontraram resultados positivos em ambos os grupos, com melhora nos hábitos em um período de seis meses. Eles ressaltam que o programa de educação em grupo mostra-se vantajoso, pois os mesmos resultados podem ser encontrados, mas com ele é possível beneficiar um número maior de indivíduos em um mesmo atendimento.

A organização do SUS nos níveis de atendimento primário, secundário e terciário é desconhecida pela maior parte dos usuários do serviço, implicando em procura de atendimento nas unidades de saúde erradas, o que gera frustração pela falta de resolubilidade dos problemas de saúde.

O conhecimento dos usuários, e muitas vezes dos profissionais de saúde, sobre a estrutura de serviços oferecidos na AB e principalmente pelas USF ainda é muito vago, mudando a rotina dessas unidades, onde o foco deveria ser na prevenção e promoção da saúde, e acaba por ser mais uma unidade de tratamento de doenças e cura (SILVA; MOTTA, 2015).

Apesar do pequeno aumento do consumo regular de frutas e hortaliças e da redução do consumo de refrigerantes e sucos artificiais, as DCNT têm avançado muito nos últimos dez anos, apresentando um crescimento de 61,8% dos casos de DM e 14,2% dos casos de HAS. Mais da metade da população brasileira está acima do peso recomendado (com classificação

de sobrepeso ou obesidade) chegando a um nível de obesidade de 18,9% da população (BRASIL, 2017).

São escassos ainda no Brasil instrumentos validados que possibilitem mensurar o quanto os fatores ambientais influenciam direta e indiretamente no comportamento alimentar e consequentemente no EN das crianças.

REFERÊNCIAS

- ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.abep.org/codigos-e-guias-da-abep>>. Acesso em: 02 mar. 2015.
- ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Os Números da Obesidade no Brasil: VIGITEL 2009 e POF 2008-2009**. 2010. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/24/552fe9fd73248.pdf>>. Acesso em 10 set. 2016.
- ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade**. 4. ed. São Paulo: ABESO, 2016. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2017.
- ABREU, E.S.; VIANA, I.C.; MORENO, R.B.; TORRES, E.A.F.S. Alimentação mundial – uma reflexão sobre a história. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 2, p. 3-14, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n2/02.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2015.
- ANDRADE, S.C. **Índice de qualidade da dieta e seus fatores associados em adolescentes do Estado de São Paulo**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- ANDRADE, S.C.; PREVIDELLI, A.N.; MARCHIONO, D.M.L.; FISBERG, R.M. Avaliação da confiabilidade do Índice de Qualidade da Dieta Revisado. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 675-83, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n4/0034-8910-rsp-47-04-0675.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2017.
- ASSIS, M.A.A.; NAHAS, M.V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. **Rev. Nutri.**, Campinas, v. 12, n. 1, p. 33-41, jan./abr. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v12n1/v12n1a03.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2016.
- BARROS, V.O.; SILVA, M.L.; GONÇALVES, C.C.; TAVARES, J.S.; SILVA, M.E.; GUEDES, A.T.L.; MONTEIRO, A.P.C. Perfil alimentar de crianças com excesso de peso atendidas em unidades básicas de saúde da família em Campina Grande-PB. **Alim. Nutr.**, Araraquara, v. 22, n. 2, p. 239-245, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/alimentos/article/viewFile/1543/1543>>. Acesso em: 12 dez. 2016.
- BATISTA, C.L. **Adaptação transcultural da *Dieting Beliefs Scale*: uma escala utilizada para avaliar a crença alimentar em adultos de ambos os sexos**. 2016. 106 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.
- BERTOLETTI, J.; GARCIA-SANTOS, S.C. Avaliação do Estresse na Obesidade Infantil. **PSICO**, Porto Alegre, v. 43, n. 1, p. 32-38, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/11091/7616>>. Acesso em: 31 jan. 2015.

- BIRCH, L.L. Os padrões de aceitação do alimento pelas crianças. In: Sabor e Saciedade. **Anais Nestlé**, v. 57, p. 12-20, 1999. Disponível em: <http://www.ufjf.br/renato_nunes/files/2010/08/sabor-e-saciedade.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2015.
- BIRCH, L.L.; FISHER, J.O. Development of eating behaviors among children and adolescents. **Pediatrics**, v. 101, p. 539-549, 1998. Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/101/Supplement_2/539.full.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2016.
- BIRCH, L.L.; FISHER, J.O. Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and Weight. **Am J Clin Nutr**, v. 71, p. 1054-61, 2000. Disponível em: <<http://ajcn.nutrition.org/content/71/5/1054.full.pdf+html>>. Acesso em: 12 dez. 2016.
- BIRCH, L.L.; FISHER, J.O.; DAVISON, K.K. Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 78, n. 2, p. 215-220, 2003. Disponível em: <<http://ajcn.nutrition.org/content/78/2/215.full>>. Acesso em: 12 dez. 2016.
- BIRCH, L.L.; FISHER, J.O.; GRIMM-THOMAS, K.; MARKEY, C.N.; SAWYER, R.; JOHNSON, S.L. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. **Appetite**, v. 36, p. 201-210, 2001. doi:10.1006/appe.2001.0398.
- BIRCH, L.L.; MCPHEE, L.; SHOBA, B.C.; STEINBERG, L.; KREHBIEL, R. Clean up your plate: effects of child feeding practices on the conditioning of meal size. **Lear Motiv**, v. 18, p. 301-317, 1987.
- BRASIL. Ministério da Saúde. CONASEMS. Portal da Saúde. **O SUS de A a Z**. 3. ed. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia Saúde da Família**. Brasília, 2012a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em: 22 set. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**. Textos Básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001, p. 285-304. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_municipal_de_saude.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a**

população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde:** Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2006:** Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_vigitel_2006_marco_2007.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2009:** Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/publicacao_vigitel_2009.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2014:** Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2016:** Hábitos dos brasileiros impactam no crescimento da obesidade e aumenta prevalência de diabetes e hipertensão. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel_17-4-17-final.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 27 jan. 2015.

BRASIL. Portal Brasil. **Saúde – Atendimento. Unidades Básicas de saúde**, 2010b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento/unidades-basicas-de-saude>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

BROWN, A.; LEE, M. Maternal child-feeding style during the weaning period: Association with infant weight and maternal eating style. **Eating Behaviors**, v. 12, p. 108-111, 2011. Disponível em: <<https://cronfa.swan.ac.uk/Record/cronfa10351>>. Acesso em: 06 nov. 2015.

CARVALHO, K.M.B. Obesidade. In: CUPPARI, L. **Guia de nutrição: Nutrição Clínica no Adulto**. 2. ed. rev. e ampl. Barueri, SP: Manole, 2005. cap. 8, p. 149-170.

CAVALCANTE, A.A.M.; PRIORE, S.E.; FRANCESCHINI, S.C.C. Estudos de consumo alimentar: aspectos metodológicos gerais e o seu emprego na avaliação de crianças e adolescentes. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n. 3, p. 229-240, jul./set., 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a02v04n3.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2017.

CAVALCANTE, A.C.M.; SAMPAIO, H.A.C.; ALMEIDA, P.C. Recomendações dietéticas no tratamento da obesidade infantil: semelhanças e discrepâncias segundo categoria profissional. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, n. 3, p. 764-776, jul./set. 2012. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/viewFile/554/pdf_172>. Acesso em: 23 maio 2015.

CERVATO, A.M.; VIEIRA, V.L. Índices dietéticos na avaliação da qualidade global da dieta. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 16, n. 3, p. 347-355, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v16n3/a12v16n3.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

COELHO, H.M.; PIRES, A.P. Relações Familiares e Comportamento Alimentar. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 45-52, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n1/06.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **A Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação Adequada no Brasil - Indicadores e Monitoramento da Constituição de 1988 aos dias atuais**. Brasília. 2010. Disponível em: < <http://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes/a-seguranca-alimentar-e-nutricional-e-o-direito-humano-a-alimentacao-adequada-no-brasil-1/relatorio-consea.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2015.

DWYER, J. Food Consumption Assessment. In: SHILS, M. E.; OLSON, J. A.; SHIKE, M.; ROSS, A.C. **Modern Nutrition in Health and Disease**. 9. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999. cap. 58, p. 1001-1026.

EPSTEIN, L.H.; GORDY, C.C.; RAYNOR, H.A.; BEDDOME, M.; KILANOWSKI, C.K.; PALUCH, R. Increasing fruit and vegetable intake and decreasing fat and sugar intake in families at risk for childhood obesity. **Obesity Research**, v. 9, n. 3, p. 171-178, 2001. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2001.18/epdf>>. Acesso em 10 fev. 2016.

FIGUEIREDO, E.N. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. Módulo Político Gestor. Especialização em Saúde da Família. UNA-SUS Universidade Aberta do SUS. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2015.

FISBERG, R.M.; MARCHIONI, D.M.L.; CASTRO, M.A. Manual de Críticas para Inquéritos Alimentares. In: FISBERG, R.M.; MARCHIONI, D.M.L. (orgs.). **Manual de Avaliação do Consumo Alimentar em estudos populacionais: a experiência do inquérito de saúde em São**

- Paulo (ISA). Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública, p. 108-134, 2007. Disponível em: <<http://www.gac-usp.com.br/resources/manual%20isa%20biblioteca%20usp.pdf>>. Acesso em: 20 de jun. 2016.
- FISBERG, R.M.; MARCHIONI, D.M.L.; COLUCCI, A.C.A. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, Botucatu, v. 53, n. 5, p. 617-624, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v53n5/14.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2016.
- FISBERG, R.M.; MARTINI, L.A.; SLATER, B. Métodos de Inquéritos Alimentares. In: FISBERG, R.M.; SLATER, B.; MARCHIONI, D.M.L.; MARTINI, L.A. (orgs.). **Inquéritos Alimentares: Métodos e Bases Científicas**. Barueri: Manole, 2005. cap. 1, p. 1-31.
- FISBERG, R.M.; SLATER, B.; BARROS, R.R.; LIMA, F.D.; CESAR, C.L.G.; CARANDINA, L.; BARROS, M.B.A.; GOLDBAUM, M. Healthy Eating Index: Evaluation of adapted version and its applicability. **Rev Nutr.**, Campinas, v.17, n. 3, p. 301-18, jul./set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v17n3/21879.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2017.
- FOX, C.S.; PENCINA, M.J.; HEARD-COSTA, N.L.; SHRADER, P.; JAQUISH, C.; O'DONNELL, C.J.; VASAN, R.S.; D'AGOSTINO, R.B. Trends in the association of parental history of obesity over 60 years. **Obesity**, v. 22, n. 3, p. 919-924, mar. 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oby.20564/epdf>>. Acesso em: 12 mar. 2017.
- FURNHAM, A.; ATKINS, L. Dieting Control Beliefs and Disordered Eating. **European Eating Disorders Review**, v. 5, n. 4, p. 278-296, 1997.
- GAC – Grupo de Pesquisa de Avaliação do Consumo Alimentar. **Roteiro para o cálculo o Índice de Qualidade da Dieta_Revisado (IQD-R)**. Materiais de apoio, Orientações, GAC-USP. Disponível em: <http://www.gac-usp.com.br/resources/Roteiro%20para%20calcular%20o%20C3%8Dndice%20de%20Qualidade%20da%20Dieta_Revisado%20_IQD-R_.pdf>. Acesso em: 11 maio 2016.
- GENG, G.; ZHU, Z.; SUZUKI, K. TANAKA, T.; ANDO, D.; SATO, M.; YAMAGATA, Z. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire (CFQ) in Japanese elementary school children. **Appetite**, v. 52, p. 8-14, 2009. doi:10.1016/j.appet.2008.06.015.
- GIBSON, R.S. **Principles of nutritional assessment**. Oxford: Oxford University Press, 1990. Food consumption of individuals, p. 37-54.
- GODOY, F.C.; ANDRADE, S.C.; MORIMOTO, J.M.; CARANDINA, L.; BARROS, M.B.A.; CESAR, C.L.G.; FISBERG, R.M. Índice de qualidade da dieta de adolescentes residentes no distrito do Butantã, município de São Paulo, Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 6, p. 663-671, nov/dez., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000600003>. Acesso em: 28 fev. 2017.

GREENE, G.W.; ROSSI, S.R.; ROSSI, J.S.; VELICER, W.F.; FAVA, J.L.; PROCHASKA, J.O. Dietary Applications of the Stages of Change Model. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 99, n. 6, p. 673-678, jun. 1999.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/pt/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=245419>>. Acesso em: 02 mar. 2015.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: Tabelas de Composição Nutricional dos Alimentos Consumidos no Brasil. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv50002.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2016.

KAMIMURA, M.A.; BAXMANN, A.; SAMPAIO, L.R.; CUPPARI, L. Avaliação Nutricional. In: CUPPARI, L. **Guia de nutrição**: Nutrição Clínica no Adulto. 2. ed. rev. e ampl. Barueri: Manole, 2005. cap. 6 p. 89-128.

KARP, S.M.; BARRY, K.M.; GESELL, S.B.; PO'E, E.K.; DIETRICH, M.S.; BARKIN, S.L. Parental feeding patterns and child weight status for Latino preschoolers. **Obesity Research & Clinical Practice**, v.8, p. 88-97, 2014. Disponível em: <[http://www.obesityresearchclinicalpractice.com/article/S1871-403X\(12\)00237-2/pdf](http://www.obesityresearchclinicalpractice.com/article/S1871-403X(12)00237-2/pdf)>. Acesso em: 11 maio 2016.

KELLER K.L.; PIETROBELLI, A.; JOHNSON, S.L.; FAITH, M.S. Maternal restriction of children's eating and encouragements to eat as the 'non-shared environment': a pilot study using the child feeding questionnaire. **International Journal of Obesity**, v. 30, n. 11, p. 1670-1675, 2006. doi:10.1038/sj.ijo.0803318.

KENNEDY, E.T.; OHLS, J.; CARLSON, S.; FLEMING, K. The Healthy Eating Index: design and applications. **J Am Diet Assoc.**, v. 95, n. 10, p. 1103-8, 1995. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S0002822395003002/1-s2.0-S0002822395003002-main.pdf?_tid=ff29f09c-0768-11e7-9660-00000aabb0f6b&acdnat=1489353499_baf975e351107205110b1f5192300841>. Acesso em: 08 fev. 2016.

LIPSCHITZ, D.A. Screening for nutritional status in the elderly. **Prim Care**, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.

LORENZATO, L. **Avaliação de atitudes, crenças e práticas de mães em relação à alimentação e obesidade de seus filhos através do uso do Questionário de Alimentação da Criança (QAC)**. 2012. 159 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

LORENZATO, L.; CRUZ, I.S.M.; BRAGA COSTA, T.M.; ALMEIDA, S.S. Translation and Cross-Cultural Adaptation of a Brazilian Version of the Child Feeding Questionnaire. **Paidéia**, v. 27, n. 66, p. 33-42, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v27n66/0103-863X-paideia-27-66-00033.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

- LOURENÇO, A.M.; TAQUETTE, S.R.; HASSELMANN, M.H. Avaliação nutricional: antropometria e conduta nutricional na adolescência. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 51-58, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/imagebank/PDF/v8n1a08.pdf?aid2=265&nome_en=v8n1a08.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2014.
- MARINHO, C.S.M.; HAMANN, E.M.; LIMA, A.C.C.F. Práticas e mudanças no comportamento alimentar na população de Brasília, Distrito Federal, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 7, n. 3, p. 251-261, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n3/04.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.
- MARQUES, M.S.; SILVA, J.R.; LIMA, C.A.G.; MAIA, E.M.G.C. Prevalência de sobrepeso e obesidade entre crianças de 7 a 10 anos atendidas em unidade de Estratégia Saúde da Família – ESF. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 37, p. 1-9, 2015. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1032/743>>. Acesso em: 08 jun. 2016.
- MELLO, E.D.; LUFT, V.C.; MEYER, F. Atendimento ambulatorial individualizado versus programa de educação em grupo: qual oferece mais mudança de hábitos alimentares e de atividade física em crianças obesas? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 6, p. 468-474, 2004a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n6/v80n6a08.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2015.
- MELLO, E.D.; LUFT, V.C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, vol. 80, n. 3, p. 173-182, 2004b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n3/v80n3a04>>. Acesso em: 10 abr. 2015.
- MIRANDA DA CRUZ, I.S. **O uso de um questionário de alimentação para o estudo de atitudes, crenças e práticas dos pais em relação à alimentação e propensão à obesidade**. 2009. 62f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.
- MIRANDA, D.E.G.A. **Indicadores nutricionais e percepção de mães sobre a alimentação de seus filhos na estratégia de saúde da família como pressuposto para educação em saúde e nutrição**. 2013, 101f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas. Programa de Pós Graduação em Alimentos e Nutrição, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araraquara, 2013.
- MIRANDA, J.M.Q.; ORNELAS, E.M.; WICHI, R.B. Obesidade infantil e fatores de risco cardiovasculares. **ConScientiae Saúde**, v. 10, n. 1, p. 175-180, 2011. Disponível em: <<http://www4.uninove.br/ojs/index.php/saude/article/viewFile/2491/1911>>. Acesso em: 13 maio 2015.
- MONDINI, L.; MONTEIRO, C.A. Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira (1962-1988). **Rev. Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 433-439, 1994. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/24074/26039>>. Acesso em: 10 jan. 2017.
- MOTTA, D.G.; BOOG, M.C.F. **Educação Nutricional**. São Paulo: Ibasa, 1984. 162p.

NEPA - Núcleo de Estudos e Pesquisa em Alimentação. **Tabela Brasileira de Composição de Alimentos** – TACO. UNICAMP. 4. ed. rev. e ampl.. -- Campinas: NEPA- UNICAMP, 2011. 161 p. Disponível em:

<https://www.unicamp.br/nepa/taco/contar/taco_4_edicao_ampliada_e_revisada>. Acesso em: 08 jun. 2016.

OLIVEIRA, M.C; CALAHANI, I.M.; PREVIDELLI, A.N.; MALTA, M.B.; CORRENTE, J.E.; PAPINI, S.J. Aplicação do Índice de Qualidade da Dieta Revisado antes e após orientação nutricional. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 29-36, jan./abr., 2015. Disponível em: <<http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/2308/2153>>. Acesso em: 08 jun. 2016.

OLIVEIRA, C.L.; FISBERG, M. Obesidade na infância e adolescência – uma verdadeira epidemia. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, Botucatu, v. 47, n. 2, p. 107-108, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0004-27302003000200001&pid=S0004-27302003000200001&pdf_path=abem/v47n2/a01v47n2.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2015.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Growth reference data for 5-19 years: body mass index-for-age, height-for-age, weight-for-age**. Geneva: World Health Organization, 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/growthref/en/>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Obesity and overweight**. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Obesity: Preventing and managing the global epidemic**. Geneva: World Health Organization, Report of a WHO consultation, 2000. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>>. Acesso em: 27 jan. 2015.

PASSOS, D.R.; GIGANTE, D.P.; MACIEL, F.V.; MATIJASEVICH, A. 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. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0103058214000331>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

PEIXOTO, H.M.C.; LOPES, V.C.; FERREIRA, T.N.; ROCHA, R.G.; SILVA, P.L.N. Percepção do agente comunitário de saúde sobre educação em saúde em uma unidade básica. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 5, n. 3, p. 1784-1793, set./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/912/931>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

PHILIPPI, S.T. **Tabela de composição química de alimentos: suporte para decisão nutricional**. 5. ed. Barueri: Manole, 2016.

PINHEIRO, A.B.V.; LACERDA, E.M.A.; BENZECRY, E.H.; GOMES, M.C.S.; COSTA, V.M. **Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras**. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2004, 131 p.

- PINHEIRO-CAROZZO, N.P.; OLIVEIRA, J.H.A. Comportamento alimentar: um estudo da relação entre IMC de crianças e sua percepção sobre as práticas alimentares parentais. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 6, n. 1, p. 21-35, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/20137/16768>>. Acesso em: 28 out. 2016.
- POULAIN, J.P.; PROENÇA, R.P.C. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. **Rev. Nutri.**, Campinas, v. 16, n. 3, p. 245-256, jul./set. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v16n3/a02v16n3.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2016.
- PREVIATO, H.D.R.A.; VOLP, A.C.P.; FREITAS, R.N. Avaliação da qualidade da dieta pelo Índice de Alimentação Saudável e suas variações: uma revisão bibliográfica. **Nutr. clin. diet. hosp.**, v. 34, n. 2, p. 88-96, 2014. Disponível em: <<http://revista.nutricion.org/PDF/avaliacaoPreviato.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2017.
- PREVIDELLI, A.N.; ANDRADE, S.C.; PIRES, M.M.; FERREIRA, S.R.G.; FISBERG, R.M.; MARCHIONI, D.M. Índice de Qualidade da Dieta Revisado para população brasileira. **Rev Saúde Pública**, v.45, n. 4, p. 794-8, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n4/2523.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2017.
- PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C.; NORCROSS, J.C. In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors. **American Psychologist**, v. 47, n. 9, p. 1102-1114, sept. 1992. Disponível em: <http://img2.timg.co.il/forums/1_169896458.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2016.
- RAMOS, M.; STEIN, L.M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **Jornal de Pediatria**, v. 76, supl. 3, p. 229-237, 2000. Disponível em: <<http://www.cookie.com.br/site/wp-content/uploads/2014/07/Desenvolvimento-do-comportamento-alimentar-infantil.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2015.
- ROSSI, A.; MOREIRA, E.A.M.; RAUEN, M.S. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Rev. Nutri.**, Campinas, v. 21, n. 6, p. 739-748, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n6/a12v21n6.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2017.
- SABIN, M.A.; CROWNE, E.C.; SHIELD, J.P.H. The prognosis in childhood obesity. **Current Pediatrics**, v. 14, p. 110-114, 2004. doi:10.1016/j.cupe.2003.11.011.
- SANTOS, C.R.B.; GOUVEIA, L.A.V.; PORTELLA, E.S.; AVILA, S.S.; SOARES, E.A.; LANZILLOTTI, H.S. Índice de Alimentação Saudável: avaliação do consumo alimentar de diabéticos tipo 2. **Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.**, São Paulo, SP, v. 34, n. 1, p. 115-129, 2009a. Disponível em: <http://sban.cloudpainel.com.br/files/revistas_publicacoes/219.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2017.
- SANTOS, G.G.; SOUSA, J.B.; OLIVEIRA, D.N.B.; RIBEIRO, N.C. Avaliação da qualidade da dieta de mulheres atendidas em uma clínica escola. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 15, n. 4, p. 37-52, 2011. Disponível em: <<http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/ensaioeciencia/article/view/2860/2714>>. Acesso em: 28 jun. 2015.

- SANTOS, J.L.; KAIN, J.; DOMINGUEZ-VÁSQUEZ, P.; LERA, L.; GALVÁN, M.; CORVALÁN, C.; UAUY, R. Maternal anthropometry and feeding behavior toward preschool children: association with childhood body mass index in an observational study of Chilean families. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 6, n. 93, 2009b. Disponível em: <<https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/1479-5868-6-93>>. Acesso em: 20 jun. 2016.
- SARTORELLI, D.S.; FRANCO, L.J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, s. 1, p. 29-36, 2003. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/csp/v19s1/a04v19s1.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.
- SATO, A.F.; JELALIAN, E.; HART, C.N.; LLOYD-RICHARDSON, E.E.; MEHLENBECK, R.S.; NEILL, M.; WING, R.R. Associations between Parent Behavior and Adolescent Weight Control. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 36, n. 4, p. 451-460, 2010. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jpepsy/article-lookup/doi/10.1093/jpepsy/jsq105>>. Acesso em: 13 fev. 2017.
- SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. **Obesidade na infância e adolescência: Manual de Orientação**. 2. ed. revisada e ampliada. São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/14297c1-Man_Nutrologia_COMPLETO.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2017.
- SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. **Avaliação nutricional da criança e do adolescente: Manual de Orientação**. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/pdfs/MANUAL-AVAL-NUTR2009.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2015.
- SIGULEM, D.M.; DEVINCENZI, M.U.; LESSA, A.C. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. **Jornal de Pediatria**, v. 76, s. 3, 2000. Disponível em: <<http://leg.ufpr.br/lib/exe/fetch.php/pessoais:wbonat:port.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2016.
- SILVA, C.P.; BITTAR, C.M.L. Fatores Ambientais que Influenciam na Obesidade Infantil. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 197-207, jan./abr. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/2063/1568>>. Acesso em: 28 jun. 2015.
- SILVA, D.; VAZ, A.; REGO, C.; DIAS, C.; AZEVEDO, L.F.; GUERRA, A. Avaliação de atitudes e comportamentos alimentares em crianças e adolescentes obesos referenciados a uma consulta hospitalar vs. uma comunidade escolar. **Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo**, v. 9, n. 2, p. 111-115, 2014.
- SILVA, T.R.; MOTTA, R.F. A percepção dos usuários sobre a política de saúde na atenção básica. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 23, n. 2, jul.-dez. 2015. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/4709/5268>>. Acesso em: 12 dez. 2016.
- STEINBECK, K. Treatment options. **Best practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 19, n. 3, p. 455-469, 2005. doi:10.1016/j.beem.2005.04.010.
- STOTLAND, S.; ZUROFF, D.C. A New Measure of Weight Locus of Control: The Dieting Beliefs Scale. **Journal of Personality Assessment**, v. 54, n. 1 & 2, p. 191-203, 1990.

- THOMPSON, M.E. Parental feeding and childhood obesity in preschool-age children: recent finding from the literature. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**, v. 33, p. 205-267, 2010. doi: 10.3109/01460862.2010.530057
- TORAL, N.; SLATER, E. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1641-50, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n6/v12n6a23.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2016.
- TZOU, I.L.; CHU, N.F.. Parental influence on childhood obesity: A review. **Health**, v. 4, n. 12A, p. 1464- 1470, 2012. Disponível em: <http://file.scirp.org/pdf/Health_2012123112452366.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2017.
- VALLE, J.M.N.; EUCLYDES, M.P. A formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos. **Revista APS**, v.10, n.1, p. 56-65, jan./jun. 2007. Disponível em: <<https://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Hinfancia.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2016.
- VARGAS, C.S.; KIRSTEN, V.R.; COLPO, E. Hábitos alimentares e conhecimento de mulheres sobre os dez passos da alimentação saudável propostos pelo Ministério da Saúde. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 55, n. 2, p. 118-122, 2011. Disponível em: <http://www.amrigs.org.br/revista/55-02/009-PG_118-122_733_habitos%20alimentares....pdf>. Acesso em: 01 mar. 2017.
- VASCONCELOS, F.A.G. Antropometria Nutricional. In: MOREIRA, E.A.M; CHIARELLO, P.G (orgs.). **Atenção Nutricional: abordagem dietoterápica em adultos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. cap. 2, p. 20-35.
- VAZ, D.S.S.; BENNEMANN, R.M. Comportamento Alimentar e Hábito Alimentar: uma revisão. **Revista UNINGÁ Review**, v. 20, n. 1, p. 108-112, out-dez 2014. Disponível em: <<http://www.mastereditora.com.br/review>>. Acesso em: 29 out. 2016.
- VELOSO, H.J.F.; SILVA, A.A.M. Prevalência e fatores associados à obesidade addominal e ao excesso de peso em adultos maranhenses. **Rev Bras Epidemiol**, v. 13, n. 3, p. 400-412, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n3/04.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- VENTURA, A.K.; BIRCH, L.L. Does parenting affect children's eating and weight status? **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 5, n. 15, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2276506/>>. Acesso em: 13 fev. 2017.
- VIANA, V.; CANDEIAS, L.; REGO, C.; SILVA, D. Comportamento alimentar em crianças e controlo parental: uma revisão da bibliografia. **Revista da SPCNA - Alimentação Humana**, v. 15, n. 1, p. 9-16, 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/236649294_COMPORTAMENTO_ALIMENTAR_EM_CRIANCAS_E_CONTROLO_PARENTAL_UMA_REVISAO_DA_BIBLIOGRAFIA>. Acesso em: 12 dez. 2016.

VIEIRA, G.O.; SILVA, L.R.; VIEIRA, T.O.; ALMEIDA, J.A.G.; CABRAL, V.A. Hábitos alimentares de crianças menores de um ano amamentadas e não-amamentadas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 411-416, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5/v80n5a13.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2015.

VINHOLES, D.B.; ASSUNÇÃO, M.C.F.; NEUTZLING, M.B. Frequência de hábitos saudáveis de alimentação a partir dos 10 Passos da Alimentação Saudável do Ministério da Saúde. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 791-799, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/10.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2015.

VOLP, A. C. P.; ALFENAS, R. C. G.; COSTA, N. M. B.; MINIM, V. P. R.; STRINGUETA, P. C.; BRESSAN, J. Índices dietéticos para avaliação da qualidade de dietas. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 23, n. 2, p. 281-295, mar./abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v23n2/v23n2a11.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Responsável

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Avaliação da Influência Familiar no Estado Nutricional e Comportamento Alimentar de Crianças de Seis a Dez Anos”. Os pesquisadores responsáveis são Profa. Dra. Telma Maria Braga Costa, Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida e mestrandas Gabriela Pap da Silva.

Este trabalho se justifica pela necessidade de identificar com maior precisão os fatores ambientais ligados ao aparecimento e agravamento da obesidade infantil, que está crescendo rapidamente e trazendo outras complicações de saúde para estas crianças e suas famílias. Sendo o objetivo deste trabalho: avaliar a influência das atitudes, crenças, práticas e comportamento alimentar dos pais perante o comportamento alimentar e estado nutricional de crianças de seis a dez anos. Para tentar responder ao objetivo desta pesquisa iremos até uma sala de atendimento aqui da Unidade de Saúde, para que o Sr(a) fique mais à vontade, onde serão feitas algumas perguntas de identificação, sobre sua alimentação e da criança que você está acompanhando, posteriormente será realizada aferição de seu peso e estatura na própria sala. Esta entrevista tem duração prevista de 30 minutos e será sua única participação nesta pesquisa.

Caso algum problema seja detectado, o mesmo será comunicado à equipe da Unidade de Saúde (se houver sua autorização), não implicando em quebra de sigilo. O nome dos voluntários da pesquisa não será divulgado. O desconforto será mínimo, você eventualmente, poderá ficar constrangido com seu peso ou levantar algum questionamento sobre sua alimentação e da criança ou seu estado nutricional (questionamentos que podem ser esclarecidos com a pesquisadora ao fim desta entrevista). Haverá total liberdade de responder ou não às perguntas feitas. As atividades desenvolvidas neste projeto não implicam em custo para os voluntários e também não implicam em qualquer prejuízo. Você tem liberdade de desistir da participação em qualquer momento e também, mesmo tendo sido avaliado, não permitir o uso dos dados na pesquisa, sem que isto gere qualquer prejuízo. Ressalto que esta pesquisa não envolve riscos aos participantes e tem como benefício colaborar para um melhor acompanhamento e tratamento da obesidade infantil (para aqueles que necessitam) além de possibilitar seu diagnóstico nutricional e você receber orientações nutricionais individualizadas pela Nutricionista responsável. Ao fim desta pesquisa os dados gerais serão encaminhados à Secretaria da Saúde em forma de relatório para auxiliar os gerentes das unidades no desenvolvimento de suas ações. Seus dados individuais serão arquivados pelos

pesquisadores para publicações com fins de divulgação científica, ressaltando que o sigilo dos participantes será sempre mantido.

Para participar, assine ao final deste documento. Uma via deste consentimento informado será arquivada com o pesquisador responsável e outra será fornecida a você.

Eu, _____,
RG/CPF: _____ por me considerar devidamente informado (a)
e esclarecido (a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente
expresso meu consentimento para minha participação na pesquisa: “Avaliação da Influência
Familiar no Estado Nutricional e Comportamento Alimentar de Crianças de Seis a Dez
Anos”.

Declaro que recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido, sendo-me garantido que posso retirar o consentimento de minha participação a qualquer momento, sem que isto acarrete nenhum prejuízo.

Ribeirão Preto, ____/____/____

Assinatura do Participante

Gabriela Pap da Silva
Mestranda

Profa. Dra. Telma Maria Braga Costa
Orientadora

Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida
Co-orientador

Esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa:

Pesquisadora responsável: Gabriela Pap da Silva – RG:44.510.657-8
Telefone para contato: (16) 99711-2530
e-mail: gabrielapap@usp.br

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Telma Maria Braga Costa - RG.14.608.435-4
Telefone para Contato: (16) 36036916 - Curso de Nutrição da Universidade de Ribeirão Preto.
(16) 3315-4391 - Laboratório de Nutrição e Comportamento da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP.
e-mail: tbraga@unaerp.br

Co-orientador: Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida
Telefone para Contato: (16) 3315-3663
Laboratório de Nutrição e Comportamento da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP.
e-mail: sebasalm@usp.br

Esclarecimentos sobre aspectos éticos da pesquisa:

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Avenida Bandeirantes,
3900 – bloco 23 – casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Fone: (16) 3315-4811/Fax: (16)3633-2660
e-mail: coetp@ffclrp.usp.br

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Criança

Seu filho (ou Menor sob sua Responsabilidade) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Avaliação da Influência Familiar no Estado Nutricional e Comportamento Alimentar de Crianças de Seis a Dez Anos”. Os pesquisadores responsáveis são Profa. Dra. Telma Maria Braga Costa, Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida e mestranda Gabriela Pap da Silva.

Este trabalho se justifica pela necessidade de identificar com maior precisão os fatores ambientais ligados ao aparecimento e agravamento da obesidade infantil, que está crescendo rapidamente e trazendo outras complicações de saúde para estas crianças e suas famílias. Sendo o objetivo deste trabalho: avaliar a influência das atitudes, crenças, práticas e comportamento alimentar dos responsáveis perante o comportamento alimentar e estado nutricional de crianças de seis a dez anos. Para tentar responder ao objetivo desta pesquisa iremos até uma sala de atendimento aqui da Unidade de Saúde, para que o Sr(a) e a criança fiquem mais à vontade, onde serão feitas algumas perguntas sobre a alimentação da criança que você está acompanhando, posteriormente será realizada aferição de seu peso e estatura na própria sala. Esta entrevista tem duração prevista de 30 minutos e será a única participação da criança nesta pesquisa.

Caso algum problema seja detectado, o mesmo será comunicados à equipe da Unidade de Saúde (se houver sua autorização), não implicando em quebra de sigilo. O nome dos voluntários da pesquisa não será divulgado. O desconforto será mínimo, a criança poderá achar desagradável estar na balança ou no equipamento para medição da estatura ou levantar algum questionamento sobre a alimentação e seu estado nutricional (questionamentos que podem ser esclarecidos com a pesquisadora ao fim desta entrevista).. Haverá total liberdade de responderem ou não as perguntas feitas. As atividades desenvolvidas neste projeto não implicam em custo para os voluntários e também não implicam em qualquer prejuízo. Vocês têm liberdade de desistir da participação em qualquer momento e também, mesmo tendo sido avaliado, não permitir o uso dos dados na pesquisa, sem que isto gere qualquer prejuízo. Ressalto que esta pesquisa não envolve riscos aos participantes e tem como benefício colaborar para um melhor acompanhamento e tratamento da obesidade infantil (para aqueles que necessitam), além de possibilitar o diagnóstico nutricional da criança e vocês receberem orientações nutricionais individualizadas pela Nutricionista responsável. Ao fim desta pesquisa os dados gerais serão encaminhados à Secretaria da Saúde em forma de relatório para auxiliar os gerentes das unidades no desenvolvimento de suas ações. Os dados

individuais da criança serão arquivados pelos pesquisadores para publicações com fins de divulgação científica, ressaltando que o sigilo dos participantes será sempre mantido.

Para autorizar a participação da criança, assine ao final deste documento. Uma via deste consentimento informado será arquivada com o pesquisador responsável e outra será fornecida a você.

Eu, _____,
RG/CPF: _____ por me considerar devidamente informado (a)
e esclarecido (a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente
expresso meu consentimento para participação do menor:
_____, sob minha responsabilidade,
na pesquisa: “Avaliação da Influência Familiar no Estado Nutricional e Comportamento
Alimentar de Crianças de Seis a Dez Anos”.

Declaro que recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido, sendo-me garantido que posso retirar o consentimento de minha participação a qualquer momento, sem que isto acarrete nenhum prejuízo.

Ribeirão Preto, ____/____/____

Assinatura do Participante

Gabriela Pap da Silva
Mestranda

Profa. Dra. Telma Maria Braga Costa
Orientadora

Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida
Co-orientador

Esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa:

Pesquisadora responsável: Gabriela Pap da Silva – RG:44.510.657-8
Telefone para contato: (16) 99711-2530
e-mail: gabrielapap@usp.br

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Telma Maria Braga Costa - RG.14.608.435-4
Telefone para Contato: (16) 36036916 - Curso de Nutrição da Universidade de Ribeirão Preto.
(16) 3315-4391 - Laboratório de Nutrição e Comportamento da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP.
e-mail: tbraga@unaerp.br

Co-orientador: Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida
Telefone para Contato: (16) 3315-3663
Laboratório de Nutrição e Comportamento da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP.
e-mail: sebasalm@usp.br

Esclarecimentos sobre aspectos éticos da pesquisa:

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Avenida Bandeirantes, 3900 – bloco 23 – casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Fone: (16) 3315-4811/Fax: (16)3633-2660
e-mail: coetp@ffclrp.usp.br

APÊNDICE C – Questionário de Caracterização da Amostra

Data da entrevista: ____/____/____

Nome Completo: _____

Hygia: _____ CNS: _____

Sexo: 1-Feminino 2- Masculino

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Endereço: _____

Nº: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____

USF: _____

Micro área: _____ Família: _____ ACS: _____

Telefone (____) _____

Parentesco com a criança: _____

Situação familiar/conjugal:

- 1- Solteiro(a)
- 2- Casado(a)/Convívio com parceiro(a)
- 3- Divorciado(a)/ Separado(a)
- 4-Viúvo(a)
- 5-Outra

Raça/ Cor Referida:

- 1- Branca
- 2- Preta
- 3- Parda
- 4- Amarela
- 5- Indígena

Grau de Escolaridade:

Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou?

- 1- Creche
- 2- Pré escola (exceto CA)
- 3- Classe Alfabetizada
- 4- Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries
- 5- Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries
- 6- Ensino Fundamental Completo
- 7- Ensino Fundamental Especial
- 8- Ensino Fundamental EJA – séries iniciais (supletivo 1ª a 4ª)
- 9- Ensino Fundamental EJA – séries finais (supletivo 5ª a 8ª)
- 10- Ensino médio, Médio 2º ciclo(científico, técnico e etc)
- 11- Ensino médio especial
- 12- Ensino médio EJA (supletivo)
- 13- Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
- 14- Alfabetização para adultos (Mobral, etc)
- 15- Nenhum

Qual sua situação no mercado de trabalho?

- 1- Empregador
- 2- Assalariado c/ carteira de trabalho
- 3- Assalariado s/ carteira de trabalho
- 4- Autônomo com previdência social
- 5- Autônomo sem previdência social
- 6- Aposentado/Pensionista
- 7- Desempregado
- 8- Não trabalha
- 9- Outro

Quantas pessoas moram na casa? _____

Especifique: _____

Alguém da família tem/teve:			
Diabetes	1- Sim	2- Não	Quem:
Hipertensão	1- Sim	2- Não	Quem:
Dislipidemia	1- Sim	2- Não	Quem:
Infarto/ Derrame	1- Sim	2- Não	Quem:
Outra(s) doença(s)	1- Sim	2- Não	Qual(is):

Nome da Criança: _____

Hygia: _____

CNS: _____

Sexo: 1-Feminino 2- Masculino

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: _____

Período que estuda: 1- Manhã 2- Tarde Série: _____

Quem fica com a criança quando ela não está na escola: _____

Possui irmãos? 1- Sim 2- Não Se sim, Quantos e Idade: _____

Raça/ Cor Referida:

- 1- Branca
- 2- Preta
- 3- Parda
- 4- Amarela
- 5- Indígena

Idade da mãe da Criança: _____

Idade do pai da Criança: _____

Número de Filhos da mãe: _____

Grau de Escolaridade da mãe da criança:

Qual é o curso mais elevado que ela frequenta ou frequentou?

- 1- Creche
- 2- Pré escola (exceto CA)
- 3- Classe Alfabetizada
- 4- Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries
- 5- Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries
- 6- Ensino Fundamental Completo
- 7- Ensino Fundamental Especial
- 8- Ensino Fundamental EJA – séries iniciais (supletivo 1ª a 4ª)
- 9- Ensino Fundamental EJA – séries finais (supletivo 5ª a 8ª)
- 10- Ensino médio, Médio 2º ciclo(científico, técnico e etc)
- 11- Ensino médio especial
- 12- Ensino médio EJA (supletivo)
- 13- Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
- 14- Alfabetização para adultos (Mobral, etc)
- 15- Nenhum

Grau de Escolaridade do pai da criança:

Qual é o curso mais elevado que ele frequenta ou frequentou?

- 1- Creche
- 2- Pré escola (exceto CA)
- 3- Classe Alfabetizada
- 4- Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries
- 5- Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries
- 6- Ensino Fundamental Completo
- 7- Ensino Fundamental Especial
- 8- Ensino Fundamental EJA – séries iniciais (supletivo 1ª a 4ª)
- 9- Ensino Fundamental EJA – séries finais (supletivo 5ª a 8ª)
- 10- Ensino médio, Médio 2º ciclo(científico, técnico e etc)
- 11- Ensino médio especial
- 12- Ensino médio EJA (supletivo)
- 13- Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
- 14- Alfabetização para adultos (Mobral, etc)
- 15- Nenhum

Nome do Responsável: _____

--	--	--	--	--

Criança

Nome da Criança: _____

[illegible]

APÊNDICE E – Ficha de Avaliação Antropométrica

Nome da Criança: _____

Peso (Kg): _____

Estatura (m): _____

Nome do responsável: _____

Peso (Kg): _____

Estatura (m): _____

APÊNDICE F – Tabelas Suplementares

A Tabela A1 apresenta a diferença estimada (além do intervalo de confiança e o resultado do teste de *Tukey*) das comparações entre as classificações adaptadas do EN dos responsáveis dentro dos três fatores com o valor de diferença estimada, intervalo de confiança e resultado do teste de *Tukey*.

Tabela A1 – Diferença estimada, intervalo de confiança e teste de *Tukey* realizados entre os grupos de Estado Nutricional (abaixo do peso, peso adequado e acima do peso) dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, dentro dos três fatores da Escala de Crenças sobre Dieta, Ribeirão Preto, 2016.

Ribeirão Preto, dentro dos três fatores da Escala de Crenças sobre Dieta, Ribeirão Preto, 2010.					
Comparação		Diferença estimada	Intervalo de confiança simultâneo (95%)		Teste de <i>Tukey</i> *
Fator 1					
Abaixo do peso – Peso adequado		-1,45	-19,08	16,19	
Abaixo do peso – Acima do peso		0,28	-17,24	17,81	
Peso adequado – Acima do peso		1,73	-1,29	4,75	
Fator 2					
Abaixo do peso – Peso adequado		1,00	-7,31	9,31	
Abaixo do peso – Acima do peso		0,07	-8,19	8,33	
Peso adequado – Acima do peso		-0,93	-2,35	0,49	
Fator 3					
Abaixo do peso – Peso adequado		4,55	-7,07	16,18	
Abaixo do peso – Acima do peso		2,91	-8,65	14,46	
Peso adequado – Acima do peso		-1,65	-3,64	0,34	

*Teste de *Tukey*. Nível de significância de 5%.

O símbolo "***" representa diferença entre grupos a um nível de 5% de significância. A ausência do símbolo indica não haver diferença entre os grupos.

Fonte: Próprio autor.

A Tabela A2 apresenta a diferença estimada, o intervalo de confiança e o resultado do teste de *Tukey* das comparações entre as classificações adaptadas do EN das crianças, dentro dos três fatores da Escala com o valor de diferença estimada, intervalo de confiança e resultado do teste de *Tukey*.

Tabela A2 – Diferença estimada, intervalo de confiança e teste de *Tukey* realizados entre os grupos de Estado Nutricional (abaixo do peso, peso adequado e acima do peso) dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, dentro dos três fatores da Escala de Crenças sobre Dieta, Ribeirão Preto, 2016. (continua)

Comparação	Diferença estimada	Intervalo de confiança simultâneo (95%)		Teste de Tukey*
Fator 1				
Abaixo do peso – Peso adequado	-1,80	-7,00	3,39	
Abaixo do peso – Acima do peso	-2,38	-7,69	2,93	
Peso adequado – Acima do peso	-0,58	-2,63	1,48	

Tabela A2 – Diferença estimada, intervalo de confiança e teste de *Tukey* realizados entre os grupos de Estado Nutricional (abaixo do peso, peso adequado e acima do peso) dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, dentro dos três fatores da Escala de Crenças sobre Dieta, Ribeirão Preto, 2016. (conclusão)

Comparação	Diferença estimada	Intervalo de confiança simultâneo (95%)	Teste de Tukey*
Fator 2			
Abaixo do peso – Peso adequado	-2,00	-5,74	1,74
Abaixo do peso – Acima do peso	-2,97	-6,79	0,85
Peso adequado – Acima do peso	-0,97	-2,45	0,51
Fator 3			
Abaixo do peso – Peso adequado	1,40	-1,91	4,71
Abaixo do peso – Acima do peso	1,69	-1,69	5,08
Peso adequado – Acima do peso	0,29	-1,02	1,60

*Teste de *Tukey*. Nível de significância de 5%.

O símbolo "***" representa diferença entre grupos a um nível de 5% de significância. A ausência do símbolo indica não haver diferença entre os grupos.

Fonte: Próprio autor.

As diferenças estimadas junto com o intervalo de confiança e o resultado do teste de *Tukey* das comparações das pontuações da Escala de Crenças sobre Dieta entre todos os grupos de faixas etárias dos responsáveis (18-29 anos; 30-44 anos; 45-59 anos; 60 anos ou mais) podem ser vistas na Tabela A3, separadas pelos fatores da Escala.

Tabela A3 – Diferença estimada, intervalo de confiança e teste de *Tukey* realizados entre os grupos de faixas etárias dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, dentro dos três fatores da Escala de Crenças sobre Dieta, Ribeirão Preto, 2016. (continua)

Comparação	Diferença estimada	Intervalo de confiança simultâneo (95%)	Teste de Tukey*
Fator 1			
(18-29 anos) - (30-44 anos)	-1,48	-5,28	2,32
(18-29 anos) - (45-59 anos)	-1,12	-6,03	3,78
(18-29 anos) - (60 anos ou mais)	4,15	-1,56	9,86
(30-44 anos) - (45-59 anos)	0,36	-3,85	4,56
(30-44 anos) - (60 anos ou mais)	5,63	0,51	10,74
(45-59 anos) - (60 anos ou mais)	5,27	-0,71	11,25
Fator 2			
(18-29 anos) - (30-44 anos)	0,43	-1,39	2,25
(18-29 anos) - (45-59 anos)	-1,01	-3,35	1,34
(18-29 anos) - (60 anos ou mais)	-0,92	-3,64	1,81
(30-44 anos) - (45-59 anos)	-1,44	-3,45	0,57
(30-44 anos) - (60 anos ou mais)	-1,35	-3,79	1,10
(45-59 anos) - (60 anos ou mais)	0,09	-2,77	2,95

Tabela A3 – Diferença estimada, intervalo de confiança e teste de *Tukey* realizados entre os grupos de faixas etárias dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, dentro dos três fatores da Escala de Crenças sobre Dieta, Ribeirão Preto, 2016. (conclusão)

Comparação	Diferença estimada	Intervalo de confiança simultâneo (95%)		Teste de <i>Tukey</i> *
Fator 3				
(18-29 anos) - (30-44 anos)	-0,40	-2,94	2,15	
(18-29 anos) - (45-59 anos)	-1,84	-5,12	1,45	
(18-29 anos) - (60 anos ou mais)	-2,90	-6,72	0,93	
(30-44 anos) - (45-59 anos)	-1,44	-4,26	1,37	
(30-44 anos) - (60 anos ou mais)	-2,50	-5,93	0,93	
(45-59 anos) - (60 anos ou mais)	-1,06	-5,06	2,95	

*Teste de *Tukey*. Nível de significância de 5%.

O símbolo "***" representa diferença entre grupos a um nível de 5% de significância. A ausência do símbolo indica não haver diferença entre os grupos.

Fator 1: ANOVA: Valor-p 0,04. Fator 2: ANOVA: Valor-p 0,20. Fator 3: ANOVA: Valor-p 0,13

Fonte: Próprio autor.

A Tabela A4 apresenta os dados da Escala de Crenças sobre Dieta, com a diferença estimada das comparações feitas entre os distritos (norte, oeste e leste) onde as famílias residiam. Os dados estão apresentados separadamente para cada fator da escala, com a diferença estimada, intervalo de confiança e o resultado do teste de *Tukey*.

Tabela A4 – Diferença estimada, intervalo de confiança e teste de *Tukey* realizados entre os distritos (norte, oeste e leste), dentro dos três fatores da Escala de Crenças sobre Dieta respondida pelos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

Análisa da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2010.				
Comparação	Diferença estimada	Intervalo de confiança simultâneo (95%)		Teste de Tukey*
Fator 1				
Norte - Oeste	3,17	0,24	6,09	***
Norte - Leste	1,58	-2,46	5,62	
Oeste - Leste	-1,58	-5,57	2,41	
Fator 2				
Norte - Oeste	0,55	-0,85	1,95	
Norte - Leste	0,89	-1,05	2,82	
Oeste - Leste	0,33	-1,58	2,25	
Fator 3				
Norte - Oeste	1,20	-0,76	3,15	
Norte - Leste	-0,83	-3,54	1,87	
Oeste - Leste	-2,03	-4,70	0,64	

*Teste de *Tukey*. Nível de significância de 5%.

O símbolo "***" representa diferença entre grupos a um nível de 5% de significância. A ausência do símbolo indica não haver diferença entre os grupos.

Fator 1: ANOVA: Valor-p 0,04. Fator 2: ANOVA: Valor-p 0,48. Fator 3: ANOVA: Valor-p 0,14.

Fonte: Próprio autor.

A Tabela A5 apresenta os dados referentes aos resultados de níveis de adesão aos passos da alimentação saudável das crianças em frequência absoluta e relativa, separadas pelas faixas etárias de “seis-sete anos” e “oito-nove anos”, além do resultado do teste exato de *Fisher*.

Tabela A5 – Frequência absoluta e relativa de nível de adesão aos nove passos da alimentação saudável de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separadas por Faixa Etária (seis-sete anos; oito-nove anos), Ribeirão Preto, 2016.

Nível de adesão aos Passos da Alimentação Saudável	Faixa Etária		Total	Valor-p*
	6-7 anos	8-9 anos		
Alta adesão (7-9)	20 (24,4%)	25 (30,5%)	45	0,64
Média adesão (4-6)	58 (70,7%)	52 (63,4%)	110	
Pouca adesão (0-3)	4 (4,9%)	5 (6,1%)	9	
Total	82 (100%)	82 (100%)	164	

*Teste exato de *Fisher*. Nível de significância de 5%.

Fonte: Próprio autor.

A frequência absoluta e relativa dos níveis de adesão aos passos da alimentação saudável dos responsáveis dividido pela faixa etária dos responsáveis (18-29 anos; 30-44 anos; 45-59 anos; 60 anos ou mais) e o resultado do teste exato de *Fisher* estão apresentados na Tabela A6.

Tabela A6 – Frequência absoluta e relativa de nível de adesão aos nove passos da alimentação saudável dos responsáveis de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separadas por Faixa Etária (18-29 anos; 30-44 anos; 45-59 anos; 60 anos ou mais), Ribeirão Preto, 2016.

Nível de adesão aos Passos da Alimentação Saudável	Faixa etária (Responsável)				Total	Valor-p*
	18-29 anos	30-44 anos	45-59 anos	>60 anos		
Alta adesão (7-9)	9 (26,5%)	20 (22,7%)	7 (26,9%)	7 (43,8%)	43	0,55
Média adesão (4-6)	22 (64,7%)	64 (72,7%)	17 (65,4%)	9 (56,3%)	112	
Pouca adesão (0-3)	3 (8,8%)	4 (4,6%)	2 (7,7%)	0 (0%)	9	
Total	34 (100%)	88 (100%)	26 (100%)	16 (100%)	164	

*Teste exato de *Fisher*. Nível de significância de 5%.

Fonte: Próprio autor.

A Tabela A7 apresenta a frequência absoluta e relativa dos níveis de adesão (alta adesão, média adesão e pouca adesão) aos passos da alimentação saudável dos responsáveis, separados por sexo (masculino e feminino).

Tabela A7 – Frequência absoluta e relativa de nível de adesão aos nove passos da alimentação saudável dos responsáveis de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separadas por Sexo (feminino e masculino), Ribeirão Preto, 2016.

Nível de adesão aos Passos da Alimentação Saudável	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Alta adesão (7-9)	42 (26,6%)	1 (16,7%)	43
Média adesão (4-6)	109 (69%)	3 (50%)	112
Pouca adesão (0-3)	7 (4,4%)	2 (33,3%)	9
Total	158 (100%)	6 (100%)	164

Fonte: Próprio autor.

A Tabela A8 apresenta os valores médios de IQD-R das crianças (n=164) juntamente com os valores de desvio padrão, mínimo, mediana e máximo de cada um dos três distritos (norte, oeste e leste), separadamente.

Tabela A8 – Valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separadas pelos distritos (norte, oeste e leste), Ribeirão Preto, 2016.

	Distrito	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
IQD-R (criança)	Norte	66	49,1	13,62	22,5	48,3	85,3
	Oeste	73	50,7	13,98	12,9	52,7	78,3
	Leste	25	50,4	12,74	26,5	49,5	76,7

Fonte: Próprio autor.

Os resultados das comparações dos valores de IQD-R das crianças entre as classificações de EN adaptado estão apresentados na Tabela A9, com os valores de diferença estimada, intervalo de confiança e teste de *Tukey*.

Tabela A9 – Diferença estimada, intervalo de confiança e teste de *Tukey* realizados entre os EN adaptados (abaixo do peso, peso adequado e acima do peso), do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

Comparação	Diferença estimada	Intervalo de confiança simultâneo (95%)	Teste de <i>Tukey</i> *
Abaixo do peso – Peso adequado	2,02	-11,43 15,47	
Abaixo do peso – Acima do peso	-2,18	-15,93 11,58	
Peso adequado – Acima do peso	-4,20	-9,52 1,13	

*Teste de *Tukey*. Nível de significância de 5%.

O símbolo "***" representa diferença entre grupos a um nível de 5% de significância. A ausência do símbolo indica não haver diferença entre os grupos.

ANOVA: Valor-p 0,18.

Fonte: Próprio autor.

A Tabela A10 apresenta a divisão do IQD-R (média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo) dos responsáveis em relação ao distrito em que as famílias residiam (norte, oeste e leste). Os valores médios encontrados de IQD-R não apresentaram resultados muito diferentes, já os valores mínimo e máximo tiveram uma variação entre 20,1 (valor mínimo do distrito oeste) a 92,0 (valor máximo do distrito norte) pontos dentro dos distritos. O distrito que apresentou maior média de pontuação do IQD-R foi o norte, com 58,8 pontos, seguindo do distrito oeste com média de 55,1 pontos e leste com média de 54,6 pontos.

Tabela A10 – Valores de média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separadas pelos distritos (norte, oeste e leste), Ribeirão Preto, 2016.

	Distrito	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
IQD-R (Responsável)	Norte	66	58,8	11,78	35,3	60,9	92,0
	Oeste	73	55,1	11,00	20,8	55,7	77,6
	Leste	25	54,6	15,20	23,1	53,4	83,3

Fonte: Próprio autor.

A Tabela A11 apresenta os dados de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo da pontuação do IQD-R dividida entre os sexos (feminino e masculino) além, do resultado obtido pelo Teste *t-Student*.

Tabela A11 – Valores de média, desvio padrão, mínimo e máximo do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, separadas por sexo (feminino e masculino), Ribeirão Preto, 2016.

	Sexo (Responsável)	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Valor-p*
IQD-R (Responsável)	Feminino	158	56,4	12,16	20,8	92,0	
	Masculino	6	59,3	10,79	42,7	75,4	
	Diferença (Fem - Masc)		-2,9				0,56

*Teste *t-Student*. Nível de significância de 5%.

Fonte: Próprio autor.

Na Tabela A12 podem ser vistas as diferenças estimadas (juntamente ao intervalo de confiança) das pontuações do IQD-R comparadas entre os EN adaptados (abaixo do peso, peso adequado e acima do peso). O teste de *Tukey* mostra que não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela A12 – Diferença estimada, intervalo de confiança e teste de *Tukey* realizados entre os Estados Nutricionais adaptados (abaixo do peso, peso adequado e acima do peso), da pontuação do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

Comparação	Diferença estimada	Intervalo de confiança simultâneo (95%)		Teste de Tukey*
Abaixo do peso – Peso adequado	-1,59	-30,54	27,36	
Abaixo do Peso – Acima do Peso	-4,32	-33,09	24,45	
Peso adequado – Acima do peso	-2,73	-7,68	2,22	

*Teste de *Tukey*. Nível de significância de 5%.

*O símbolo "****" representa diferença entre grupos a um nível de 5% de significância. A ausência do símbolo indica não haver diferença entre os grupos.

ANOVA: Valor-p 0,41

Fonte: Próprio autor.

A comparação de grupos com a diferença estimada da pontuação do IQD-R entre as faixas etárias, assim como o intervalo de confiança simultâneo e o Teste de *Tukey* estão apresentados na Tabela A13. Não houve diferença estatisticamente significativa entre nenhum grupo das faixas etárias.

Tabela A13 – Diferença estimada, intervalo de confiança e teste de *Tukey* realizados entre as faixas etárias (18-29 anos, 30-44 anos, 45-59 anos e 60 anos ou mais), da pontuação do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

Comparação	Diferença estimada	Intervalo de confiança simultâneo (95%)		Teste de Tukey*
(18-29) - (30-44)	-2,74	-9,01	3,54	
(18-29) - (45-59)	-4,52	-12,62	3,57	
(18-29) - (60 ou mais)	-9,01	-18,43	0,41	
(30-44) - (45-59)	-1,79	-8,72	5,15	
(30-44) - (60 ou mais)	-6,27	-14,72	2,17	
(45-59) - (60 ou mais)	-4,49	-14,36	5,39	

*Teste de *Tukey*. Nível de significância de 5%.

O símbolo "****" representa diferença entre grupos a um nível de 5% de significância. A ausência do símbolo indica não haver diferença entre os grupos.

ANOVA: Valor-p 0,09

Fonte: Próprio autor.

A Tabela A14 apresenta os resultados da correlação entre os fatores do QAC e os valores de IQD-R das crianças. Apenas o fator 5 se mostrou significativamente correlacionado com o valor do IQD-R das crianças, sendo que quanto menor o valor do escore do QAC maior estava o valor do IQD-R.

Tabela A14 – Resultados da correlação entre os sete fatores do Questionário de Alimentação da Criança (QAC) e a pontuação do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos (n=164), residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

QAC	IQD-R	
	Correlação*	Valor-p
Fator 1	-0,02	0,81
Fator 2	-0,07	0,40
Fator 3	0,05	0,54
Fator 4	-0,02	0,83
Fator 5	-0,19	0,02 **
Fator 6	-0,14	0,08
Fator 7	-0,06	0,41

*Coeficiente de correlação de *Spearman*.

Nível de significância de 5%.

O símbolo "***" representa correlação entre o fator do QAC e o IQD-R a um nível de 5% de significância. A ausência do símbolo indica não haver correlação significativa.

Fonte: Próprio autor.

A Tabela A15 mostra a análise de correlação entre dos fatores do QAC com os fatores da Escala de Crenças sobre Dieta, a diferença significativa se deu apenas entre o fator 1 da Escala de Crenças com os fatores 1 e 7 do QAC.

Tabela A15 – Resultados da correlação entre os sete fatores do Questionário de Alimentação da Criança (QAC) e os três fatores da Escala de Crenças sobre Dieta, dos responsáveis (n=164) de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

QAC	Fator 1 (crenças)		Fator 2 (crenças)		Fator 3 (crenças)	
	Correlação*	Valor-p	Correlação*	Valor-p	Correlação*	Valor-p
Fator 1	-0,25	<0,01 **	0,07	0,35	0,14	0,08
Fator 2	0,12	0,14	-0,02	0,82	-0,08	0,32
Fator 3	0,05	0,55	0,09	0,25	-0,11	0,17
Fator 4	-0,15	0,04	-0,02	0,75	0,05	0,51
Fator 5	-0,15	0,06	0,00	0,99	-0,02	0,77
Fator 6	0,08	0,33	-0,09	0,28	-0,08	0,30
Fator 7	-0,18	0,02**	0,08	0,34	0,03	0,69

*Coeficiente de correlação de *Spearman*.

Nível de significância de 5%.

O símbolo "***" representa correlação entre o fator do QAC e o fator da Escala de Crenças sobre Dieta a um nível de 5% de significância. A ausência do símbolo indica não haver correlação significativa.

Fonte: Próprio autor.

Não foi encontrada correlação entre os valores de IQD-R e os fatores da Escala de Crenças, segundo o coeficiente de correlação de *Spearman*, conforme apresentado na Tabela A16.

Tabela A16 – Resultados da correlação entre os valores do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R) dos responsáveis (n=164) e das crianças (n=164) e os três fatores da Escala de Crenças sobre Dieta, dos responsáveis de crianças de seis a dez anos de idade incompletos, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2016.

	Fator 1 (crenças)		Fator 2 (crenças)		Fator 3 (crenças)	
	Correlação*	Valor-p	Correlação*	Valor-p	Correlação*	Valor-p
IQD-R (responsável)	0,02	0,82	0,08	0,33	-0,02	0,76
IQD-R (criança)	0,12	0,12	0,01	0,94	-0,17	0,03**

*Coeficiente de correlação de *Spearman*.

Nível de significância de 5%.

O símbolo "***" representa correlação entre o IQD-R e o fator da Escala de Crenças sobre Dieta a um nível de 5% de significância. A ausência do símbolo indica não haver correlação significativa.

Fonte: Próprio autor.

ANEXO A – Autorização da Secretaria Municipal da Saúde **Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

OF. 3133/15 – GS

RG/rg

Ribeirão Preto, 14 de agosto de 2015.

Senhora Orientadora,

Informo que os Gerentes das Unidades de Saúde JARDIM ZARA, AVELINO ALVES PALMA, ESTAÇÃO DO ALTO, GERALDO CORREIA DE CARVALHO, HEITOR RIGON, JARDIM PAIVA, PAULO GOMES ROMEU, EUGENIO MENDES LOPES E MARIA CASAGRANDE, de Ribeirão Preto –SP, manifestaram a concordância de que a coleta de dados do projeto de pesquisa seja realizada nas suas respectivas Unidades de Saúde. Sendo assim, **declaro estar ciente e concordo com a realização** do projeto de pesquisa: “AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA FAMILIAR NO ESTADO NUTRICIONAL E COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE CRIANÇAS DE SEIS A DEZ ANOS”, sob a responsabilidade da Profª. Dra. TELMA MARIA BRAGA COSTA.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

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

Cordialmente,

Ronaldo Guizzo

**Coordenador da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**

Ilustríssima Senhora

TELMA MARIA BRAGA COSTA

Orientadora do Projeto de Pesquisa

Departamento de Psicologia – USP

Nesta

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa

Campus de Ribeirão Preto

Of.CETP/FFCLRP-USP/111/-vjmc

Ribeirão Preto, 23 de novembro de 2015

Prezada Pesquisadora,

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado **"AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA FAMILIAR NO ESTADO NUTRICIONAL E COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE CRIANÇAS DE SEIS A DEZ ANOS"** foi reanalisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 150ª Reunião Ordinária, realizada em 19.11.2015, e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE n.º 49127115.5.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas, e que, ao término do estudo, um relatório final seja entregue, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Marina Rezende Bazon
Coordenadora

À Senhora
Gabriela Pap da Silva
Programa de Pós-graduação em Psicobiologia da FFCLRP/USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP USP
Fone: (16) 3315-4811 / Fax: (16) 3315-9101
Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 23 - casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Homepage: <http://www.ffclrp.usp.br> - e-mail: coetp@ffclrp.usp.br

ANEXO C – Critério de Classificação Econômica Brasil

Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4 ou+
Automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Banheiro					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Geladeiras					
Freezers independentes ou parte de geladeira duplex					
Microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Lavadora de louças					
Fornos de micro-ondas					
Motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Maquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

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.

	Nomenclatura Atual	Nomenclatura Anterior
1	Analfabeto/ Fundamental I incompleto	Analfabeto/ Primário incompleto
2	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário completo/ Ginásio incompleto
3	Fundamental completo/ Médio incompleto	Ginásio completo/ Colegial incompleto
4	Médio completo/ Superior completo	Colegial completo/ Superior incompleto
5	Superior completo	Superior completo

ANEXO D – Questionário de Alimentação da Criança

FATOR	VARIÁVEL	ORDEM	QUESTÃO	OPÇÃO DE RESPOSTA
Percepção de Responsabilidade	PR1	1	Quando sua criança está em casa, com que frequência você é responsável por alimentá-la?	1= nunca 2= raramente 3= metade do tempo 4= maior parte do tempo 5= sempre
	PR2	2	Com qual frequência você é responsável por decidir qual é o tamanho da porção de sua criança?	
	PR3	3	Com qual frequência você é responsável por decidir se sua criança come o tipo correto de comida?	
Percepção do Peso dos Pais	PPP1	4	Sua infância (5 a 10 anos de idade).	1= muito abaixo do peso 2= abaixo do peso 3= normal 4= acima do peso 5= muito acima do peso
	PPP2	5	Sua adolescência.	
	PPP3	6	Seus 20 anos.	
	PPP4	7	Atualmente.	
Percepção do Peso da Criança	PPC1	8	Sua criança durante o primeiro ano de vida.	1= muito abaixo do peso 2= abaixo do peso 3= normal 4= acima do peso 5= muito acima do peso
	PPC2	9	Sua criança de 1 a 2 anos.	
	PPC3	10	Sua criança na pré-escola	
		11	Sua criança do pré a 2ª série.	
		12	Sua criança da 3ª a 5ª série.	
		13	Sua criança da 6ª a 8ª série.	
Preocupação com o Peso da Criança	PrPC1	14	O quanto você se preocupa sobre a sua criança comer muito quando você não está perto dela?	1= despreocupado 2= um pouco preocupado 3= preocupado 4= bem preocupado 5= muito preocupado
	PrPC2	15	O quanto você se preocupa sobre sua criança ter que fazer dieta para manter um peso desejável?	
	PrPC3	16	O quanto você se preocupa sobre sua criança ficar acima do peso?	
Restrição	R1A	17	Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muitos doces (balas, sorvete, bolos ou tortas).	1= discordo 2= discordo levemente 3= neutro 4= concordo levemente 5= concordo
	R1B	18	Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muitos alimentos altamente calóricos.	
	R1C	19	Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muito de seus alimentos preferidos.	
	R2	20	Eu intencionalmente mantenho algumas comidas fora do alcance da minha criança.	
	R3A	21	Eu ofereço doces (balas, sorvete, bolos, tortas) para a minha criança como recompensa por um bom comportamento.	
	R3B	22	Eu ofereço para minha criança seu alimento preferido em troca de um bom comportamento.	
	R4A	23	Se eu não orientar ou regular o que minha criança come, ela iria comer muita porcaria.	
	R4B	24	Se eu não orientar ou regular o que minha criança come ela iria comer muito de sua comida preferida.	

FATOR	VARIÁVEL	ORDEM	QUESTÃO	OPÇÃO DE RESPOSTA
Pressão para Comer	PC1	25	Minha criança deveria comer toda a comida de seu prato.	1= discordo 2= discordo levemente 3= neutro 4= concordo levemente 5= concordo
	PC2	26	Eu tenho que ser muito cuidadoso para ter certeza de que minha criança come o suficiente.	
	PC3	27	Se minha criança diz “Eu não estou com fome”, eu tento fazer ela comer mesmo assim.	
	PC4	28	Se eu não guiar ou regular o que minha criança come, ela poderia comer muito menos do que deveria.	
Monitoramento	M	29	O quanto você mantém o controle dos doces (balas, sorvetes, bolos, tortas) que sua criança come?	1= nunca 2= raramente 3= metade do tempo 4= maior parte do tempo 5= sempre
	M	30	O quanto você mantém o controle dos lanches (batatas, salgadinhos) que sua criança come?	
	M	31	O quanto você mantém o controle dos alimentos altamente calóricos que sua criança come?	

ANEXO E - Escala de Crenças sobre Dieta

Por favor, responda as seguintes afirmações indicando quão bem cada afirmação descreve suas crenças. Coloque o número de 1 (nada descritivo das minhas crenças) a 6 (muito descritivo das minhas crenças) no espaço disponibilizado antes de cada afirmação.

1

2

3

4

5

6

Nada
descritivo
das minhas
crenças

Muito
descritivo
das minhas
crenças

- _____ 1. Ao restringir o que se come, pode-se perder peso.
- _____ 2. Quando as pessoas ganham peso, isso se deve a algo que elas fizeram ou não fizeram.
- _____ 3. *Um corpo magro é em grande parte resultado de genética.
- _____ 4. *Não importa quanto esforço se faça numa dieta, o peso tende a permanecer basicamente o mesmo.
- _____ 5. *O peso é, em grande parte, controlado pelo destino.
- _____ 6. *Há tantos alimentos gordurosos por aí que perder peso é quase impossível.
- _____ 7.* A maioria das pessoas só consegue ter sucesso em dietas quando outras pessoas as pressionam a fazer isso.
- _____ 8. Ter um corpo magro e em forma tem muito pouco a ver com sorte.
- _____ 9. As pessoas que estão com sobrepeso não têm força de vontade necessária para controlar seu peso.
- _____ 10. Cada um de nós é diretamente responsável por nosso peso.
- _____ 11. Perder peso é simplesmente uma questão de querer fazer isso e de se esforçar para conseguir.
- _____ 12. *As pessoas que estão poucos quilos acima do peso precisam de ajuda profissional para perderem peso.
- _____ 13. Ao aumentar a quantidade de exercício, pode-se perder peso.
- _____ 14. *A maioria das pessoas está no seu peso atual porque esse é o peso natural para elas
- _____ 15. Fracasso na dieta se deve à falta de esforço.
- _____ 16. *Para perder peso, as pessoas devem receber muito encorajamento dos outros.

ANEXO F - Questionário de Avaliação de Hábitos Saudáveis de Alimentação

Pensando sobre sua alimentação:

Pense sobre sua alimentação no último ano, desde <mês> do ano passado, com que frequência o Sr.(a) comeu cada um dos seguintes alimentos?

OBS: Caso o(a) entrevistado(a) responda entre dois números que aparecem em colunas diferentes, por exemplo, 1 ou 2 vezes por semana, repita a pergunta e peça para ele(a) dizer como foi na maioria das vezes.

MARQUE UM X EM CADA COLUNA PARA CADA ALIMENTO						
	<1x/ sem	1x/ sem	2-3x/ sem	4-6x/ sem	Diariamente	Escore
Suco de Laranja						
Fruta, sem contar suco						
Feijão						
Refrigerantes						
Pão branco, biscoitos, bolo						
Pão Preto						
Salada verde (vegetais crus)						
Outros vegetais (cozidos ou fritos)						
Alimentos gordurosos (carne com gordura, salsicha, frituras, salgadinhos)						
Cereais com fibras ou farelos						
Batatas						
Bebidas alcoólicas						

Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) costuma comer doces, balas e bolachas recheadas?

- (0) <1 vez por semana
- (1) 1 vez por semana
- (2) 2 vezes por semana
- (3) 3 vezes por semana
- (4) 4 ou mais vezes por semana

O(a) Sr.(a) costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?

- (0) Não
- (1) Sim

O(a) Sr.(a) costuma comer muito rápido?

- (0) Não
- (1) Sim

Quais refeições o(a) Sr.(a) costuma fazer por dia?

Café da manhã	(0) Não	(1) Sim
Lanche da manhã	(0) Não	(1) Sim
Almoço	(0) Não	(1) Sim
Lanche ou café da tarde	(0) Não	(1) Sim
Jantar	(0) Não	(1) Sim
Lanche antes de dormir	(0) Não	(1) Sim

Agora, Pensando sobre a alimentação da Criança:

Pense sobre a alimentação de sua criança no último ano, desde <mês> do ano passado, com que frequência o ele(a) comeu cada um dos seguintes alimentos?

OBS: Caso o adulto tenha dúvida, a criança pode ajudar nas suas respostas.

MARQUE UM X EM CADA COLUNA PARA CADA ALIMENTO						
	<1x/ sem	1x/ sem	2-3x/ sem	4-6x/ sem	Diariamente	Escore
Suco de Laranja						
Fruta, sem contar suco						
Feijão						
Refrigerantes						
Pão branco, biscoitos, bolo						
Pão Preto						
Salada verde (vegetais crus)						
Outros vegetais (cozidos ou fritos)						
Alimentos gordurosos (carne com gordura, salsicha, frituras, salgadinhos)						
Cereais com fibras ou farelos						
Batatas						
Bebidas alcoólicas						

Quantos dias por semana ele(a) costuma comer doces, balas e bolachas recheadas?

- (0) <1 vez por semana
 (1) 1 vez por semana
 (2) 2 vezes por semana
 (3) 3 vezes por semana
 (4) 4 ou mais vezes por semana

Ele(a) costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos no prato?

- (0) Não (1) Sim

Ele(a) costuma comer muito rápido?

- (0) Não (1) Sim

Quais refeições ele(a) costuma fazer por dia?

Café da manhã	(0) Não	(1) Sim
Lanche da manhã	(0) Não	(1) Sim
Almoço	(0) Não	(1) Sim
Lanche ou café da tarde	(0) Não	(1) Sim
Jantar	(0) Não	(1) Sim
Lanche antes de dormir	(0) Não	(1) Sim