**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

***Concepção materna sobre excesso de peso
infantil e o estado nutricional de seus filhos***

Janaína Paula Costa da Silva

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Doutor(a) em Ciências.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Orientador: Professor Dr. Claudio Leone

São Paulo

2013

***Concepção materna sobre excesso de peso
infantil e o estado nutricional de seus filhos***

Janaína Paula Costa da Silva

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Doutor(a) em Ciências.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Orientador: Professor Dr. Claudio Leone

São Paulo

2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

Dedico este trabalho, especialmente, aos meus pais e meus irmãos,
que sempre me incentivaram e me proporcionaram
as oportunidades necessárias para estudar.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. Claudio Leone, pela orientação, confiança, constante apoio e ensinamentos de inestimável valor. Deixo registrado que meu orientador foi (e continuará sendo) o melhor exemplo de Professor para mim.

A Dra Viviane Gabriela Nascimento pelo incentivo, pela colaboração na coleta de dados, por permitir que este trabalho fosse desenvolvido aninhado à sua pesquisa de pós-doutorado e pelas muitas contribuições para minha formação profissional.

Ao Professor Dr. Ciro João Bertoli, pela confiança e apoio incansável e essencial no desenvolvimento deste trabalho.

Ao Professor Dr. Paulo Rogério Gallo, pelo apoio e inúmeras contribuições para o aprimoramento de muitas das minhas atividades acadêmicas.

Ao Professor Dr. Alberto Olavo Advincula Reis, pelo constante estímulo e contribuições para este estudo, desde a etapa de Exame de Qualificação, e para minha formação profissional.

Ao Mestre Vicente Sarubbi Junior e à Doutora Sophia Karlla Almeida Motta Gallo pela importante ajuda no processamento dos dados.

À Dra Lucia Lucia Musmê Queiroga Bertoli, pela fundamental colaboração e paciência no desenvolvimento deste trabalho.

A Professora Dra. Sonia Buongiorno de Souza, minha orientadora no Mestrado: a primeira Professora nesta Instituição que acreditou e confiou em mim, e fundamentalmente ajudou muito para que eu seguisse no Programa de pós-graduação sempre excelentemente bem orientada.

À USP, em especial à Faculdade de Saúde Pública, mais especificamente ao Departamento de Saúde Materno Infantil e respectivos professores, pesquisadores e funcionários, por toda a contribuição para meu aperfeiçoamento profissional.

Ao Departamento de Educação e Cultura da Prefeitura de Taubaté-SP, que permitiu e colaborou de forma fundamental para realização deste estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela bolsa de estudos concedida.

*"A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar,
não seremos capazes de resolver os problemas causados
pela forma como nós costumamos a pensar".*

Albert Einstein (1879-1955)

RESUMO

SILVA, JPC. Concepção materna sobre excesso de peso infantil e estado nutricional de seus filhos [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2013.

Introdução. A prevalência da obesidade tem apresentado números cada vez mais elevados em populações mais jovens, inclusive entre as crianças de baixa idade de famílias de condição socioeconômica menos favorecida. Os determinantes deste desvio nutricional que têm sido estudados são diversos, abrangendo desde fatores genéticos até fatores ambientais. Dentre estes últimos, do ambiente que envolve a criança de baixa idade, é possível que a concepção materna acerca do excesso de peso na infância seja dos determinantes exógenos que contribuem para maior risco de desenvolver sobrepeso ou obesidade já na infância. **Objetivo.** Analisar as concepções maternas acerca do estado nutricional infantil verificando se as mesmas, caso sejam diferentes, podem ser fatores que contribuam para presença de sobrepeso ou obesidade em seus filhos menores de quatro anos de idade. **Métodos.** Estudo observacional, exploratório, transversal e quanti-qualitativo. Participaram mães de crianças em idade pré-escolar, matriculadas em creches públicas no ano de 2011. Foram entrevistadas mães de dois grupos: dezesseis mães de crianças com sobrepeso ou obesidade e quinze mães de crianças classificadas como eutróficas, segundo os pontos de corte para o índice de massa corporal recomendados pelo Ministério da Saúde, Brasil-2008. Foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo, com o auxílio do *software* Classification Hiérarchique Implicative et Cohésitive para analisar dados coletados por intermédio de entrevistas individuais semi-estruturadas. **Resultados.** As concepções maternas acerca do excesso de peso de crianças e do estado nutricional de seus filhos se apresentam de forma diferente entre as mães de crianças pré-escolares obesas quando comparadas com as concepções das mães de crianças eutróficas. Sobre o estado nutricional infantil, mães de crianças com excesso de peso concebem que crianças magras estariam, provavelmente, mal alimentadas. Para as mães de crianças eutróficas os relatos salientam a influência familiar e genética como os principais determinantes do estado nutricional da criança. No entanto, para ambos os grupos de mães, a figura materna é concebida como tendo um papel fundamental na formação dos hábitos alimentares dos filhos, mas as mães das crianças obesas parecem não se apropriar desta concepção quando se trata de considerar os seus filhos. **Conclusão.** As concepções maternas acerca do estado nutricional das crianças são heterogêneas, o que inclui a apropriação das mesmas, podendo assim contribuir como um dos fatores implicados no desenvolvimento de excesso de peso e da obesidade dos seus filhos, já a partir da faixa etária pré-escolar.

Descritores: Saúde da Criança; Criança Pré-Escolar; Prevenção e Controle; Estado Nutricional; Sobrepeso; Obesidade; Concepção.

ABSTRACT

SILVA, JPC. Maternal conception regarding overweight children and their nutritional status. [Doctorate Thesis]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2013.

Introduction: The prevalence of obesity has presented numbers each day higher in younger populations, including among young children from families with less favorable socioeconomic status. The determinants of this nutritional deviation that have been studied are diverse, ranging from genetics to environmental factors. Among the latter, the environmental surroundings of the young child, it is possible that the maternal conception, regarding overweight children, is the exogenous factor that contributes to increased risk of developing overweight or obesity in childhood. **Objective:** Analyze maternal conceptions regarding nutritional status to verify they are the same or if different, can they be factors that contribute to the presence of overweight or obesity in children under the age of four. **Methods:** This was an observational, exploratory, cross-sectional quantitative-qualitative study. Participants were mothers of children of preschool age, enrolled in public kindergartens in 2011. Mothers of two groups were interviewed: sixteen (16) mothers of overweight or obese children and fifteen (15) mothers of children classified as having normal weight, according to the cutoff points for BMI recommended by the Ministry of Health, Brazil-2008. Content Analysis was the technique utilized with the help of software "Classification Hiérarchique Implicative et Cohésitive" to analyze data collected through semi-structured interviews. **Results:** Maternal conceptions, regarding overweight children and nutritional status of their children, present themselves differently among mothers of preschool overweight /obese children when compared with the conceptions of mothers of normal weight children. With respect to child nutrition, mothers of overweight children perceive that thin children are most likely malnourished. For mothers of normal weight children, reports stress the family influence and genetics as the main determinants of a child's nutritional status. However, for both groups of mothers, the mother figure is perceived as having a key role in shaping the eating habits of children, but the mothers of overweight or obese children seem to not exercise this role when it comes to considering their children. **Conclusion:** Maternal conceptions about the nutritional status of children are heterogeneous, which includes ownership of them, and could contribute as one of the factors involved in the development of overweight and obesity of their children from pre-school ages on.

Keywords: Child health. Preschool child; Prevention and control. Nutritional status. Overweight. Obesity. Conception

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Índices de similaridade do grupo de mães de crianças com sobrepeso ou obesidade acerca do excesso de peso infantil e estado nutricional de seus filhos. 57
- Figura 2** - Árvore de análise de implicação do grupo de mães de crianças com sobrepeso ou obesidade acerca do excesso de peso infantil e estado nutricional de seus filhos. 65
- Figura 3** - Índices de similaridade do grupo de mães de crianças eutróficas acerca do excesso de peso infantil e estado nutricional de seus filhos. 67
- Figura 4** - Árvore da análise de Implicação da concepção do grupo de mães de crianças eutróficas acerca do excesso de peso infantil e estado nutricional de seus filhos. 69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Valores críticos para classificação do estado nutricional de crianças (0 a 5 anos incompletos), segundo o Índice de Massa Corporal, de acordo com os pontos de corte recomendados pelo Ministério da Saúde, Brasil.	32
Quadro 2 - Roteiro semi-estruturado com perguntas para utilização na entrevista sobre concepções acerca de excesso de peso e de obesidade na infância. Taubaté. 2012.	38
Quadro 3 - Descrição das variáveis quantitativas utilizadas para caracterização de ambos os grupos de mães entrevistadas. Taubaté, 2012 .	40
Quadro 4 - Descrição dos códigos das unidades de significação, utilizada na análise no software CHIC [®] .	53
Quadro 5 - Análise temático-categorial das mães de crianças com excesso de peso*.	54
Quadro 6 - Análise temático-categorial das mães de crianças eutróficas* .	55
Quadro 7 - Distribuição das variáveis associadas (categorizadas) às temáticas.	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características socioeconômicas das mães de crianças com sobrepeso ou obesidade, segundo código de identificação no grupo. Taubaté, 2012.	50
Tabela 2 – Características socioeconômicas de mães de crianças eutróficas, segundo código de identificação no grupo. Taubaté, 2012.	51

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 - Declaração da UNITAU para projeto de pesquisa

ANEXO 2 - Protocolo de aprovação do COEP-FSP para desenvolvimento da pesquisa matriz

ANEXO 3 - Autorização do departamento de educação e cultura para realização de pesquisa

ANEXO 4 - Protocolo de aprovação do COEP-FSP para desenvolvimento desta pesquisa

ANEXO 5 - Termo de consentimento livre e esclarecido

ANEXO 6 - Formulário da pesquisa matriz

ANEXO 7 - Relação das perguntas para complementação da caracterização socioeconômica da família das crianças participantes desta pesquisa. Taubaté. 2012-2013

ANEXO 8 - Protocolo de agendamento das entrevistas

ANEXO 9 - Unidades de significação (US) e de contexto da análise de conteúdo temático-categorial de mães de pré-escolares matriculados em creches municipais, utilizados para a análise no *software* CHIC®. Taubaté, 2012.

ANEXO 10 - Resultado (classificação do índice de similaridade)

SIGLAS UTILIZADAS

CHIC	Classification Hiérarchique Implicative et Cohésitive <i>software</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
ENDEF	Estudo Nacional da Despesa Familiar
FSP	Faculdade de Saúde Pública
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNSN	Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
UNITAU	Universidade de Taubaté
USP	Universidade de São Paulo

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS	22
2.1. GERAL	22
2.2. ESPECÍFICOS	22
3. MÉTODOS	23
3.1. TIPO DE ESTUDO	23
3.2. LOCAL DO ESTUDO	25
3.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO	27
3.3.1. Critérios de Inclusão	32
3.3.2. Critérios de Exclusão	33
3.4. DEFINIÇÃO DOS INSTRUMENTOS	33
3.4.1. Pré-teste	33
3.4.2. Entrevista com Roteiro Semi-estruturado	37
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	37
3.6. COLETA DE DADOS	38
3.7. ANÁLISE DE DADOS	43
3.7.1. Análise de Conteúdo	43
3.7.2. Análises	46
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
4.1. GRUPO DE MÃES COM CRIANÇAS COM SOBREPESO OU OBESIDADE	56
4.2. GRUPO DE MÃES COM CRIANÇAS EUTRÓFICAS	67
5. CONCLUSÃO	75
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	76

1. INTRODUÇÃO

Sobrepeso e obesidade são definidos como um acúmulo anormal ou excessivo de gordura, que pode resultar em prejuízos para a saúde (WHO, 2000), entre suas consequências estão descritas o aparecimento de hipertensão arterial, as doenças cardiovasculares, a dislipidemia, o diabetes melito, as afecções ortopédicas, os transtornos psicológicos (FRANSCISCHI e col., 2000; WHO, 2000; ABRANTES e col., 2002; LOBSTEIN e col., 2004; JAMES, 2004) e, muito possivelmente, trata-se de uma condição que acaba contribuindo para o surgimento de alguns tipos de câncer.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade geralmente é resultante da interação entre a dieta do indivíduo com a sua predisposição genética, sofrendo ainda a influência de outros fatores ambientais, como alguns hábitos de vida (WHO, 1990). Isto significa que se trata de um processo que envolve fatores genéticos (endógenos) e ambientais (exógenos) (WHO, 1990; PARRA-CABRERA e col., 1999).

É praticamente consenso que ambos os fatores, endógenos e exógenos, estejam de fato envolvidos na determinação da obesidade, entretanto não é fácil dimensionar com precisão até aonde vai o papel da genética e qual é a real contribuição dos fatores ambientais (DAMIANI e col., 2002), pois, além da genética, pais e filhos, por exemplo, normalmente compartilham o mesmo estilo de vida, o que, obviamente, compreende os

mesmos hábitos e comportamentos alimentares (NYUGEN e col., 1996; CAMPBELL e CRAWFORD, 2001; BOERE-BOONEKAMP e col., 2008).

O que se observa na literatura científica é que os fatores ambientais considerados ou reconhecidos como modificáveis vêm sendo abordados, nos últimos anos, com frequência cada vez maior tanto nas pesquisas quanto em possíveis propostas de intervenção (NYUGEN e col., 1996; SWINBURN e EGGER, 2002; MELLO e col., 2004; FREITAS e col., 2009; POCKOCK e col., 2010; TEDER e col., 2012; NASCIMENTO e col., 2012b). Entretanto, embora se aceite que as causas da obesidade sejam inúmeras e que muitas vezes se superpõem, o aumento da ingestão calórica e a redução do nível de atividade física em particular (WHO, 1990) vêm sendo, cada vez mais, objeto de investigação na área de Saúde Pública e, inclusive, no que diz respeito à Nutrição da Criança.

De uma maneira geral, o que se aceita é que a obesidade seja resultante de um balanço calórico positivo, ou seja, de uma ingestão de alimentos, cujo valor calórico total ultrapassa a soma dos gastos energéticos do metabolismo basal e das atividades físicas realizadas pelo indivíduo, sejam estas reduzidas ou não (WHO, 1990).

Nas últimas três décadas, vem ocorrendo um aumento progressivo da prevalência da obesidade em diversos países, desenvolvidos ou não. O Brasil, assim como outros países em desenvolvimento, está passando por processo de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, que acaba por modificar estilos de vida, o que, por sua vez, resulta em mudanças nos hábitos alimentares e no tempo gasto com a realização de atividades físicas,

fatores estes que contribuem para a mudança do perfil epidemiológico nutricional de sua população (POPKIN e col., 2012).

Nos anos de 1974/75, no Brasil, a desnutrição era considerada uma epidemia que chegava, segundo o Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF), a atingir uma prevalência de 46,1% na população brasileira de crianças com menos de cinco anos de idade, quando avaliada pelo indicador de adequação do peso para a idade (P/I), conforme preconizado pela classificação proposta por GOMEZ (1946). Em decorrência de sua elevada frequência relativa, a desnutrição infantil passou a ser considerada, durante muitos anos, um grave problema de saúde pública no país.

Decorridos 30 anos desde esta época, o estudo de BATISTA FILHO e RISSIN (2003), que comparou os dados de pesquisas populacionais transversais realizadas no Brasil (ENDEF 1974/1975; Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição - PNSN 1989; Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde - PNDS 1995/1996), mostrou que houve um declínio marcante na prevalência da desnutrição energético-proteica em crianças menores de cinco anos. MONTEIRO e CONDE (1999) já haviam descrito essa tendência em estudo com crianças da mesma faixa etária, na cidade de São Paulo, afirmando que a desnutrição havia deixado de ser endêmica passando a ser menos frequente, inclusive entre as crianças das famílias que tinham um menor poder aquisitivo.

Ao mesmo tempo em que decresce em ritmo acelerado a prevalência da desnutrição energético-proteica entre as crianças e os adultos, observa-se que progressivamente se eleva a prevalência de sobrepeso e obesidade

na população brasileira (ABRANTES e col., 2002; WANG e col., 2002; BATISTA FILHO e RISSIN, 2003).

O excesso de peso na criança certamente é também um importante desvio nutricional que vem apresentando prevalências elevadas nos últimos anos (SILVA e col., 2003; SILVA e col., 2005; SIMON e col., 2009a; NASCIMENTO e col., 2012a), não só em populações de nível socioeconômico mais elevado (ARTEAGA e col., 1982), mas, inclusive, entre as populações de menor poder aquisitivo (SANTOS e LEÃO, 2008; SHOEPS e col., 2011).

Em relação aos fatores de risco associados ao excesso de peso, embora não se possa caracterizar a existência de um consenso, nos últimos anos os mais estudados no sentido de explicar a elevação da prevalência do excesso de peso na infância são: o peso ao nascer (MARTINS e CARVALHO, 2006; BISMARCK-NASR e col., 2007; JESUS e col., 2010), a duração do aleitamento materno exclusivo (SIMON e col., 2009b); a escolaridade do pais, o nível socioeconômico e outras características da família (LEÃO e col., 2003; OLIVEIRA e col., 2003a; MORAES e col., 2004; DANIELZIK e col., 2004; SUÑÉ e col., 2007; JESUS e col., 2010; MENEZES e col., 2011); além da percepção do peso excessivo na criança e a compreensão das possíveis complicações deste desvio nutricional por parte dos pais (OLIVEIRA e col., 2003b; TENORIO e COBAYASH, 2011).

Sabe-se também que fatores maternos ligados à gravidez, que o crescimento e desenvolvimento intra-uterino e, provavelmente, outras características da criança no seu primeiro ano de vida também podem

influenciar no risco do desenvolvimento de excesso de peso (LOBSTEIN e FRELUT, 2003; YANG e HUFFMAN, 2013), que por sua vez estaria associado ao desenvolvimento de comorbidades importantes precocemente na idade adulta (DIETZ, 1998; GODFREY e BARKER, 2001). Atualmente, se admite como muito provável que a presença de obesidade em crianças cada vez mais jovens está associada a um maior risco de ocorrência de obesidade na fase da adolescência (VICTORA e col., 2007) e idade adulta (SERDULA e col., 1993; ABRANTES e col., 2002; ERIKSSON e col. 2003; MAGAREY e col., 2003).

Nesse contexto, o problema obesidade infantil tem demonstrado perspectivas preocupantes em relação à sua prevalência e prognóstico (PARSONS e col., 1999), e vem ganhando destaque e interesse crescentes entre os profissionais de saúde e, até mesmo, por parte da sociedade como um todo.

Neste sentido, em função das elevadas prevalências observadas e também pela frequência de suas complicações, o excesso de peso na criança pode ser caracterizado hoje como sendo um problema de saúde pública tanto para os países desenvolvidos quanto para os países em desenvolvimento (MS, 2006).

Frente a este grave problema de saúde pública e considerando que eventuais propostas de intervenção visando a prevenção ou o controle do excesso de peso entre as crianças de baixa idade, como é o caso das crianças em idade pré-escolar, envolvem, obrigatoriamente, a interação com as famílias (SICHERI e SOUZA, 2008; TYLER e HORNER, 2008;

OLDSTAD e McCARGAR, 2009; POCOCK e col., 2010) e, em particular, com as mães destas crianças, se torna fundamental procurar conhecer o que as mães tem como concepção quanto ao estado nutricional da criança.

Uma eventual concepção equivocada ou o não reconhecimento do ganho excessivo de peso e/ou da obesidade de sua criança, por parte das genitoras, pode ser um fator que resulte em hábitos e comportamentos que podem contribuir para o desenvolvimento e/ou a manutenção do excesso de peso ou da obesidade em seus filhos (CAMARGO e col., 2013).

Isto significa que este deve ser um aspecto a ser considerado e, portanto, que precise ser trabalhado junto com as mães, para que eventuais intervenções, individuais ou coletivas, possam de fato contribuir para reverter a tendência da evolução do estado nutricional destas crianças.

Considerando esta possibilidade decidiu-se realizar uma pesquisa quali-quantitativa buscando conhecer e comparar as concepções sobre o excesso de peso e a concepção das mães quanto à esta condição em seus filhos, em dois grupos de mães de pré-escolares de 3 anos de idade: um grupo com crianças excesso de peso e outro com crianças eutróficas, que frequentam regularmente creches e/ou pré-escolas públicas.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

Analisar se as concepções maternas acerca do excesso de peso e do estado nutricional de crianças podem ser fatores que contribuam para presença de sobrepeso ou obesidade em seus filhos menores de quatro anos de idade.

2.2. ESPECÍFICOS

- Comparar as concepções de dois grupos de mães acerca do excesso de peso e do estado nutricional de crianças, segundo o estado nutricional de seus filhos menores de 4 anos: mães de crianças eutróficas e mães de crianças portadoras de sobrepeso ou obesidade.
- Analisar se as eventuais diferenças existentes nas concepções e percepções dos dois grupos de mães poderiam contribuir para o desenvolvimento do sobrepeso ou obesidade na primeira infância.

3. MÉTODOS

3.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional¹, exploratório², transversal e quali-quantitativo.

Em função da natureza do problema estudado (USP, 2006) e sabendo-se que para investigação de realidades em que as pesquisas quantitativas fornecem informações, às vezes, restritas ou não permitem o estabelecimento das inter-relações entre os fenômenos estudados, as pesquisas de abordagem qualitativa são consideradas adequadas (VIEIRA, 2009), pois permitem o aprofundamento de questões dificilmente exploráveis exclusivamente pelos métodos quantitativos.

Os estudos puramente qualitativos têm particular aplicação quando o pesquisador busca identificar e analisar dados não-mensuráveis de forma objetiva, como sentimentos, percepções, pensamentos, comportamentos passados, entendimento de razões, significados e motivações de um determinado grupo de indivíduos em relação a um problema específico³.

¹ Estudo observacional: levantamento ou investigação feito por meio da observação das pessoas e onde nenhuma intervenção, ou pelo menos nenhuma intervenção sob o controle do investigador, é implantada no mesmo período (WALDMAN, 1998).

² A pesquisa qualitativa não é generalizável, mas *exploratória*, no sentido de buscar conhecimento para uma questão sobre a qual as informações disponíveis são, ainda, insuficientes (VIEIRA, 2009).

³ Amostragem na Pesquisa Qualitativa. Relato de experiência de ensino de Guilherme Gonçalves de Carvalho disponível em <http://designinterativo.blogspot.com.br/2006/08/amostragem-na-pesquisa-qualitativa.html>. Acesso em 02 de fevereiro de 2013.

Segundo MINAYO e SANCHES (1993), embora os métodos qualitativo e quantitativo sejam de natureza diferenciada, os mesmos não competem ou são mutuamente excludentes, mas, ao contrário, se complementam na compreensão da realidade social. Desta forma, o estudo quantitativo pode suscitar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa.

Assim, como os autores ROMO e CASTILHO (2002) e MESA (2007) propõem, acredita-se que estudos com aproximações dos métodos quali e quantitativo sejam fundamentais na compreensão de fenômenos nos quais componentes objetivos e subjetivos se somam, como é o caso da obesidade por exemplo, o que contribui positivamente para gerar ferramentas mais adequadas de intervenção no campo da saúde.

Considerando como muito provável que as contribuições do campo da antropologia social à nutrição pública possam colaborar para a compreensão de aspectos e questões muitas vezes de difícil apreensão pela nutrição exclusivamente (LEFÈVRE e SUREMAIN, 2002), o envolvimento recíproco de ambos os campos pode se mostrar bastante eficaz. Estas razões fizeram com que, frente aos objetivos propostos, se optasse pela utilização dos dois métodos: quali e quantitativos, no presente estudo.

3.2. LOCAL DO ESTUDO

O Município de Taubaté foi selecionado como local de estudo, tendo em vista o fato de que no Departamento de Educação e Cultura da Prefeitura Municipal, há mais de uma década, já existia uma cultura quanto à importância de se monitorar e registrar, regularmente, o crescimento da criança em idade pré-escolar.

Localizado na região leste do Estado de São Paulo, o município dista cerca de 140 quilômetros de São Paulo e possui população estimada em 283.899 habitantes para 2012, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ainda, segundo dados deste Instituto, em 2010 o Município possuía população de 278.686 habitantes e a unidade territorial do Município era de aproximadamente 625 km².

Em relação aos dados de condições de vida, as informações disponíveis são do ano de 2000: o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)⁴ era de 0,837; a renda per capita era de R\$ 460,87 (equivalente a US\$ 261,5 na época) e a população economicamente ativa estimada era de 116.153 habitantes, segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEADATA, 2000).

Dados da Fundação SEADE mostram que, em Taubaté, em relação às estatísticas vitais e de saúde, a taxa de natalidade era de 14,19 por mil habitantes em 2011; a taxa de mortalidade infantil era de 10,52 por mil nascidos vivos; a proporção de nascimentos com baixo peso (menos que

⁴ Para fins de comparação, a mesma fonte divulgou que o IDH do município de São Paulo era 0,841 em 2000.

2,5kg) era de 9,73% e que a proporção de mães que haviam realizado sete ou mais consultas de pré-natal chegava a 81,3%, segundo dados de 2010 (SEADE, 2010).

Quanto aos indicadores de Educação, a taxa de alfabetização em pessoas com 15 anos ou mais de idade era de 95,18% e a média de tempo de estudo da população com idade entre 15 a 64 anos era de 8,27 anos, segundo dados do ano de 2000, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (SEADE, 2010). Em relação à Educação Infantil, o município possuía 112 pré-escolas, das quais 69 (61,61%) pertenciam à rede municipal (IBGE, 2009). Resultados do censo escolar de 2009 mostram que haviam sido matriculadas 4275 crianças em pré-escolas municipais, valor correspondente a 69,03% das matrículas existentes no município (INEP, 2009).

Segundo estudo, publicado recentemente, realizado neste município em uma amostra probabilística e randomizada das creches municipais, a prevalência de risco de excesso de peso (Índice de Massa Corporal - IMC > 1 escore-z) entre as crianças pré-escolares foi de 28,86%, enquanto a prevalência de magreza (IMC < -2 escore-z) foi apenas de 0,89% em 2009 (NASCIMENTO e col., 2012a).

3.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo desta pesquisa foi extraída da amostra da pesquisa de pós-doutorado intitulado “Prevenção precoce de sobrepeso e obesidade em crianças de pré-escolas municipais de Taubaté, Estado de São Paulo”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP (Processo nº 08/53142-9), desenvolvida pela pesquisadora Doutora Viviane Gabriela Nascimento e finalizada em agosto de 2011. Pesquisa esta que, de agora em diante, será referida como “pesquisa matriz”.

Cabe, neste momento, uma descrição sucinta acerca de tal pesquisa, na qual o presente estudo está aninhado.

A pesquisa matriz teve como objetivos avaliar a prevalência de alterações nutricionais, particularmente de risco de excesso de peso/obesidade e o impacto de uma intervenção nutricional e de atividade física programada, em pré-escolares, visando reduzir o risco de desenvolvimento e o agravamento precoce do sobrepeso e da obesidade. A intervenção foi desenvolvida em nove creches municipais sorteadas, de maneira probabilística entre as 59 existentes, na época, no município de Taubaté. Essa amostra por conglomerados foi considerada como representativa das creches municipais, que são responsáveis pelo atendimento de até 80% das crianças pré-escolares existentes na cidade.

No ano de 2011, foram coletados dados antropométricos de 391 crianças matriculadas em classes de maternal I, independentemente de constituírem o grupo de intervenção ou o de controle.

É importante ressaltar que as atividades de intervenção eram voltadas às crianças matriculadas a partir de classes do maternal I. As crianças, no município de Taubaté, em sua maioria, ingressam na creche na classe de maternal I, isto é, com uma idade próxima dos 3 anos. Existem crianças matriculadas em classes de Berçário, no entanto, acredita-se que a influência da escola nos hábitos alimentares e no estilo de vida neste primeiro ano seja mínima, ou praticamente inexistente, na questão do desenvolvimento do excesso de peso infantil.

Além da proposta de intervenção buscava-se, na pesquisa matriz, analisar fatores que pudessem estar implicados na determinação do estado nutricional dessas crianças. Assim, a partir desse desiderato, considerou-se importante estudar também as concepções maternas relativas ao estado nutricional de seus filhos.

Dessa forma, a população de estudo da presente pesquisa foi constituída por mães de crianças matriculadas nas classes de maternal I, com idade entre 3 e 4 anos, das nove creches municipais de Taubaté, Estado de São Paulo, já cadastradas na pesquisa matriz.

Dois grupos de mães foram selecionados a partir do estado nutricional de seus filhos, dentre as mães de crianças com sobrepeso ou obesidade e as mães de crianças eutróficas.

A pesquisa qualitativa, em razão de suas próprias características, é desenvolvida com pequeno número de indivíduos em vez de grandes amostras com significância estatísticas (USP, 2006).

Uma das características que mais distinguem a pesquisa qualitativa da quantitativa em relação à amostra é a quantidade de sujeitos pesquisados. Na qualitativa o número de indivíduos a serem estudados, em geral, não precisa ser muito grande, mas sim suficiente para permitir que o pesquisador seja capaz de explorar bem o objeto de estudo⁵. MINAYO (2006a), ao discutir sobre a questão do tamanho da amostra, afirma que o critério de representatividade da amostra na pesquisa qualitativa não é numérico como na pesquisa quantitativa. Acrescenta, ainda, que na pesquisa qualitativa, há uma menor preocupação com a generalização, em favor da necessidade de um maior aprofundamento e abrangência da compreensão.

A quantidade de pessoas entrevistadas deve, portanto, permitir que haja a reincidência de informações (ou saturação dos dados), situação ocorrida quando nenhuma informação nova é acrescentada com a continuidade da etapa de coleta de dados. A partir deste ponto, a continuação da pesquisa torna-se, por conseguinte, pouco produtiva ou até mesmo inútil, por provavelmente não agregar novas informações relevantes que justifiquem o investimento necessário para a sua realização.

Considerou-se, para o presente estudo, que o número de indivíduos a

⁵ Amostragem na Pesquisa Qualitativa. Relato de experiência de ensino de Guilherme Gonçalves de Carvalho disponível em <http://designinterativo.blogspot.com.br/2006/08/amostragem-na-pesquisa-qualitativa.html>. Acesso em 02 de fevereiro de 2013.

serem pesquisados deveria ser suficiente para permitir a reincidência de informações. Foi também observado na literatura que um número aproximado de dez ou quinze indivíduos, em geral, é capaz de fornecer consistência aos dados pesquisados. Ainda assim, a dificuldade inicial foi saber qual deveria ser o tamanho da população de estudo. Alguns pesquisadores afirmam que a melhor maneira de definir é pesquisando, ou seja, o pesquisador deve ser capaz de perceber quando as entrevistas já não estão mais acrescentando novas informações relevantes para o seu objeto de estudo⁶ (VIEIRA, 2009).

Por isso, e da observação de números de outras pesquisas qualitativas, foi estabelecido que cada grupo a ser entrevistado seria composto inicialmente por 12 indivíduos (mães), número mínimo considerado como suficiente para realizar as análises e comparações decorrentes do objetivos, considerando que se trata de uma pesquisa de base principalmente qualitativa.

Admitindo-se a possibilidade de ocorrência de possíveis perdas ou recusas em participar, no momento inicial foi elaborada uma lista de, no mínimo, 20 crianças que atendiam aos critérios de inclusão (descritos, mais adiante, no subitem específico) para cada um dos dois grupos⁷ formados. A partir desta lista, as mães foram sendo contatadas por telefone, pela própria

⁶ Amostragem na Pesquisa Qualitativa. Relato de experiência de ensino de Guilherme Gonçalves de Carvalho disponível em <http://designinterativo.blogspot.com.br/2006/08/amostragem-na-pesquisa-qualitativa.html>. Acesso em 02 de fevereiro de 2013.

⁷ Formaram-se dois grupos:

- 1) Crianças eutróficas: escore-z do índice de massa corporal atual maior ou igual a menos dois e menor que mais um (≥ -2 e $\leq +1$).
- 2) Crianças com excesso de peso: índice de massa corporal atual acima do escore-z mais dois ($> +2$);

pesquisadora, seguindo uma ordem decorrente da classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) atual da criança⁸, tendo como base a classificação proposta pelo Ministério da Saúde (MS, 2008) (quadro 1).

No grupo de crianças com excesso de peso (sobrepeso ou obesidade), os contatos telefônicos com as mães - na tentativa de agendar as entrevistas - seguiram uma ordem decrescente, baseada no escore-z do IMC atual das crianças; e para o grupo de crianças eutróficas, a ordem de contato com as mães foi determinada também pelo IMC, porém por ordem de proximidade com a mediana (escore-z de IMC=0).

Durante a realização das entrevistas, ampliou-se o número basal de 12 para 16 e 15, respectivamente, nos grupos de mães de crianças com excesso de peso e de mães com crianças eutróficas, pois se considerou que uma parte das entrevistas poderia vir a ser perdida por problemas decorrentes da gravação e/ou transcrição das mesmas. Realizado esse número de entrevistas, as demais mães constantes na listagem inicialmente elaborada não chegaram sequer a serem contatadas.

Dentre as mães inicialmente procuradas, apenas duas se recusaram a participar das entrevistas, sendo, por coincidência, uma de cada grupo.

Deste modo, a população de estudo final para a análise das entrevistas foi de 16 mães de crianças com excesso de peso e 15 do grupo de crianças eutróficas, cabendo salientar que como não houve perda nas etapas de gravação e transcrição, optou-se por utilizar, na análise, todas as

⁸ Utilizou-se o *software* ANTHRO-2006 para análise do IMC, ou seja, para a classificação do estado nutricional das crianças.

entrevistas realizadas, considerando que isto poderia agregar uma maior coerência aos resultados.

Quadro 1 - Valores críticos para classificação do estado nutricional de crianças (0 a 5 anos incompletos), segundo o Índice de Massa Corporal, de acordo com os pontos de corte recomendados pelo Ministério da Saúde, Brasil.

Valores críticos de IMC		Classificação do estado nutricional
Percentil	Escore-z	
< 0,1	< -3	Magreza acentuada
> 0,1 e < 3	≥ -3 e < -2	Magreza
> 3 e ≤ 85	≥ -2 e $\leq +1$	Eutrofia
> 85 e ≤ 97	> +1 e $\leq +2$	Risco de sobrepeso
> 97 e $\leq 99,9$	> +2 e $\leq +3$	Sobrepeso
> 99,9	> Escore-z +3	Obesidade

Fonte: MS, 2008.

3.3.1. Critérios de Inclusão

Foram consideradas como elegíveis para este estudo as mães de crianças matriculadas em classes de maternal I, crianças que haviam nascido com um peso entre 2500 e 3999 gramas, cuja idade na avaliação inicial estivesse entre 3 e 4 anos e que não fossem portadoras de doenças ou deformidades que pudessem dificultar a avaliação do seu estado nutricional ou interferir na construção da concepção materna, a partir do indicador escolhido, ou seja, o Índice de Massa Corporal.

Também foi critério de inclusão a presença de informações válidas no banco de dados dos registros correspondentes à avaliação antropométrica realizada por ocasião da pesquisa matriz. Foram incluídas apenas aquelas que após esclarecimento, conforme o disposto pela Resolução nº 196/96 da CONEP/CNS/Ministério da Saúde, relativa aos aspectos éticos da realização de pesquisas em seres humanos, concordaram em participar da entrevista individual.

3.3.2. Critérios de Exclusão

Foram excluídas desta pesquisa crianças classificadas como tendo magreza de qualquer grau e aquelas das quais não foi possível obter o número de telefone para contato com a mãe.

3.4. DEFINIÇÃO DOS INSTRUMENTOS

3.4.1. Pré-teste

Foram realizados dois pré-testes do roteiro elaborado especificamente para esta pesquisa: o primeiro com a técnica de grupo focal e o segundo com entrevistas individuais com roteiro semi-estruturado.

Embora, no primeiro momento, a pesquisadora tivesse propensão a optar pela técnica de entrevistas individuais, que possivelmente seria a

melhor forma de obter os dados que responderiam aos objetivos deste estudo, por uma questão de logística e também tentando buscar a representação social de cada um dos grupos de mães, foi resolvido também testar a realização da técnica de grupo focal.

A perda relativamente pequena na qualidade das informações que poderia ser gerada pela técnica do grupo focal seria de menor importância, frente a possibilidade de uma logística de realização mais fácil e rápida, abreviando o período de coleta de dados e, assim, ampliando o tempo disponível para sua análise.

Na tentativa inicial de utilizar a técnica de grupo focal, foi escolhida propositalmente uma creche na qual, sabidamente, a diretora poderia colaborar muito para a obtenção de um número suficiente para formar um grupo de mães. A diretora tinha condições e motivação para realizar contato diretamente com as mães, explicando o porquê da pesquisa e agendando data e horário do encontro. Para este pré-teste foram agendadas sete mães, das quais apenas três compareceram na data, horário e local marcados.

Como a técnica de grupo focal, no caso desta população de estudo, se mostrou inviável⁹, sendo praticamente impossível reunir um número adequado de mães (aproximadamente 6 a 15) na mesma data, horário e local, depois da realização deste primeiro teste optou-se pela realização de entrevistas individuais, utilizando um instrumento padronizado e coerente, além de factível, com os objetivos desta pesquisa.

⁹ A dificuldade para reunir grupos de mães já havia sido constatada e, inclusive, descrita como parte do relatório técnico final da pesquisa matriz.

Cabe, nesse momento, enfatizar que o grupo focal se constitui em um tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos, cuja técnica deve ser aplicada seguindo-se um roteiro que parte do geral a vai até o específico, em ambiente neutro, sob a coordenação de um moderador que deve ter a capacidade de incentivar a participação de todos do grupo e a expressão do ponto de vista do coletivo (MINAYO, 2006b). “O valor principal dessa técnica fundamenta-se na capacidade humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos” (p.269) (Krueger apud MINAYO, 2006b). Nesse sentido, esta técnica contrasta com a aplicação de entrevistas, em que cada indivíduo é chamado a emitir opiniões individualmente (MINAYO, 2006b).

Entrevistas com roteiro semi-estruturado buscam conhecer concepções¹⁰, opiniões, atitudes, idéias e juízos dos entrevistados, e as mesmas se constituem num processo razoavelmente demorado, que pode ter um custo elevado, dependendo da qualificação necessária para o entrevistador, da quantidade de informações a serem investigadas e do número de participantes. No entanto, há determinadas informações que somente podem ser obtidas por esta técnica. Nas entrevistas, os temas e problemas podem ser mais longamente explorados, visto que o entrevistador deve permitir que o entrevistado responda livremente a cada pergunta (MINAYO, 2006b; VIEIRA, 2009).

¹⁰ Concepção: Processo de formação de conceitos. (Conceito: [...] Um significado, idéia ou propriedade geral que pode constituir predicado de um ou mais objetos.) (Fonte: Dicionário Técnico de Psicologia - Álvaro Cabral e Eva Nick. Ed. Cultrix. São Paulo.)

Diante disso, decidiu-se definitivamente pela realização da técnica de entrevista semi-estruturada¹¹.

Para tanto, foi elaborado o roteiro de entrevista semi-estruturado, cujo pré-teste foi realizado com três mães de crianças com idade entre 2 e 4 anos, desta vez, por questões práticas, no município de São Paulo. A finalidade do pré-teste foi a de verificar a facilidade de compreensão das perguntas, a coerência das respostas com o que era perguntado e estimar a duração aproximada de uma entrevista, tudo isto visando aprimorar o instrumento e, ao mesmo tempo, elaborar o planejamento da etapa definitiva de coleta de dados.

Como esperado, o teste do roteiro semi-estruturado mostrou a necessidade de se realizarem algumas alterações na estrutura e redação das perguntas, de maneira que ficassem mais objetivas, claras e sucintas e, ainda, que a pesquisadora obtivesse êxito na etapa de coleta de dados.

De acordo com MINAYO (2006b), em relação à entrada do pesquisador no campo para coleta de dados, para o sucesso desta etapa, uma das considerações práticas que o pesquisador deve estar atento é o momento que muitos estudiosos denominam de “aquecimento”, uma conversa inicial com o intuito de “quebrar o gelo” e criar um clima de conversa o mais descontraído possível.

Como consequência, visando motivar e fazer da entrevista uma ocasião mais agradável para a mãe entrevistada, optou-se por acrescentar ao roteiro da entrevista (quadro 2) três perguntas iniciais, que pudessem

¹¹ A entrevista com roteiro semi-estruturado facilita a abordagem e assegura que as hipóteses do pesquisador serão cobertas na conversa (MINAYO, 2006b).

servir como um momento de “aquecimento” para a realização da entrevista. Obviamente, os dados destas três perguntas iniciais não seriam utilizados no processo de análise, visto que não se relacionavam diretamente com objetivos da pesquisa.

3.4.2. Entrevista com roteiro semi-estruturado

A relação de perguntas voltadas à investigação de concepções sobre ganho excessivo de peso e/ou de obesidade da criança, utilizadas nas entrevistas com as mães de ambos os grupos, está apresentada no quadro 2.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa matriz foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté (anexo 1), pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP (COEP-FSP) (anexo 2) e pelo Departamento de Educação e Cultura da cidade de Taubaté (anexo 3). O presente estudo também foi aprovado pelo COEP-FSP em 2010, sob o protocolo nº 2157 (anexo 4).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 5) foi apresentado, antes do início da entrevista, e uma das vias ficou com a participante, confirme recomenda a Resolução nº 196/1996.

Quadro 2 - Roteiro semi-estruturado com perguntas para utilização na entrevista sobre concepções acerca de excesso de peso e de obesidade na infância. Taubaté. 2012.

Roteiro semi-estruturado

- 1) Pensando no seu filho, qual é a primeira coisa que a senhora lembra do nascimento do(a) <nome do filho>?
- 2) Nos primeiros meses de vida, quem lhe ajudou a cuidar dele? (Dessas pessoas quem ajudou mais? E o que essa pessoa fez?)
- 3) Vendo <nome do filho> hoje, me fale 3 coisas sobre o que a senhora acha dele. (Qualquer coisa.)
- 4) Para a senhora, quais são as coisas mais importantes para cuidar do seu filho?
- 5) Por que a senhora acha que algumas crianças da mesma idade do <nome do filho> são mais gordas e outras são mais magras do que ele?
- 6) Me fale, por favor, 5 coisas que o <nome do filho> mais come. (Por que a senhora acha que são esses os alimentos mais presentes na alimentação dele?)
- 7) O que a senhora acha da saúde do <nome do filho> hoje?
- 8) O que mais a senhora gostaria de me falar além do que conversamos sobre o <nome do filho>?
- 9) Na sua opinião, o que é ser obeso? (Com criança é/acontece o mesmo?)

3.6. COLETA DE DADOS

No primeiro semestre de 2011, a partir do formulário utilizado na pesquisa matriz (anexo 6), foram coletados dados para caracterização

socioeconômica da família e os dados antropométricos das crianças. No início de 2012, foram realizadas as entrevistas com as mães das crianças selecionadas a partir da sua classificação nutricional com base no seu Índice de Massa Corporal (IMC).

a) Caracterização socioeconômica da família

Conforme descrito acima, utilizou-se o formulário da pesquisa matriz para obtenção de dados que pudessem caracterizar preliminarmente a condição socioeconômica da família da criança estudada. No anexo 6, cumpre salientar que estão assinaladas as questões que forneceram dados para caracterização da população no presente estudo.

Além das informações obtidas por esse formulário, realizou-se mais um contato telefônico com as mães para obter dados que pudessem confirmar ou complementar as informações já obtidas. Nesta ocasião, aproveitou-se para agradecer a colaboração das mães na realização de todo o estudo. As informações para complementação das informações, necessárias no caso de algumas mães, estão apresentadas no anexo 7.

A categorização destes dados está apresentada no quadro 3, logo abaixo, a fim de não dificultar a compreensão do leitor sobre características da população estudada.

Quadro 3 - Descrição das variáveis quantitativas utilizadas para caracterização de ambos os grupos de mães entrevistadas. Taubaté, 2012.

Variável	Descrição das categorias
Código de identificação por grupo	EUT=Eutróficas; EP=Excesso de peso
Creche	Número de identificação da creche no sorteio da amostra na pesquisa matriz
Crianças < de 6 anos*	Números de crianças com menos de seis 6 anos que vivem na casa
Doença crônica	0=Não possui; 1=Possui doença
Escolaridade materna*	Anos de estudo
Idade materna*	Idade em anos completos
IMC*, **	Escore z do IMC da criança
Sexo da criança	0=Masculino 1=Feminino
Irmãos*	Número de irmãos da criança
Nome da Criança	Letras iniciais do nome completo
Período em que fica na creche	0=Manhã; 1=Tarde; 2=Integral
Pessoa gorda na casa	0=Não; 1=Sim
Pessoa(s) que contribui para renda familiar	1=Pai; 2=Mãe; 4=Outros
Pessoas que vivem casa*	Número de pessoas que vivem na casa da criança
Renda Familiar	0=R\$<1000; 1=Entre R\$1000 e 2000; 2=R\$>2000
Se existe, qual é a pessoa gorda na casa da criança?	1=Pai; 2=Mãe; 4=Irmãos; 8=Outros
Situação marital	0=Não tem companheiro; 1=Tem companheiro
Tempo de Entrevista*	Duração em minutos da entrevista
Tipo de moradia	0=Cedida; 1=Alugada; 2=Própria
Trabalho mãe	0=Não trabalha fora; 1=Trabalha fora

*: variáveis contínuas. **: Índice de Massa Corporal

b) Avaliação antropométrica das crianças

A coleta de dados antropométricos (peso e estatura) do universo de crianças participantes da pesquisa matriz foi realizada nas próprias creches, em dias previamente programados, após consentimento dos pais e/ou responsáveis. As medidas foram realizadas por duas nutricionistas, autoras de projetos de pesquisa em andamento naquela época. Nessa etapa, houve colaboração de alunos, devidamente treinados, do curso de graduação em Medicina na Universidade de Taubaté (UNITAU).

Conforme a técnica descrita por LOHMAN e col.(1988), as crianças foram pesadas sem sapatos, e com o mínimo de roupa possível, em balança eletrônica (marca SECA[®] 803), com capacidade até 150 kg e subdivisões de até 0,1 kg. Para medida de estatura, foi utilizado estadiômetro (marca WISO[®]) fixado à parede com subdivisões em centímetros e milímetros, com as crianças encostando à parede os calcanhares, as panturrilhas, os glúteos e os ombros, além de a cabeça posicionada, horizontalmente pelo plano de Frankfurt.

c) Entrevista semi-estruturada com as mães

Especificamente para o presente estudo, conforme descrito no item 3.3. *População de Estudo*, uma vez classificado o estado nutricional de cada criança, foram formados os dois seguintes grupos de mães: o de mães de crianças com sobrepeso ou obesidade e o de mães com filhos eutróficos.

Destaca-se que, antes de iniciar a coleta dos dados qualitativos, a pesquisadora foi cautelosa, como deveria ser, quanto às questões primordiais para o sucesso da pesquisa, especialmente, nesta etapa de coleta de dados. Para a forma de abordagem por meio do contato telefônico (o primeiro contato da pesquisadora a cada mãe entrevistada), o esclarecimento do objetivo da pesquisa, a apresentação do cartão de identificação da pesquisadora (credencial institucional que no caso foi a carteira de aluno da USP), a explicação dos motivos da pesquisa em linguagem de senso comum, a justificativa da escolha da entrevistada, a garantia de anonimato e de sigilo, dentre outras questões éticas, além de a construção do roteiro de perguntas para a entrevista, foram etapas que receberam especial cuidado na fase de elaboração e planejamento, conforme recomendado por MINAYO (2006a).

No primeiro contato, por meio de telefone, a pesquisadora, após sua breve apresentação, seguia um protocolo de agendamento da entrevista (anexo 8), no qual perguntava para cada mãe sobre os melhores local e horário para se realizar a entrevista. Algumas mães escolheram a própria residência e outras preferiram a creche que o filho frequentava. Para condução das entrevistas, foi utilizado o roteiro semi-estruturado, constituído por nove perguntas (quadro 2), elaborado e aplicado exclusivamente pela própria pesquisadora, gravando-se todas as respostas em um mini gravador digital de voz, portátil, (modelo RR-US551 - marca Panasonic[®]), com o prévio consentimento da entrevistada.

O conteúdo gravado das entrevistas foi transcrito para arquivos do *software* Microsoft Office Word® - 2007 e tratado por meio da Análise de Conteúdo, que consiste na análise do material verbal coletado e categorizado em função das respostas aos temas abordados.

3.7. ANÁLISE DE DADOS

3.7.1. Análise de Conteúdo¹²

A Análise de Conteúdo é entendida como uma análise possível dos “significados” do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2011). É um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter uma descrição do conteúdo das mensagens, por procedimentos objetivos e sistemáticos, que permitam a inferência de conhecimentos (OLIVEIRA, 2008; BARDIN, 2011).

A técnica de análise de conteúdo envolve algumas etapas distintas: a de pré-análise; a de exploração do material (codificação); e a de tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

Essas etapas podem ser organizadas da seguinte maneira:

¹² BARDIN (1977) conceituou a Análise de Conteúdo como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

1) Pré-análise:

(a) Leitura flutuante – fase em que se estabelece contato com o material transcrito, no intuito de conhecer com profundidade o texto e, assim, permitir que o pesquisador tenha as primeiras impressões e orientações sobre o conteúdo coletado.

(b) Escolha dos documentos – partindo do objetivo determinado, o pesquisador deve buscar documentos que forneçam informações sobre o problema estudado.

2) Exploração do Material: aplicação sistemática das decisões e objetivos formulados (OLIVEIRA, 2008). Nesta fase, os dados brutos são categorizados em unidades de contexto, unidades de registro, unidades de significação e, por fim, em variáveis, as quais permitem descrição de características referentes ao conteúdo pesquisado.

Unidades de contexto são segmentos do texto transcrito que permitem compreender os recortes das unidades de registro e a confecção das unidades de significação (OLIVEIRA, 2008).

Unidades de registro são palavras ou frases, segmentos do texto, que indicam o sentido do trecho destacado.

Unidades de significação (também conhecidas como unidades de sentido) são as idéias, extraídas pelo pesquisador, que propõem as significações entendidas a serem exploradas.

3) Tratamento e Interpretação dos Resultados: os dados referentes às unidades de significação são tratados por meio de operações lógico matemáticas, utilizando um software que, além disso, permite a elaboração de figuras (árvores) e quadros de resultados que destacam as informações obtidas pela análise. A partir destas figuras e quadros, o pesquisador pode, então, discutir as inferências e elaborar as interpretações em função dos objetivos definidos previamente (BARDIN, 2011).

Para estas análises de similaridade e de implicação, foi utilizado o *software* Classification Hiérarchique Implicative et Cohésitive (CHIC®) desenvolvido na Universidade de Rennes, na França, por Régis Gras e colaboradores em 1985.

A partir dos resultados gerados pelo software, organiza-se a análise temático-categorial da qual resulta uma síntese que apresenta a distribuição das variáveis respectivamente associadas às temáticas objeto da análise.

Este software analisa, por intermédio de agrupamento e intersecção dos dados, a partir de cálculos matemáticos, as relações entre as variáveis quanto à similaridade e à implicação de uma variável sobre as demais, e extrai do conjunto de dados (cruzando sujeitos e variáveis) regras de associação entre as variáveis de análise pesquisadas (COUTURIER e col., 2004). Deste modo fornece um índice que representa a qualidade de associação e evidencia, inclusive graficamente, uma estruturação das variáveis obtida a partir das associações identificadas (DE TONI, 2005).

3.7.2. Análises

Para realizar as análises previstas pelo software optou-se por selecionar as variáveis que, na análise e categorização por unidades de significação inicialmente elaborada pela pesquisadora, apareciam na fala de 3 ou mais mães em cada grupo, de modo a viabilizar a geração de árvores hierárquicas de similaridade e de implicação.

Análise de Similaridade

A **Análise de Similaridade** é definida a partir do cruzamento do conjunto “V” das variáveis inicialmente definidas e caracterizadas com um conjunto “E” de sujeitos (ou de objetos) (COUTURIER e col., 2004).

No software CHIC[®], ao realizar a análise de similaridade, as variáveis (unidades de significação) são apresentadas em forma de árvores hierárquicas de acordo com os índices de similaridade existentes entre as variáveis. No presente estudo optou-se por descrever nos resultados as relações que apresentavam índices de similaridade igual ou maior que 0,50, para um máximo possível de 1,00.

Este tipo de análise permite ao pesquisador estudar e, em seguida, interpretar, em termos de tipologia e de semelhança (e não-semelhança) decrescente, relações de variáveis, constituídas significativamente a certos níveis da árvore e se opondo a outros, nestes mesmos níveis (DE TONI, 2005).

Análise de Implicação

A **Análise das Implicações** estatísticas estabelece uma relação do tipo “quando se observa sobre um sujeito a variável A, em geral observa-se também a variável B”.

Trata-se de um método estatístico que permite estimar a probabilidade de uma implicação do tipo: “Se A então quase B”. Ao contrário do método de Análise de Similaridade, que é simétrico, o método implicativo é, por essência, não-simétrico e opera em um intervalo de confiança maior ou igual a 0,50.

O software, ao realizar a análise de implicação, gera um gráfico com vetores que indicam a força da implicação entre as variáveis. Estes vetores especificam o índice de implicação em que uma variável está associada (implicada) à outra, de acordo com intervalos cujos limites são definidos *a priori* pelo pesquisador, sendo os vetores de cada intervalo representados no gráfico com cores diferentes (vermelho, azul, verde e cinza).

Este tipo de análise permite que o pesquisador faça proposições ou elabore hipóteses sobre uma possível estabilidade das relações entre as diferentes variáveis (DE TONI, 2005).

Para esta etapa de análise, também foram consideradas as variáveis com valores estimados de implicação compreendidos apenas no intervalo entre $\geq 0,50$ e $\leq 1,00$ (COUTURIER e GRAS, 1999; COUTURIER e col., 2004).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

DADOS QUANTITATIVOS

Sempre que se estuda uma população hipotética e não uma amostra representativa de um universo, é importante que se descrevam algumas de suas características para que os resultados, sua discussão e as conclusões possam ser relativizadas à luz dessas características.

No caso do presente estudo, a caracterização das mães que compuseram os grupos está apresentada em detalhes nas tabelas 1 e 2.

Como síntese, as mães de crianças com sobrepeso ou obesidade podem ser descritas como tendo idade variando de 21 a 34 anos; a maior parte (13 de 16) referiu ter completado, pelo menos, o Ensino Médio (11 anos de estudo); 14 das 16 mães relataram viver com companheiro; 11 trabalhavam fora de casa; a renda familiar de 12 entrevistadas estava na faixa de R\$1.000 a R\$2.000, e metade (oito de 16) morava em casa própria. Quando perguntado, por meio do formulário da pesquisa matriz “Na sua opinião, tem alguma pessoa “*gorda*” (acima do peso) que mora na casa da criança?”, sete mães responderam que sim, e em três destes casos, era a própria entrevistada a pessoa acima do peso (tabela 1).

Em relação às mães de crianças eutróficas, a idade deste grupo variou de 24 a 43 anos; a maior parte (10 de 15) referiu ter completado, pelo menos, o Ensino Médio (11 nos de estudo); 11 das 15 mães relataram viver com companheiro; 10 trabalhavam fora de casa; a renda familiar de cinco

entrevistadas era menor que R\$1.000, quatro tinham renda entre R\$1.000 e R\$2.000 e quatro tinham renda acima de R\$2.000 por mês. Não foram obtidos dados de duas mães sobre renda familiar. Sobre tipo de moradia, foram obtidas informações de nove, dentre as 15 mães: cinco delas moravam em casa própria e quatro em casa cedida. Quando perguntado sobre a existência de alguma pessoa “*gorda*” (acima do peso) que morasse na casa da criança, quatro mães, dentre as 15, responderam que existia e que em dois casos a própria entrevistada era esta pessoa acima do peso (tabela 2).

Tabela 1 – Características socioeconômicas das mães de crianças com sobrepeso ou obesidade, segundo código de identificação no grupo*. Taubaté, 2012.

Escore-z do IMC da criança	Código ^(I)	Idade materna	Tempo Entrevista (min)	ID Matriz	Nome Criança (iniciais)	Idade criança (anos)	Creche	Escolaridade materna (anos)	Período em que fica na creche ^(II)	Doença crônica ^(III)	Sexo da criança ^(IV)	Número de Irmãos	Situação marital ^(V)	Trabalho mãe ^(VI)	Nº pessoas casa	Nº crianças menores de 6a.	Quem tem renda ^(VII)	Renda (R\$) ^(VIII)	Pessoa gorda na casa ^(IX)	Quem é gordo ^(X)	Tipo de moradia ^(XI)
2,06	EP05	26	11	11316	I.S.C.M.O	3	4	14	2	0	1	0	0	1	2	1	2	1	0	..	2
2,09	EP02	30	16	11189	L.N.S	4	23	5	2	0	1	0	1	1	3	1	3	1	1	1	2
2,14	EP08	27	10	11009	J.V.G.S	4	1	11	2	0	0	0	1	1	3	1	3	1	1	8	0
2,15	EP03	29	10	11224	C.F.S	3	58	11	2	0	1	0	1	1	3	1	3	2	0	..	2
2,27	EP11	26	10	11078	K.V.P.L.S	3	42	11	2	1	0	0	1	1	3	1	3	1	1	2	..
2,31	EP01	21	11	11343	A.C.S.P	4	4	11	2	0	1	0	1	1	4	1	1	1	0	..	2
2,38	EP10	22	6	11076	K.L.J	3	42	11	2	0	0	0	1	1	4	1	3	2	0	..	0
2,52	EP15	23	12	11237	M.E.R.S	3	58	11	2	0	1	1	1	1	4	2	3	1	0	..	0
2,56	EP13	25	10	11046	C.V.V.M	4	1	11	1	1	1	0	1	0	3	1	1	1	0	..	2
2,68	EP12	34	12	11249	L.A.A.C	4	58	11	1	0	0	0	0	0	2	1	2	1	1	8	2
3,03	EP07	27	55	11404	J.R.C	3	2	11	1	0	0	0	1	0	3	1	1	2	0	..	1
3,11	EP16	24	11	11294	R.C.R.S	3	2	11	1	0	0	1	1	1	4	1	3	1	0	..	0
3,49	EP14	34	12	11190	L.A.S.P	4	23	15	2	0	0	1	1	1	4	1	1	1	1	2	2
3,56	EP04	25	26	11374	C.E.Q.S	3	14	11	0	1	0	0	1	0	5	1	5	1	1	..	2
3,76	EP09	24	9	11318	J.W.S	4	4	1	2	0	0	1	1	1	4	1	1	1	0	..	..
4,49	EP06	32	15	11114	I.F.S	3	42	7	1	0	0	1	1	0	4	1	1	0	1	2	..

Notas:

^(I)EP= Criança com excesso de peso

^(II)0=Manhã; 1=Tarde; 2=Integral

^(III)0=Não possui doença; 1=Possui doença

^(IV)0=Masculino; 1=Feminino

^(V)0=Não tem companheiro; 1=Tem companheiro

^(VI)0=Não trabalha fora; 1=Trabalha fora

^(VII)1=Pai; 2=Mãe; 4=Outros

^(VIII)0=R\$<1000; 1=Entre R\$1000 e 2000; 2=R\$>2000 reais

^(IX)0=Não; 1=Sim

^(X)1=Pai; 2=Mãe; 4=Irmãos; 8=Outros

^(XI)0=Cedida; 1=Alugada; 2=Própria

Tabela 2 – Características socioeconômicas de mães de crianças eutróficas, segundo código de identificação no grupo*. Taubaté, 2012.

Escore-z do IMC da criança	Código ⁽ⁱ⁾	Idade materna	Tempo Entrevista (min)	ID Matriz	Nome Criança (iniciais)	Idade criança (anos)	Creche	Escolaridade materna (anos)	Período em que fica na creche ⁽ⁱⁱ⁾	Doença crônica ⁽ⁱⁱⁱ⁾	Sexo da criança ^(iv)	Número de Irmãos	Situação marital ^(v)	Trabalho mãe ^(vi)	Nº pessoas casa	Nº crianças menores de 6a.	Quem tem renda ^(vii)	Renda (R\$) ^(viii)	Pessoa gorda na casa ^(ix)	Quem é gordo ^(x)	Tipo de moradia ^(xi)
-0,05	EUT55	24	15	11071	D.S.D.F	3	42	8	0	0	0	4	1	0	7	3	1	1	1	2	0
-0,05	EUT63	29	18	11216	P.H.S.M	3	23	4	1	0	0	3	1	0	5	2	2	..	0	..	..
-0,04	EUT51	27	21	11107	A.O.J	3	42	6	1	0	0	1	1	0	4	1	1	0	0	..	..
-0,02	EUT56	30	35	11284	J.G.F.O	4	2	11	1	0	0	2	1	1	5	1	1	1	0	..	2
0	EUT52	43	10	11177	A.M.A.P	3	23	11	0	0	0	2	1	1	4	1	1	2	0	..	0
0	EUT64	32	16	11141	R.S.M	3	41	15	2	0	0	0	1	1	3	1	3	1	0	..	2
0	EUT53	40	9	11109	A.M.N.S	3	42	11	1	0	1	2	1	0	5	1	1	2	0	..	..
0,01	EUT65	25	8	11139	R.S.A	3	41	11	2	0	0	1	0	1	3	2	2	0	0	..	..
0,03	EUT62	35	12	11269	M.E.L.F	4	2	11	2	1	1	1	0	1	3	1	2	2	0	..	2
0,03	EUT54	24	16	11386	C.G.S.R	4	14	11	2	0	0	1	0	1	3	2	2	0	0	..	..
0,03	EUT60	28	14	11127	L.G.S.P	3	42	11	1	0	0	1	1	1	5	1	7	..	1	8	..
0,05	EUT57	28	18	11207	J.V.B	3	23	11	1	0	0	0	1	1	3	1	3	2	0	..	0
0,06	EUT59	39	12	11075	K.S.S	4	42	6	2	0	0	3	1	1	5	1	1	0	0	..	2
0,06	EUT61	35	10	11309	M.S	3	32	4	2	1	1	2	0	1	4	1	2	0	1	4	0
0,07	EUT58	24	8	11096	K.S.S	4	42	11	0	0	0	0	1	0	3	1	1	1	1	2	2

Notas:

⁽ⁱ⁾EUT= Criança eutróficas

⁽ⁱⁱ⁾0=Manhã; 1=Tarde; 2=Integral

⁽ⁱⁱⁱ⁾0=Não possui doença; 1=Possui doença

^(iv)0=Masculino; 1=Feminino

^(v)0=Não tem companheiro; 1=Tem companheiro

^(vi)0=Não trabalha fora; 1=Trabalha fora

^(vii)1=Pai; 2=Mãe; 4=Outros

^(viii)0=R\$<1000; 1=Entre R\$1000 e 2000; 2=R\$>2000 reais

^(ix)0=Não; 1=Sim

^(x)1=Pai; 2=Mãe; 4=Irmãos; 8=Outros

^(xi)0=Cedida; 1=Alugada; 2=Própria

DADOS QUALITATIVOS

Todas as entrevistas foram realizadas individualmente, em horários previamente agendados e em local adequado escolhido pela própria mãe.

Cabe destacar que o anexo 9 apresenta as unidades de contexto, unidades de significação e respectivos códigos, algumas vezes chamados de variáveis, utilizados para a análise no software CHIC®.

Nesta seção, são apresentadas as treze unidades de significação elaboradas a partir da análise do conteúdo das entrevistas. No quadro 4, a seguir, são listadas as unidades de significação, a descrição de cada uma, e seus respectivos códigos utilizados para a análise no software, que serão os elementos nos quais será baseada a descrição e a interpretação dos resultados obtidos.

Em seguida, nos quadros 5 e 6 observam-se as frequências com que cada uma destas variáveis se apresentou na fala de cada uma das participantes. Nestes dois quadros a variável aparece registrada como 1 (presença), sempre que aparecia na fala da mãe.

Quadro 4 - Descrição dos códigos das unidades de significação, utilizada na análise no software CHIC[®].

Código da unidade de significação*	Descrição da unidade de significação
1. ccamagramal	Associação do estar magro com a má alimentação ou fome.
2. comemuito	O comer em excesso ou não ter horários definidos para se alimentar.
3. comeporcarias	Comer guloseimas ou alimentos não saudáveis.
4. dizfilhosaudv	Refere que o filho está saudável.
5. evocnaorelac	Fatores relacionados à obesidade não associados ao seu filho.
6. influfamilia	Influência de fatores ambientais da família (alimentação, estilo de vida e sedentarismo).
7. influgenetica	Influência/Tendência genética.
8. maeeduca	Papel materno na educação alimentar.
9. maequeda	Permissividade da mãe em relação às vontades dos filhos.
10. maerecepfilho	Reconhecimento de que o filho está com excesso de peso.
11. maerecepseu	Reconhecimento da mãe de que ela está acima do peso ideal.
12. terpesoacima	Tamanho físico aumentado/Peso acima do normal.
13. veepcomoprob	Excesso de peso associado a prejuízos para a criança em atividades de rotina.

*: No decorrer do texto, código da unidade de significação é, algumas vezes, chamado de variável de dados qualitativos.

Quadro 5 - Análise temático-categorial das mães de crianças com excesso de peso*.

		Unidades de significação: Presença (1) ou Ausência (0)																
		Códigos das mães de crianças com excesso de peso																
Unidade de Significação (variável)	Código da unidade de significação	ep1	ep2	ep3	ep4	ep5	ep6	ep7	ep8	ep9	ep10	ep11	ep12	ep13	ep14	ep15	ep16	Total de presenças (%)
Comer guloseimas ou alimentos não saudáveis.	comeporcarias	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	75,00
O comer em excesso ou não ter horários definidos para se alimentar.	comemuito	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	62,50
Filho está saudável.	dizfilhosaudv	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	56,25
Fatores relacionados à obesidade não associados ao seu filho.	evocnaorelac	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	56,25
Papel materno na educação alimentar.	maeeduca	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	56,25
Influência de fatores ambientais da família (alimentação, estilo de vida e sedentarismo).	influfamilia	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	50,00
Permissividade da mãe em relação às vontades dos filhos.	maequeda	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	43,75
Tamanho físico aumentado/Peso acima do normal.	terpesoacima	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	43,75
Influência/Tendência genética.	influgenetica	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	37,50
Reconhecimento de que o filho está com excesso de peso.	maerecepfilho	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	37,50
Excesso de peso associado a prejuízos para a criança em atividades de rotina.	veepcomoprob	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	31,25
Associação do estar magro com a má alimentação ou fome.	ccamagramal	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	25,00
Reconhecimento da mãe de que ela está acima do peso ideal.	maerecepseu	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25,00

Excesso de peso = ep

Quadro 6 - Análise temático-categorial das mães de crianças eutróficas*.

		Unidades de significação: Presença (1) ou Ausência (0)															
		Códigos das mães de crianças eutróficas															
Unidade de Significação (variável)	Código da variável	eut 51	eut 52	eut 53	eut 54	eut 55	eut 56	eut 57	eut 58	eut 59	eut 60	eut 61	eut 62	eut 63	eut 64	eut 65	Total de presenças (%)
Comer guloseimas ou alimentos não saudáveis.	comeporcarias	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	86,67
O comer em excesso ou não ter horários definidos para se alimentar.	comemuito	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	73,33
Influência/Tendência genética.	influgenetica	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	66,67
Tamanho físico aumentado/Peso acima do normal.	terpesoacima	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	66,67
Papel materno na educação alimentar.	maeeduca	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	60,00
Influência de fatores ambientais da família (alimentação, estilo de vida e sedentarismo).	influfamilia	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	46,67

Eutróficas=eut

No subitem a seguir, os resultados são apresentados nas figuras 1 e 3, segundo o índice de similaridade estimado pelo CHIC[®], e descritos em ordem decrescente. O resultado (classificação do índice de similaridade) obtido pelo CHIC[®] está apresentado no anexo 10.

Na análise hierárquica de **similaridade**, embora o ponto de corte mínimo aceitável proposto fosse 0,50, no grupo de mães de crianças com sobrepeso ou obesidade, foram encontrados dados com significativa consistência e objetividade com índices mínimos de similaridade de 61%, enquanto no grupo de mães de crianças eutróficas, o índice mínimo de similaridade obtido foi de 56%.

Na análise de **implicação** do grupo de mães de crianças com sobrepeso ou obesidade, foram descritos dados com significativa consistência e objetividade dos resultados com índice de confiança igual ou maior que 65% ($\geq 0,65$), e no grupo de mães de crianças eutróficas, o índice de implicação estudado foi maior ou igual a 57% ($\geq 0,57$).

4.1. Grupo de mães com crianças com sobrepeso ou obesidade

a) Análise de Similaridade

A figura 1 apresenta as relações entre as variáveis e, em seguida, cada relação é interpretada baseando-se no conteúdo das entrevistas transcritas.

No sentido de não dificultar a leitura, para cada ocorrência de similaridade, um exemplo de trecho transcrito da entrevista foi inserido, com sua correspondente identificação, no sentido de apresentar algumas das unidades de contextos estudadas.

Figura 1 - Índices de similaridade do grupo de mães de crianças com sobrepeso ou obesidade acerca do excesso de peso infantil e estado nutricional de seus filhos.

» **Similaridade maior ou igual a 0,90**

1) Papel materno na educação alimentar (**maeeduca**) e Excesso de peso associado a prejuízos para a criança em atividades de rotina (**veepcomoprob**)

A concepção de que a obesidade é um problema para o indivíduo aparece relacionada ao reconhecimento do importante papel que a mãe tem na educação alimentar do filho, com o índice de similaridade mais elevado, portanto, importante entre o grupo de mães cujos filhos tinham excesso de peso.

Um exemplo da fala que caracteriza a unidade de significação Papel materno na educação alimentar foi “*Agora, tem criança, você vai no shopping e você vê, que se a mãe não passar no MacDonald’s e não comprar uma MacLanche Feliz, ela não deixa fazer nada no shopping. Então, é complicado por causa disso. Eu acho que é tudo de ensinamento, tudo vem desde o berço. Você tem que ensinar desde o berço, senão não adianta*” (EUT56) - (**maeeduca**).

O trecho “*ser obeso, até a própria criança sofre, não é, pela dificuldade de andar, de fazer esporte. Você vê que é uma criança mais cansada. Tudo está sentada.*” (EUT62) explicitou como a mãe entende por excesso de peso associado a prejuízos para a criança em atividades de rotina (**veepcomoprob**).

» **Similaridade maior ou igual a 0,88**

2) Reconhecimento de que o filho está com excesso de peso (**maerecepfilho**) e Reconhecimento da mãe de que ela está acima do peso ideal (**maerecepseu**)

Sobre a situação atual do estado nutricional de seus filhos, ao reconhecer o excesso de peso do filho estas mães se referem também como estando acima do peso, com um índice de similaridade entre estas variáveis muito próximo do mais elevado.

A seguir estão exemplos de falas que originaram as unidades de significação **maerecepfilho** e para **maerecepseu**, respectivamente: “*Eu vejo que ela tem a tendência de ficar um pouquinho, ela é meio cheinha, bem, bem distribuída, mas ela é cheinha*” (EP02) - (**maerecepfilho**); e “*Eu acho que eu sou obesa*” (EUT55) - (**maerecepseu**).

» **Similaridade maior ou igual a 0,85**

3) Permissividade da mãe em relação às vontades dos filhos (**maequeda**) e Fatores relacionados à obesidade não associados ao seu filho (**evocnaorelac**)

Ao evocar os fatores associados ao sobrepeso ou obesidade infantil, inclusive sobre a figura materna, uma grande parte das mães não relacionam estes mesmos fatores ao excesso de peso do próprio filho.

A permissividade por parte da mãe foi assim interpretada a partir de trechos como o seguinte: *“Então acho assim, que é muito da mãe liberar, não é? Sobrinho meus e filhos de primas às vezes eu vejo pega bala doce: “Ai, essa menina não come comida”. Mas dá um pacote de bala doce para ver. Detona. Esses dias mesmo eu falei para a minha prima: “ela está se entupindo de comer bala e doce que foi da festinha”. Até eu acho que é por isso. Que a alimentação é errada”* (EUT60) - **(maequeda)**.

Ao analisar as respostas de mais de uma pergunta do roteiro semi-estruturado, foi possível observar que mães de crianças com excesso de peso, ao mencionar fatores relacionados à presença da obesidade, não os associavam ao excesso de peso do seu próprio filho.

“Ela mais come o que ela mais pede. Se você colocar várias coisas, é no que ela vai primeiro. “Ah, mãe. Hoje eu só quero isso. Ah, hoje eu quero comer isso”. Então são as coisas que ela mais pede. (...) A criança fala que quer e a mãe vai dar. Acho que não é assim. A criança fala: “Ah, mãe. Eu quero isso. Ah, mãe. Eu quero aquilo”. E, às vezes até a mãe que acostuma a comer bastante e passa para o filho também de comer bastante” (EP01). - **(evocnaorelac)**.

» Similaridade maior ou igual a 0,77

4) [Associação do estar magro com a má alimentação ou fome (**ccamagramal**) - Papel materno na educação alimentar (**maeeduca**) e

Excesso de peso associado a prejuízos para a criança em atividades de rotina (**veepcomoprob**)]¹³

A concepção de que crianças magras estariam assim em função da má alimentação aparece relacionada ao entendimento de que a obesidade é um problema para o indivíduo e ao reconhecimento do importante papel que a mãe pode desempenhar na educação alimentar do filho.

Esta associação do estar magro com a má alimentação ou fome se mostrou por meio de trechos como : “(...) *porque o meu mais velho não come tanto quanto o JWS. A alimentação dele [irmão magro] é muito pouco, tem que ficar em cima, direto par ver se come. Porque se deixar, tendo joguinho, ficar brincando, não come. Se distrai, passa fome, e não está nem aí. Acho que as crianças que são mais gordas não passam fome, sentiu um pouquinho de fome, pronto, já tá pedindo “mãe, quero isso, quero aquilo”* ” (EP09) – (**ccamagramal**)

» Similaridade maior ou igual a 0,71

5) Influência/Tendência genética (**influgenetica**) e Influência de fatores ambientais da família - alimentação, estilo de vida e sedentarismo (**influfamilia**)

No sentido da determinação do estado nutricional a influência familiar, por similaridade, aparece muito ligada enquanto componente genético de tendência.

¹³ Os colchetes são usados sempre que a similaridade ocorre entre mais que duas variáveis.

Dois exemplos de falas maternas que caracterizam a influência genética são: *“Puxa um pouco do pai e da mãe. Todo mundo lá em casa é bem baixinho e gordinho. E o lado do pai dele é magrinho e baixinho. Então, eu acho que tem criança que é mais gordinha por causa de pai e mãe”* (EUT55); e *“Eu acho que tem muita genética”* (EUT62) – (**influgenética**).

A unidade de significação sobre influência de fatores ambientais da família como um todo (alimentação, estilo de vida e sedentarismo) foi obtida a partir de trechos como o seguinte: *“Os pais obesos. Querendo ou não, acaba alimentando mais os filhos, porque eles se alimentam de uma forma e acabam passando isso também”* (EUT62) - (**influfamília**)

» Similaridade maior ou igual a 0,62

6) Comer guloseimas ou alimentos não saudáveis (**comeporcarias**) e Tamanho físico aumentado/Peso acima do normal (**terpesoacima**)

A obesidade, entendida como ter o peso acima do normal/ideal - referência a tamanho físico basicamente – aparece relacionada ao fato de comer “porcarias/besteiras” - chocolate, bolacha recheada, *fast foods*, bala, refrigerante.

As mães, ao serem perguntadas sobre o que levaria uma criança a ficar obesa, responderam que a obesidade poderia ser explicada pela fato de a criança comer alimentos não saudáveis. Os dois trechos, a seguir, contribuíram para essa observação: *“Eu acho que é por uma alimentação irregular, não é, para ser obeso? Come, assim, as coisas fora de hora”*

(EUT59).; e “*É aquela criança que come demais*” (EP01) – (**comeporcarias**).

Algumas das respostas para a pergunta “Na sua opinião, o que é ser obeso?” foram: “*Eu acho que obesa é quando se está muito acima do peso, não é? Tem barriga, essas coisas*” (EUT55); e “*Obeso é aquela criança, ou aquela pessoa que está bem acima do peso*” (EUT54). Isto permitiu a criação da unidade de significação (**terpesoacima**).

» Similaridade maior ou igual a 0,61

7) [O comer em excesso ou não ter horários definidos para se alimentar (**comemuito**) – Permissividade da mãe em relação às vontades dos filhos (**maequeda**) e Fatores relacionados à obesidade não associados ao seu filho (**evocnaorelac**)]¹⁴

O fato de comer em quantidades excessivas ou sem horários definidos e a mãe que permite isso aparecem como fatores relacionados à determinação do excesso de peso, no entanto, as mães deste grupo de crianças gordas não relacionam estes mesmos fatores ao excesso de peso do próprio filho.

b) Análise de Implicação

A figura 2 apresenta os vetores das implicações que correlacionam as unidades de significação (variáveis) segundo o índice de confiança.

¹⁴ Os colchetes são usados sempre que a similaridade ocorre entre mais que duas variáveis.

A variável 'veepcomoprob' aparece implicada à 'maeeduca' (0,84) que também recebe a implicação de "ccamagramal" (0,79). As mães que consideram o excesso de peso como um problema para a saúde do filho, falam que a mãe tem um papel importante na educação alimentar dentro de casa. No entanto, grande parte dessas mães associam crianças magras a má alimentação.

A variável 'ccamagramal' está implicada à 'maequeda' (0,65) que, por sua vez, está implicada à 'evocnaorelac' (0,79). As mães, que associam crianças magras como mal alimentadas, dizem que a mãe - referida em terceira pessoa – poderia ceder menos às vontades dos filhos principalmente em situações envolvendo pedido de alimentos, no sentido de prevenir o excesso de peso infantil.

Figura 2 - Árvore de análise de implicação do grupo de mães de crianças com sobrepeso ou obesidade acerca do excesso de peso infantil e estado nutricional de seus filhos.

Legenda:

Cor do vetor Valor do índice de confiança

0,84

0,79

0,71

0,65

Este grupo de mães, ao evocar os fatores relacionados à obesidade (fatores de risco), não relaciona tais fatores ao excesso de peso do seu filho. Isto possivelmente mostra a não apropriação do discurso que ela mesma produz. Esta não apropriação sugere que, de fato, o comportamento real em relação ao seu filho não condiz, provavelmente, com a sua fala.

Observa-se, assim, uma divergência entre o que as mães dizem saber a respeito de como evitar o ganho excessivo de peso e o que, certamente, é feito em relação aos seus filhos, visto que as crianças destas mães estão com excesso de peso.

A variável 'comemuito' recebe a implicação de 'evocnaorelac' (0,65) e de 'maerecepfilho' (0,65), que por sua vez recebe a implicação de 'maerecepseu' (0,71). O comer em quantidades excessivas ou sem horários definidos aparece como o fator mais associado quando a mãe reconhece o excesso de peso do filho e evoca fatores que levam a obesidade.

Parte das mães que reconhecem o excesso de peso do seu filho também reconhecem estar acima do peso ideal.

4.2. Grupo de mães com crianças eutróficas

a) Análise de Similaridade

Figura 3 - Índices de similaridade do grupo de mães de crianças eutróficas acerca do excesso de peso infantil e estado nutricional de seus filhos.

» Similaridade maior ou igual a 0,73

1) Influência/Tendência genética (*influgenetica*) e Influência de fatores ambientais da família - alimentação, estilo de vida e sedentarismo (*influfamilia*)

Aqui também para as mães a influência genética se confunde com a influência familiar, em se tratando da determinação do estado nutricional

tanto de crianças quanto de adultos. Cabe ressaltar que este é o índice de similaridade mais elevado encontrado neste grupo de mães.

» **Similaridade maior ou igual a 0,65**

2) Papel materno na educação alimentar (***maeeduca***) e Tamanho físico aumentado/Peso acima do normal (***terpesoacima***)

Mães, que reconhecem ter um papel importante na educação alimentar dentro de casa ao falar como fazem para evitar o excesso de peso infantil e ao detalhar como cuidam da alimentação do filho - fracionamento da alimentação do filho -, reconhecem a obesidade como estar acima do peso - referência a tamanho físico basicamente.

» **Similaridade maior ou igual a 0,56**

3) O comer em excesso ou não ter horários definidos para se alimentar (***comemuito***) e Comer guloseimas ou alimentos não saudáveis (***comeporcarias***)

Mães dizem que comer excessivamente, sem horários definidos e comer “porcarias/besteiras” - chocolate, bolacha recheada, *fast foods*, bala, refrigerante – são os principais fatores associados ao excesso de peso infantil.

b) Análise de Implicação

A figura 4 apresenta os vetores das implicações que correlacionam as unidades de significação (variáveis) segundo o índice de confiança, em que dois conjuntos são identificados.

Figura 4 - Árvore da análise de Implicação da concepção do grupo de mães de crianças eutróficas acerca do excesso de peso infantil e estado nutricional de seus filhos.

No conjunto à esquerda, a variável 'influfamilia' está implicada à 'influgenetica' (0,67). Esta associação evidencia que o componente genético

aparece, dentre outros fatores, como o mais associado a influência familiar na determinação estado nutricional.

No conjunto à direita, a variável 'maeeduc' está implicada à 'terpesoacima' (0,55). Ao reconhecer a obesidade como peso acima do ideal, as mães referem ter papel importante na educação alimentar dentro de casa - ao falarem acerca de como fazer para evitar o excesso de peso infantil e ao detalharem como cuidar da alimentação do filho.

No intuito de organizar as temáticas elaboradas a partir do material pesquisado, o quadro 7 apresenta os códigos das unidades de significação associadas a cada temática, pois a partir das unidades de contexto foram sendo criadas, por conseguinte, tais unidades de significação e, a partir daí, as temáticas.

Quadro 7 - Distribuição das variáveis associadas (categorizadas) às temáticas.

Temáticas	Códigos das unidades de significação*
1. Percepção materna sobre o estado nutricional infantil	ccamagramal; dizfilhsaudv; maerecepfilho; maerecepseu; veepcomoprob.
2. O papel da mãe na educação alimentar do filho como fator de proteção ou de risco para a saúde da criança.	evocnaorelac; maeeducu; maequeda.
3. Concepção sobre o que leva uma criança ou adulto ao excesso de peso.	comemuito; comeporcarias; influfamilia; influgenetica; terpesoacima.

*Códigos das unidades de significação são a junção de letras que resumem a unidade de significação.

Embora as mães de ambos os grupos tenham a concepção de que a figura materna tem papel fundamental na educação alimentar dos filhos, no grupo de mães de crianças com excesso de peso, ao relatar a concepção de que o excesso de peso é um problema para a criança, as mães também dizem que crianças mais magras estariam assim por serem mal alimentadas, o que evidencia um conflito de idéias que poderia eventualmente inibir a própria mãe de exercer seu papel “protetor” no sentido de evitar o excesso de peso do filho.

Para as mães de crianças eutróficas – detalham mais como cuidam da alimentação do filho ao dizer como fracionam e ao citar os alimentos mais

importantes para a saúde do filho – a concepção de que a figura materna tem papel fundamental na educação alimentar dos filhos aparece implicada à obesidade enquanto peso acima do ideal. Isto provavelmente acaba contribuindo para fazer com que a mãe exerça esse papel protetor ao ensinar a criança a ter uma alimentação saudável e, assim, evitar o excesso de peso.

O aparecimento precoce da obesidade ressalta a importância da influência do ambiente familiar sobre o risco de a criança vir a apresentar excesso de peso (MONDINI e col., 2007). Analisando os aspectos psicológico, socioeconômico e cultural, o pré-escolar é considerado um ser muito dependente do ambiente em que vive, que em boa parte do tempo, nesta idade é constituído pela família, sendo o seu comportamento, frequentemente, um reflexo desse ambiente (OLIVEIRA e col., 2003a).

O ambiente familiar é, muitas vezes, o fator mais importante em relação à determinação dos hábitos alimentares e de atividade física no contexto familiar (BIRCH, 2001; SWINBURN e col. 2004). Em relação à alimentação, por exemplo, SWINBURN e col. (2004) verificaram correlações significativas entre as preferências alimentares de uma criança e as de seus familiares, enquanto o aspecto mais limitante correspondeu ao fato de que alguns alimentos nunca tinham sido oferecidos à criança, provavelmente porque a mãe não gostava desses alimentos.

Outro estudo, que demonstra a grande influência do estilo de vida dos pais nos hábitos e práticas da criança, verificou que crianças cujas mães eram ativas mostraram-se duas vezes mais ativas que crianças de mães

inativas e quando ambos os pais eram ativos, as crianças eram 5,8 vezes mais ativas que os filhos de pais inativos (BRACCO e col., 2002).

Contrariamente ao que estes estudos sugerem, na concepção das mães de ambos os grupos, a influência familiar é considerada mais sob a ótica da influência genética quando se aborda a determinação do estado nutricional da criança.

Cabe destacar que no grupo de mães de crianças eutróficas, embora a influência genética apareça como mais presente dentre os fatores relacionados a influência familiar, outros fatores como o comportamento alimentar e estilo de vida também surgem como interferência na determinação do estado nutricional da criança, demonstrando que estas mães se apropriam do discurso produzido por elas.

Entretanto as mães de crianças com excesso de peso, apesar de capazes de evocarem fatores relacionados à obesidade – como por exemplo a idéia da mãe permissiva - não os relacionam ao excesso de peso de seus filhos, o que aponta para uma não apropriação do discurso que elas mesmas produzem.

Os estudos de NOVAES e col. (2007) indicaram que crianças obesas apresentavam um hábito alimentar semelhante ao das crianças eutróficas quanto aos tipos de alimentos, porém havia diferença nas quantidades consumidas: a ingestão de macronutrientes e o valor energético total da dieta eram significativamente maiores entre crianças com sobrepeso em comparação com as demais.

Há de se destacar que a ingestão energética em crianças pode não se associar, num mesmo momento, ao percentual de gordura corporal, ao índice de massa corporal ou à circunferência da cintura (McCAFFREY e col., 2008). No entanto, de acordo com os achados de JOHNSON e col. (2008), uma dieta com alta densidade energética, baixo teor de fibras e elevado teor de gorduras, na infância, se associa à presença de uma maior adiposidade 2 a 4 anos mais tarde.

Embora, no meio científico, a mídia se apresente como um fator contribuinte para a obesidade infantil (HINGLE e KUNKEL, 2012; MOTTA-GALLO e col., 2013), esse tema não aparece nas falas das mães. Algumas mães citam refrigerantes dentre os alimentos, que, se consumidos em excesso (considerados como “não-saudáveis”) podem levar a quadros de obesidade, mas não relacionam esse consumo com as mensagens veiculadas na mídia.

5. CONCLUSÃO

As concepções maternas acerca do excesso de peso e do estado nutricional de seus filhos se apresentam de forma heterogênea entre as mães de crianças pré-escolares com sobrepeso ou obesidade quando comparadas com as concepções de mães de crianças eutróficas.

Em relação ao estado nutricional infantil, as mães de crianças com excesso de peso concebem que as crianças magras poderiam estar mal alimentadas. Já as mães de crianças com peso normal relatam influência familiar e genética como os principais determinantes do estado nutricional da criança.

Para ambos os grupos de mães, a figura materna é concebida como tendo um papel fundamental na formação dos hábitos alimentares dos filhos, no entanto as mães das crianças com excesso de peso parecem não se apropriarem desta concepção quando se trata de seus filhos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Caso estas diferenças (heterogeneidades) nas concepções sejam identificadas e confirmadas por novos estudos, com outras amostras de mães de crianças pré-escolares, quer seja por pesquisas qualitativas e/ou quantitativas, ganharão maior validade externa.

Esta possibilidade de maior generalização das conclusões ora observadas certamente poderá contribuir para que no futuro se adote uma forma mais adequada de interação com estas mães de pré-escolares em risco ou portadores de excesso de peso. Uma abordagem mais coerente, procurando maneiras de reformular as concepções que as mesmas já possuem, induzindo-as a se apropriar do próprio discurso, de fato poderia contribuir para que as mesmas se tornem importantes agentes no processo de modificação para melhor dos hábitos de alimentação e de vida de suas crianças, e *quicá* de suas famílias.

Como dito no início, estas são hipóteses que emanam deste estudo quali-quantitativo, já que a confirmação da existência de diferenças entre concepções destes dois grupos de mães abre um novo conjunto de perguntas que deverão ser respondidas em futuras pesquisas.

7. REFERÊNCIAS

- 1 Abrantes MM, Lamounier JA, Colosimo EA. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões sudeste e nordeste. *J Pediatr*. 2002; 78(4):335-40.
- 2 Anthro for personal computers, version 2 [software na internet]. Geneva: World Health Organization. Software for assessing growth and development of the world's children; 2007 [acesso em 5 maio 2011]. Disponível em: [http:// www.who.int/childgrowth/software/en/](http://www.who.int/childgrowth/software/en/). ANTHRO
- 3 Arteaga H, Dos Santos JE, Dutra de Oliveira JE. Obesity among schoolchildren of different socioeconomic levels in a developing country. *Int J Obes*. 1982; 6(3):291-7.
- 4 Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- 5 Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad Saúde Publica*. 2003 Supl 1; 19:181-191.
- 6 Birch LL. Childhood overweight: family environment factors. In: Chen C, Dietz WH. *Obesity in childhood and adolescence*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 161-73.
- 7 Bismarck-Nasr EM, Frutuoso MFP, Gambardella AMD. Relação entre índice ponderal ao nascer e excesso de peso corporal em jovens. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(9):2064-71.
- 8 Boere-Boonekamp MM, L'Hoir MP, Beltman M, Bruil J, Dijkstra N, Engelberts AC. Overweight and obesity in preschool children (0-4 years): behaviour and views of parents. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2008;9;152(6):324-30.
- 9 Bracco MM, Ferreira MBR, Morcilo AM, Colugnati, F, Jenovesi J. Gasto energético entre crianças de escola pública obesas e não obesas. *Rev Bras Ciên e Movimento*. 2002; 10(3): 29-35.

- 10 Camargo APPM, Barros Filho AA, Antonio AMRGM, Giglio JS. A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2013;18(2):323-333.
- 11 Campbell K, Crawford D. Family food environments as determinants of preschool-aged children's eating behaviours: implications for obesity prevention policy - A review. *Aust J Nutr Diet*. 2001; 58(1):19-25.
- 12 Couturier R, Bodin A, Gras R. A classificação hierárquica implicativa e coesiva. Manual Curso CHIC versão 2.3; 2004. Tradução S. Ag Almouloud.
- 13 Couturier R, Gras R. Introduction de variables supplémentaires dans une hiérarchie de classes et application à CHIC. In : Actes des 7. Rencontres de la Société Francophone de Classification, 1999 sept 15-17 ; Nancy, France. p.87-92.
- 14 Damiani D, Damiani D, Oliveira RG. Obesidade - fatores genéticos ou ambientais? *Pediatria Moderna*, 2002; 38(3):57-80.
- 15 Danielzik S, Czerwinshi-Mast M, Langnase K, Dilba B, Muller MJ. Parenteral overweight, socioeconomic status and high birth weight are the major determinants of overweight and obesity in 5-7y old children: baseline data of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004; 28:1494-502.
- 16 De Toni D. Administração da imagem de produtos: desenvolvendo um instrumento para a configuração da imagem de produto [tese de doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
- 17 Dietz WH. Childhood weight affects adult morbidity and mortality. *J Nutr*. 1998;128 (2 Supl):411S-414S.
- 18 Eriksson J, Forsén T, Osmond C, Barker D. Obesity from cradle to grave. *Int J Obes*. 2003; 27:722-727.
- 19 Francischi RPP, Pereira LO, Freitas CS, Klopfer M, Santos RC, Vieira P, Lancha Júnior AH. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Rev Nutr*. 2000; 13(1):17-28.

- 20 Freitas ASS, Colelho SC, Ribeiro RL, Obesidade infantil: influências de hábitos alimentares inadequados. *Saúde Amb Rev.* 2009; 4(2):9-14.
- 21 Godfrey KM, Barker DJ. Fetal programming and adult health. *Public Health Nutr.* 2001; 4(2B): 611-24.
- 22 Gomez F. Desnutrición. *Bol Med Hosp Inf. Mex.* 1946; 3 (4): 543-551.
- 23 Hingle M, Kunkel D. Childhood obesity and the media. *Pediatr Clin N Am.* 2012; 59:677–692.
- 24 IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Banco de dados: cidades. [acesso em 12 dez 2012]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
- 25 INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Resultados do Censo Escolar 2009 – Educacenso. [acesso em 05 jan 2010]. Disponível em: http://www.inep.gov.br/basica/censo/Escolar/Matricula/censoescolar_2009.asp?metodo=1&ano=2009&UF=S%C3O+PAULO&MUNICIPIO=Taubate&Submit=Consultar
- 26 IPEADATA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada 2000. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Dados macroeconômicos e regionais. [acesso em 12 dez 2012]. Disponível em: http://www.ipeadata.gov.br/ipeaweb.dll/ipeadata?SessionID=1329726968&Tick=1262728693953&VAR_FUNCAO=RedirecionaFrameConteudo%28%22iframe_dados_i.htm%22%29&Mod=l
- 27 James PT. Obesity: the worldwide epidemic. *Clin Dermatol.* 2004; 22:276-280.
- 28 Jesus GM, Vieira GO, Vieira TO, Martins CC, Mendes CMC, Castelão ES. Determinants of overweight in children under 4 years of age. *J Pediatr.* 2010; 86(4):311-316.

- 29 Johnson L, Mander AP, Jones LR, Emmett PM, Jebb SA. Energy-dense, low-fiber, high-fat dietary pattern is associated with increased fatness in childhood. *Am J Clin Nutr.* 2008; 87(4):846-54.
- 30 Leão LSC, Araújo, LMB, Pimenta de Moares, LTL, Assis AM. Prevalência de obesidade em escolares de Salvador, Bahia. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2003; 47(2):151-157.
- 31 Lefèvre P, de Suremain CE. Les contributions de la socio-anthropologie à la nutrition publique: pourquoi, comment et à quelles conditions? *Cahiers Santé.* 2002; 12(1):77-85.
- 32 Lobstein T, Baur L, Uauy R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews.* 2004 Supl 1; 5: 4-85.
- 33 Lobstein T, Frelut ML. Prevalence of overweight among children in Europe. *Obesity Reviews,* 2003; 4:195–200.
- 34 Lohman TG, Roche AF, Martorell, R. Anthropometric standardization reference manual. Champaign: Human kinetics books; 1988.
- 35 Magarey AM, Daniels LA, Boulton TJ, Cockington RA. Predicting obesity in early adulthood from childhood and parental obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2003;27(4):505-13.
- 36 Martins EB, Carvalho, MS. Associação entre peso ao nascer e o excesso de peso na infância: revisão sistemática. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22(11): 2281-2300.
- 37 McCaffrey TA, Rennie KL, Kerr MA, Wallace JM, Hannon-Fletcher MP, Coward WA, Jebb AS, Livingstone MBR. Energy density of the diet and change in body fatness from childhood to adolescence; is there a relation? *Am J Clin Nutr.* 2008; 87(5): 1230-37.
- 38 Mello ED, Luft VC, Meyer F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? *J Pediatr.* 2004; 80(3): 173-82.
- 39 Menezes RCE, Lira PIC, Oliveira JS, Leal VS, Santana SCS, Andrade SLLS, Batista Filho M. Prevalence and determinants of overweight in preschool children. *J Pediatr.* 2011;87(3):231-237.

- 40 Mesa SLR. *Perspect Nutr Hum. Perspectivas en Nutrición Humana*. 2007; 9 (1): 23-35.
- 41 Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cad. Saúde Públ.* 1993;9(3):239-262.
- 42 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006a. Construção dos instrumentos e exploração de campo; p.189-199.
- 43 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006b. Técnicas de pesquisa; p.261-297.
- 44 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. *Cadernos de Atenção Básica*. n.12. 108p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2006.
- 45 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.– Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 61 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- 46 Mondini L, Levy RB, Saldiva SRDM, Venâncio SI, Aguiar JA, Stefanini MLR. Prevalência de sobrepeso e fatores associados em crianças ingressantes no ensino fundamental em um município da região metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(8): 1825-1834.
- 47 Monteiro, CA; Conde, WL. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: Nordeste e Sudeste do Brasil, 1975-1989-1997 / The secular tendency of obesity according to social status: Northeast and Southeast of Brazil, 1975-1989-1997. *Arq Bras Endocrinol Metab*.1999; 43(3):186-94.
- 48 Moraes SA, Rosas JB, Mondini L, Freitas ICM. Prevalência de sobrepeso e obesidade e fatores associados em escolares da área urbana de Chilpancingo, Guerrero, México, 2004. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(6): 1289-1301.

- 49 Motta-Gallo S, Gallo P, Cuenca A. The influence of television on the eating habits of brazilian northeast children. *Journal of Human Growth and Development*. 2013; 23(1): 87- 93.
- 50 Nascimento VG, Salvador EP, Silva JPC, Bertoli CJ, Blake MT, Leone C. Overweight in preschool children: Analysis of a possible intervention. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2012b; 22(1): 11-16.
- 51 Nascimento VG, Silva JPC, Bertoli CJ, Abreu LC, Valenti VE, Leone C. Prevalence of overweight preschool children in public day care centers: a cross-sectional study. *Sao Paulo Med J*. 2012a; 130(4):225-9.
- 52 Nguyen VT, Larson DE, Johnson RK, Goran MI. Fat intake and adiposity in children of lean and obese parents. *Am J Clin Nutr*. 1996; 63: 507-13.
- 53 Novaes JF, Franceschini SCC, Priore SE. Hábitos alimentares de crianças eutróficas e com sobrepeso em Viçosa, Minas Gerais, Brasil. *Rev Nutr*. 2007; 20(6): 633-642.
- 54 Oliveira AMA, Cerqueira EMM, Oliveira AC. Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil na cidade de Feira de Santana-BA: detecção na família x diagnóstico clínico. *J Pediatr*. 2003b;79(4):325-8.
- 55 Oliveira AMA, Cerqueira EMM, Souza JS, Oliveira AC. Sobrepeso e obesidade infantil: influência de fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana, BA. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2003a; 47(20):144-150.
- 56 Oliveira DC. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. *Rev. Enferm. UERJ*. 2008; 16(4): 569-76.
- 57 Olstad DL, McCargar L. Prevention of overweight and obesity in children under the age of 6 years. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2009; 34(4):551-570.

- 58 Parra-Cabrera S, Hernández B, Duran-Arenas L, López-Arellano O. Modelos alternativos para el análisis epidemiológico de la obesidad como problema de salud pública. *Rev Saúde Pública*. 1999;33:314-25.
- 59 Parsons TJ, Power C, Logan S, Summerbell CD. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1999; 23 (8 Supl):S1-107.
- 60 Pocock M, Trivedi D, Wills W, Bunn F, Magnusson J. Parental perceptions regarding healthy behaviours for preventing overweight and obesity in young children: a systematic review of qualitative studies. *Obes Rev*. 2010; 11(5):338-53.
- 61 Popkin BM, Adair LS, NgGlobal nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutr Rev*. 2012; 70(1):3-21.
- 62 Romo MM, Castilho DC. Metodologías de las ciencias sociales aplicadas al estudio de la nutrición. *Rev Chil Nutr*. 2002; 29(1): 14-22.
- 63 Santos ALB, Leão LSCS. Perfil antropométrico de pré-escolares de uma creche em Duque de Caxias, Rio de Janeiro. *Rev Paul Pediatr*. 2008; 26(3): 218-24.
- 64 SEADE – Fundação Sistema Municipal de Análise de Dados. Perfil Municipal de Taubaté. [acesso em 07 dez 2012]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>
- 65 Serdula MK, Ivery D, Coates RJ, Freedman DS, Williamson DF, Byers T. Do obese children become obese adults? A review of literature. *Prev Med*. 1993; 22: 167-177.
- 66 Sichieri R, Souza RA. Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24 (2 Supl):S209-S234.
- 67 Silva GAP , Balaban G, Freitas MMV, Baracho JDS, Nascimento EMM. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças pré-escolares matriculadas em duas escolas particulares de Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2003; 3(3):323-327.

- 68 Silva GAP, Balaban G, Motta MEFA. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas. *Rev Bras Saúde Matern. Infant.* 2005; 5(1):53-59.
- 69 Simon VG, Souza JMP, Leone C, Souza SB. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças de dois a seis anos matriculadas em escolas particulares no município de São Paulo. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.* 2009a; 19(2):211-18.
- 70 Simon VGN, Souza JMP, Souza SB. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. *Rev Saúde Pública.* 2009b; 49(1):60-9.
- 71 Suñé FR, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Pattussi MP. Prevalência e fatores associados para sobrepeso e obesidade em escolares de uma cidade no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(6): 1361-1371.
- 72 Swinburn B, Egger G. Preventive strategies against weight gain and obesity. *Obes Rev.* 2002, 3:289–301.
- 73 Swinburn BA, Caterson I, Seidell JC, James WP. Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity. *Public Health Nutr.* 2004; 7: 123–146.
- 74 Teder M, Mörelius E, Bolme P, Nordwall M, Ekberg J, Timpka T. Family-based behavioural intervention programme for obese children: a feasibility study. *BMJ Open.* 2012; 2(2):1-7
- 75 Tenorio AS, Cobayashi F. Obesidade infantil na percepção dos pais. *Rev Paul Pediatr.* 2011;29(4):634-9.
- 76 Tyler DO, Horner SD. Family-centered collaborative negotiation: a model for facilitating behavior change in primary care. *J Am Acad Nurse Pract.* 2008;20(4):194-203.
- 77 USP - Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Guia de apresentação de teses. 2.ed. São Paulo: A Biblioteca, 2006.

- 78 Victora CG, Sibbritt D, Horta BL, Lima RC, Cole T, Wells J. Weight gain in childhood and body composition at 18 years of age in Brazilian males. *Acta Paediatric*. 2007; 96(2):296-300.
- 79 Vieira S. Como elaborar questionários. São Paulo: Atlas; 2009.
- 80 Waldman EA. Vigilância em Saúde Pública. São Paulo: Editora Fundação Peirópolis Ltda; 1998.
- 81 Wang Y, Monteiro C, Popkin BM. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. *Am J Clin Nutr*. 2002;75:971–977.
- 82 WHO – World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: WHO, 1990. (Technical Report Series 797)
- 83 WHO - World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO, 2000. (Technical Report Series 894).
- 84 Yang Z, Huffman SL. Nutrition in pregnancy and early childhood and associations with obesity in developing countries. *Matern Child Nutr*. 2013; 9 (1Sup.):105–119.
- 85 Shoeps DO, Abreu LC, Valenti VE, Nascimento VG, Oliveira AG, Gallo PR, Wajnsztein R, Leone C. Nutritional status of pre-school children from low income families. *Nutrition Journal*, 2011; 10:43.

ANEXO 1

DECLARAÇÃO DA UNITAU PARA PROJETO DE PESQUISA

PRPPG-Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
Comitê de Ética em Pesquisa
Rua Visconde do Rio Branco, 210 Centro Taubaté-SP 12020-040
Tel. (12) 3625 4143 - 3635 1233 Fax: (12) 3632 2947
cepunitau@unitau.br

DECLARAÇÃO Nº 032/05

Protocolo CEP/UNITAU nº 0002/05 (Esse número de registro deverá ser citado pelo pesquisador nas correspondências referentes a este projeto)

Projeto de Pesquisa: *Avaliação nutricional de crianças de 2 a 6 anos de idade, matriculadas em creches municipais da cidade de Taubaté*

Pesquisador(a) Responsável: *Ciro João Bertoli*

O Comitê de Ética em Pesquisa, em reunião de **18/02/2005**, e no uso das competências definidas na Resolução CNS/MS 196/96, considerou o Projeto acima **aprovado**.

Taubaté, 7 de julho de 2008

Simone Piccini

Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté

ANEXO 2

PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO COEP-FSP PARA DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA MATRIZ

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/114/09

PROTOCOLO

1877

PROJETO DE PESQUISA

PREVENÇÃO PRECOCE DE SOBREPESO E OBESIDADE EM CRIANÇAS DE PRÉ-ESCOLAS MUNICIPAIS DA CIDADE DE TAUBATÉ - ESTADO DE SP

PESQUISADOR(A)

Viviané Gabriela Nascimento Simon

ÁREA TEMÁTICA

Grupo III

São Paulo, 24 Abril de 2009.

Prezado(a) Pesquisador(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP **analisou**, em sua 3.º/09 Sessão Ordinária, realizada em 17/04/2009, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares, o protocolo de pesquisa acima intitulado e o considera **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CN/196/96, são deveres do (a) pesquisador (a):

1. Comunicar, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa;
2. Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria;
3. Comunicar, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto;
4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e finais;
5. Justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Professor Associado

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP

Ilm.º Sr.º

Prof. Assoc. Cláudio Leone

Departamento de Saúde Materno-Infantil

Faculdade de Saúde Pública

ANEXO 3

**AUTORIZAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO E
CULTURA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA**

Prefeitura Municipal de Taubaté
Departamento de Educação e Cultura

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o Prof. Ciro João Bertoli e sua equipe a realizar avaliação nutricional de nossas crianças freqüentadoras do seguimento da Educação Infantil, no mesmo protocolo realizado em 2005.

Taubaté, 15 de agosto de 2008

Marta Castro Marcelino Silva

Coordenadora da Educação Infantil

Marta Castro Marcelino Silva
RG. 19.321.347

ANEXO 4

PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO COEP-FSP PARA DESENVOLVIMENTO DESTA PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/309/10

1º de outubro de 2010.

Prezada pesquisadora e orientador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - COEP **analisou**, em sua **8ª/10 Sessão Ordinária**, realizada em **1/10/2010**, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º 2157, intitulado **"PERCEPÇÃO MATERNA EM RELAÇÃO AO PESO DO NASCIMENTO E AO ESTADO NUTRICIONAL ATUAL DE SEUS FILHOS"**, área temática **GRUPO III**, sob a responsabilidade da pesquisadora **Janaína Paula Costa da Silva** e orientação do professor Claudio Leone, considerando-o **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a): **1. Comunicar**, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa; **2. Manter sob sua guarda e em local seguro**, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria; **3. Comunicar**, formalmente a este Comitê, quando houver o encerramento deste projeto; **4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e final**; **5. Justificar**, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Maria Cecilia Loschiavo dos Santos
Professora Associada

Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP

Ilm.º Sr.
Prof. Tit. **Claudio Leone**
Departamento de Saúde Materno-Infantil
Faculdade de Saúde Pública da USP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/014/13

20 de fevereiro de 2013.

Prezados pesquisadora e orientador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, analisou, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º 2157, intitulado "PERCEPÇÃO MATERNA EM RELAÇÃO AO PESO DO NASCIMENTO E AO ESTADO NUTRICIONAL ATUAL DE SEUS FILHOS", do grupo III, sob responsabilidade da pesquisadora Janaína Paula Costa da Silva e orientação do Professor Claudio Leone, considerando APROVADO "AD REFERENDUM" a alteração do título da tese para "CONCEPÇÃO MATERNA SOBRE EXCESSO DE PESO INFANTIL E O ESTADO NUTRICIONAL DE SEUS FILHOS".

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a): 1) Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa; 2) Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria; 3) Comunicar formalmente a este Comitê por ocasião do encerramento da pesquisa; 4) Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; 5) Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof. Tit. Claudio Leone

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP

Ilm.º Sr.
Prof. Tit. Claudio Leone
Departamento de Saúde Materno-Infantil
Faculdade de Saúde Pública da USP

ANEXO 5

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Data: ____ / ____ / ____ Escola: _____

Mãe e/ou responsável de _____ (nome da criança)

Você está sendo convidada a participar da pesquisa **“Percepção materna em relação ao peso de nascimento e ao estado nutricional atual de seus filhos”** que será realizada pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em parceria com a Universidade de Taubaté (Departamento de Medicina), sob a coordenação da nutricionista Janaína Silva. Esta pesquisa está vinculada ao estudo da nutricionista Dra. Viviane Simon, chamado “Prevenção precoce de sobrepeso e obesidade em crianças de pré-escolas municipais da cidade de Taubaté, Estado de São Paulo”.

A pesquisa busca saber o que as mães pensam sobre o peso de nascimento e o estado de saúde do seu filho.

Dentre as pessoas que concordarem participar desse estudo, serão sorteadas algumas mães para serem entrevistadas, em horário pré-agendado, pela pesquisadora responsável por esse projeto.

As informações obtidas nessa pesquisa poderão ser divulgadas em congressos e publicações, porém sem identificar as escolas e os participantes.

A sua participação, assim como a do seu filho, não é obrigatória. Caso não concorde em participar da pesquisa, não haverá nenhuma mudança na relação entre a escola e seu filho. Você pode deixar de participar da pesquisa em qualquer período sem nenhuma consequência.

Caso necessite de mais informações sobre a pesquisa, entrar em contato com a nutricionista Janaína Silva por meio do telefone (11) 30617703 ou do Comitê de Ética em Pesquisa da FSPUSP - telefone (11) 30617742; Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira César Cep: 01246-904 São Paulo-SP.

Se estiver de acordo com sua participação voluntária, por favor, assine e preencha os campos abaixo:

Nome completo da mãe:

Telefones para contato:

Assinatura:

Assinatura do coordenador da pesquisa:

ANEXO 6

FORMULÁRIO DA PESQUISA MATRIZ

Formulário de pesquisa: “Prevenção precoce de sobrepeso e obesidade em crianças de pré-escolas municipais da cidade de Taubaté, Estado de São Paulo”

Data da entrevista: ____/____/____ Instituição: ____ Formulário: ____

Nome da mãe: _____	
Idade da mãe: _____ (anos completos)	
Escolaridade da mãe _____ (anos completos).	
Nome da criança: _____	
Data de nascimento: ____/____/____.	
Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino	
Peso ao nascer: _____	Comprimento ao nascer: _____ cm
Ano de matrícula em instituição de ensino (creche) _____	
Período que a criança fica na creche: ☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Integral	
A criança possui alguma doença crônica? ☐ Não ☐ Sim Se sim, qual? _____	
A criança possui irmãos gêmeos? ☐ Não ☐ Sim	
A criança tem irmão? ☐ Não ☐ Sim Quantos? ____ Qual idade? _____	
Estuda? ☐ Na mesma creche ☐ Outra creche	
Situação marital da mãe da criança: ☐ não tem companheiro ☐ tem companheiro fixo	
Condição de trabalho da mãe: ☐ não trabalha ☐ trabalha fora (☐ período integral ☐ meio período)	
Quantas pessoas moram na casa onde a criança reside? _____ pessoas	
Quantas dessas são crianças menores de 6 anos? _____ crianças	
Quem contribui para a renda da família? ☐ pai ☐ mãe ☐ outros	
Renda familiar: R\$ _____	

Na sua opinião, tem alguma pessoa “gorda” (acima do peso) que mora na casa da criança?

☐ Não ☐ Sim

Se sim, quem?

☐ pai da criança ☐ mãe da criança ☐ irmãos ☐ outros _____

O que você acha do apetite da criança:

☐ come bem ☐ come pouco ☐ come muito ☐ come suficiente

Em relação ao peso da criança você acha que está:

☐ adequado ☐ muito abaixo do adequado ☐ abaixo do adequado ☐ acima do adequado ☐ muito acima do adequado

Em casa, a criança costuma “repetir” as refeições: ☐ Não ☐ Sim

Se sim, qual? _____

Na creche, a criança costuma “repetir” as refeições: ☐ Não ☐ Sim Se sim, qual? _____

Qual o lazer da criança nos finais de semana? _____

A criança participa regularmente de alguma atividade física com supervisão de um professor, fora da creche ? ☐ Não ☐ Sim Se sim, qual? _____ Quantas vezes por semana ☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x ou mais

A criança costuma realizar atividade física envolvendo saltos, corridas, brincadeiras com bolas, triciclos ou qualquer outra atividade, que na sua opinião, ela está gastando energia?

☐ Não ☐ Sim Se sim, qual? _____ Quantas horas/ dia? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ou mais
Por quanto tempo a criança assiste televisão (filmes, desenhos....) no dia? ☐ 1 hora ☐ 2 horas ☐ 3 horas ou mais
A criança toma leite em casa? ☐ Não ☐ Sim (☐ na mamadeira ☐ copo) Quantas vezes por dia? _____
Qual leite é oferecido a criança? ☐ Leite em pó ☐ Leite fluido ☐ Leite em pó modificado ☐ Outros Qual? _____
Nesse leite é colocado: ☐ frutas ☐ espessantes (farinha láctea, mucilon,...) ☐ achocolatados (nescau, toddy,....)
A criança costuma comer fora do horário de refeições? ☐ Não ☐ Sim Se sim, O que? _____ Qual hora do dia? _____
Durante a semana, além das refeições realizadas na creche, qual dessas refeições a criança faz em casa? ☐ Café da manhã / leite ☐ Lanche da manhã ☐ Almoço ☐ Lanche da tarde ☐ Jantar ☐ Lanche noturno/ leite
Nos finais de semana/feriado, qual dessas refeições a criança faz em casa? ☐ Café da manhã / leite ☐ Lanche da manhã ☐ Almoço ☐ Lanche da tarde ☐ Jantar ☐ Lanche noturno/ leite

<p>A criança costuma comer pizza</p> <p>☐ Durante a semana (☐ 1x / semana ☐ 2x /semana ☐ 3x/semana ou mais)</p> <p>☐ Nos finais de semana</p>
<p>A criança costuma comer lanches prontos</p> <p>☐ Durante a semana (☐ 1x / semana ☐ 2x /semana ☐ 3x/semana ou mais)</p> <p>☐ Nos finais de semana</p>
<p>A criança costuma tomar refrigerantes</p> <p>☐ Durante a semana (☐ 1x / semana ☐ 2x /semana ☐ 3x/semana ou mais)</p> <p>☐ Nos finais de semana</p>
<p>A criança costuma comer salgadinho industrializado</p> <p>☐ Durante a semana (☐ 1x / semana ☐ 2x /semana ☐ 3x/semana ou mais)</p> <p>☐ Nos finais de semana</p>
<p>A criança costuma comer esfiha/ empada</p> <p>☐ Durante a semana (☐ 1x / semana ☐ 2x /semana ☐ 3x/semana ou mais)</p> <p>☐ Nos finais de semana</p>
<p>A criança costuma comer coxinha/ risoles</p> <p>☐ Durante a semana (☐ 1x / semana ☐ 2x /semana ☐ 3x/semana ou mais)</p> <p>☐ Nos finais de semana</p>
<p>A criança costuma comer bolacha recheada</p> <p>☐ Durante a semana (☐ 1x / semana ☐ 2x /semana ☐ 3x/semana ou mais)</p> <p>☐ Nos finais de semana</p>
<p>A criança costuma comer doces industrializados/chocolate</p> <p>☐ Durante a semana (☐ 1x / semana ☐ 2x /semana ☐ 3x/semana ou mais)</p> <p>☐ Nos finais de semana</p>

ANEXO 7

**RELAÇÃO DAS PERGUNTAS PARA COMPLEMENTAÇÃO DA
CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DA FAMÍLIA DAS
CRIANÇAS PARTICIPANTES DESTA PESQUISA. TAUBATÉ.**

Relação das perguntas para complementação da caracterização socioeconômica da família das crianças participantes desta pesquisa. Taubaté. 2012-2013

1. Há quanto **tempo mora em Taubaté**?
2. A senhora pode me dizer sua **data de nascimento**, por favor?
3. Sobre anos de estudo, **até que ano da escola** a senhora frequentou?
3. Atualmente, a senhora é **casada** ou é a **chefe da casa e não tem companheiro**?
4. A **casa** onde a senhora mora é **cedida, alugada ou própria**?
5. No momento, a senhora **trabalha fora de casa**? Sim ou Não.
6. Sobre a **renda familiar**, isto é, somando os salários de quem trabalha e mora na sua casa, a senhora poderia me dizer em qual das três faixas, o total se encaixa? O total é menor que mil reais, ou maior que mil e menor que dois mil reais; ou maior que dois mil reais por mês?

ANEXO 8

PROTOCOLO DE AGENDAMENTO DAS ENTREVISTAS

PROTOCOLO DE AGENDAMENTO

1. Bom dia/boa tarde/boa noite. Meu nome é Janaina, sou pesquisadora da Universidade de São Paulo e gostaria de falar com a Sra_____, ela poderia atender?

Bom dia/tarde/noite, Sra_____. Meu nome é Janaina, sou pesquisadora da Universidade de São Paulo. Estou fazendo uma pesquisa sobre o crescimento e a alimentação das crianças de Taubaté, e o seu filho(a) foi selecionado para participar e eu preciso fazer uma entrevista com a senhora.

2. A entrevista, dura mais ou menos meia hora, tem 9 perguntas, e pode ser feita na escola ou na sua casa.

3. Estou ligando para combinar o horário e o lugar para que a gente possa se encontrar e fazer a entrevista.

4. Qual seria o melhor lugar para nos encontrar?

☐ sua casa – Posso anotar seu endereço?

Rua/Av:_____

Número:_____ Complemento:_____

Bairro:_____

Ponto de referência:_____

Obs. _____

☐ escola do seu filho

☐ outro:_____

5. Qual seria o melhor dia da semana para fazermos a entrevista?

☐ seg

☐ ter

☐ qua

☐ qui

☐ sex

☐ sab

☐ dom

6. E o melhor horário? Manhã, tarde ou noite?

☐ manhã

☐ tarde

☐ noite

7. Que horas podemos marcar nosso encontro? ____h:____min

8. Sra_____, agradeço pela sua colaboração. Se houver algum imprevisto, voltarei a lhe telefonar. A senhora gostaria de anotar meu telefone para caso tenha alguma dúvida?

Se sim, o número é (11) 7986 9264.

9. Obrigada e bom dia/boa tarde/boa noite.

ANEXO 9

**UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO (US) E DE CONTEXTO DA
ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICO-CATEGORIAL DE MÃES
DE PRÉ-ESCOLARES MATRICULADOS EM CRECHES
MUNICIPAIS, UTILIZADOS PARA A ANÁLISE NO SOFTWARE
CHIC®.TAUBATÉ, 2012.**

	Código da US	Unidade de Significação (Descrição)	Unidade de contexto (trechos extraídos da entrevista)
1	ccamagramal	Associam o estar magro a má alimentação/não se alimentam bem/passar fome	<p>“(…) porque o meu mais velho não come tanto quanto o JWS [criança de interesse]. A alimentação dele [irmão magro] é muito pouco, tem que ficar em cima, direto par ver se come. Porque se deixar, tendo joguinho, ficar brincando, não come. Se distrai, passa fome, e não está nem aí. Acho que as crianças que são mais gordas não passam fome, sentiu um pouquinho de fome, pronto, já tá pedindo <i>“mãe, quero isso, quero aquilo”</i>” (EP09);</p> <p>“Mais magra, de repente, não come no horário certo, não almoça no horário certo, não tem a refeição da noite, não tem uma alimentação adequada. Pode ser que seja isso” (EUT56);</p> <p>“Umas crianças são magras porque as mães são meio relaxadas. Descuida da criança e deixa passar fome mesmo” (EUT 64).</p>
2	comemuito	Come fora de hora/Come muito	<p>“É aquela criança que come demais” (EP01);</p> <p>“Acredito que é de comer bastante” (EP06);</p> <p>“As crianças que são mais gordas acho que é porque tem uma alimentação muito... come bastante” (EP09);</p> <p>“É comilança mesmo” (EP11);</p> <p>“Eu acho que é por uma alimentação irregular, não é, para ser obeso? Come, assim, as coisas fora de hora” (EUT59).</p>
3	comeporcarias	Come porcaria/coisas ã saudáveis ("salgadinho, chocolate, bala, refrigerante")	<p>“É aquela criança que come (...) muita besteira” (EP01);</p> <p>“É a alimentação, com certeza (...) Comer bastante bobeira” (EUT51);</p> <p>“Uma alimentação errada, não é? No caso, comer coisas... lanche na hora da comida” (EUT52);</p> <p>“Acho que comer muita porcaria, não é? Não comer certo. (...) Porcaria é coxinha, massa, salgado, salgadinho. Bala, chocolate direto” (EUT53);</p> <p>“A alimentação com muita gordura, muito chocolate, muito doce, essas coisas” (EUT54);</p> <p>“Eu acredito que seja alimentação errada” (EUT56);</p> <p>“As tranqueiradas que as crianças comem. De comerem muita bolacha recheada, muito refrigerante. E acaba deixando de lado a parte nutritiva. Eu acredito que seja isso” (EUT57);</p> <p>“Má alimentação? Sei lá. (...) Doce, bolacha recheada. (...) Bobeira, não é? Danone. Essas coisas que ele come também (risos). Essas coisas. Chocolate” (EUT58).</p>

	Código da variável	Descrição (Unidade de Significação)	Unidade de contexto (trechos extraídos da entrevista)
3	comeporcarias	Come porcaria/coisas ã saudáveis ("salgadinho, chocolate, bala, refrigerante")	<p>"Principalmente deixa o arroz, o feijão e a verdura de lado e só come coisa que engorda. Gordura, muita fritura, muita massa. Eu acho que essas coisas que engordam. Fica comendo muita bolacha recheada. Bolacha, pão" (EUT59);</p> <p>"Comer o que não deve, comer um pacote de bolacha recheada e logo depois come outro" (EUT64);</p> <p>"Porque eu acho que tão exagerando na hora da alimentação, não é? Tem coisa que não é muito saudável (...) Negócio de lanche, salgado. E elas ficam com sobrepeso por causa disso" (EUT65).</p>
4	dizfilhosaudv	Mãe refere nenhum problema de saúde com o filho.	<p>"A saúde dela, assim, está 100%" (EP01);</p> <p>"Ela tem uma saúde boa, dificilmente ela pega uma gripe (...) Agora da saúde é perfeita, graças a Deus" (EP02);</p> <p>"Ela tem uma boa saúde. É uma criança que é difícil ficar gripada.(...) Ela é uma criança saudável" (EP03);</p> <p>"Uma criança super saudável, super saudável" (EP05);</p> <p>"Não tem problema de saúde nenhum" (EP06);</p> <p>"Ele tem uma saúde boa. Ele é difícil ficar doente" (EP08);</p> <p>"É difícil ele ficar doente. Ele fica, assim, resfriado porque é normal, muda o tempo e já começa a mudar. (...) Então, vai muito bem a saúde dele" (EP09);</p> <p>"Graças a Deus está bem. Eu fiz exame nele e está ótimo" (EP12);</p> <p>"Eu acho que ele é saudável, porque nunca fica doente, sabe. Graças a Deus, fortão, troncução. Mas eu acho que ele está um pouquinho acima do peso sim. Eu acho. Mas ele está bem" (EP14).</p>
5	evocnaorelac	A mãe evoca fatores associados a obesidade, mas não refere nenhum desses ao seu filho.	<p>"Ela mais come o que ela mais pede. Se você colocar várias coisas, é no que ela vai primeiro. Ah, mãe. Hoje eu só quero isso. Ah, hoje eu quero comer isso". Então são as coisas que ela mais pede. (...) A criança fala que quer e a mãe vai dar. Acho que não é assim. A criança fala: "Ah, mãe. Eu quero isso. Ah, mãe. Eu quero aquilo". E, às vezes até a mãe que acostuma a comer bastante e passa para o filho também de comer bastante" (EP01).</p>

	Código da variável	Descrição (Unidade de Significação)	Unidade de contexto (trechos extraídos da entrevista)
6	influfamilia	Influência Familiar (pai, mãe, tios,avós)	<p>“Ela [filha da amiga] eu acho que é obesa. Porque assim, ela é comprida. Então se você olhar ela com uma roupinha e coisa, você não vê. Mas se você ver ele sem roupa, você já vê que a barriga dela é bem gordurinha mesma, e a minha amiga, ela é obesa. Ela pesa cento e pouco, 100 quilos. Então, eu acho que aquela filha dela acaba indo para o mesmo caminho. Eu falo para ela, mas ela fica meio chateada comigo. [risos] eu acho que é isso, obesa” (EUT60);</p> <p>“Os pais obesos. Querendo ou não, acaba alimentando mais os filhos, porque eles se alimentam de uma forma e acabam passando isso também” (EUT62);</p> <p>“Acho que tem vários fatores. Em relação à criança, eu acho que os pais. Eu acho que [os pais] forçam. Às vezes... Você está dando uma alimentação, colocou uma quantia de comida, essa quantia, vai chegar um ponto em que a criança não quer mais. Aí, a mãe, para não sobrar, fala “a última colherzinha” “ (EUT63);</p> <p>“E tem gente que cria até criança assim: na hora do almoço, acaba não fazendo alimentação e dando uma besteira para a criança” (EUT 64).</p>
7	influgenetica	Genética/Tendência Genética	<p>“Eu acho que vai de... não sei... de pai, de mãe. Essas coisas assim, eu acho. Porque tem muita... não... tipo tem uma menininha lá perto de casa que é muito gordinha. A mãe dela quando era criança foi muito gordinha. Pode ser que seja isso: tipo de geração, de família” (EUT54);</p> <p>“Puxa um pouco do pai e da mãe. Todo mundo lá em casa é bem baixinho e gordinho. E o lado do pai dele é magrinho e baixinho. Então, eu acho que tem criança que é mais gordinha por causa de pai e mãe” (EUT55);</p> <p>“Eu acho que tem muita genética” (EUT62);</p> <p>“Algumas crianças não é, porque é tendência, não é? Porque a criança já nasce com tendência a engordar” (EUT65).</p>

	Código da variável	Descrição (Unidade de Significação)	Unidade de contexto (trechos extraídos da entrevista)
8	maeeduc	Educação alimentar	<p>“Bom uma vez, não sei se é verdade, a pediatra falou que durante a semana tem de dar coisas saudáveis assim. Igual uma vez assim, de vez em quando, dá um danoninho ou uma bolacha. De vez em quando, mas não todo o dia também”. Daí é o que eu faço, de vez em quando. Daí uma vez por mês, eu compro um lanche para eles comerem, um hambúrguer...Mas não é todo o dia. Diário mesmo é: acorda, café da manhã. O negócio dele é o pão puro. Daí ele levanta, toma o café da manhã. Daí fica brincando. Depois eu dou almoço para ele. Arroz e feijão com alguma mistura. Salada, ele não gosta dessas coisas. Daí ele vem para a escola. Daí chega de tarde. Eu dou café para ele. Um café com pão, sem nada. E na janta também, comida, mistura” (EUT51);</p> <p>“Agora, tem criança, você vai no shopping e você vê, que se a mãe não passar no MacDonald's e não comprar uma MacLanche Feliz, ela não deixa fazer nada no Shopping. Então, é complicado por causa disso. Eu acho que é tudo de ensinamento, tudo vem desde o berço. Você tem que ensinar desde o berço, senão não adianta” (EUT56);</p> <p>“Às vezes pode ser da alimentação, às vezes pode ser...Ah, é complicado dizer. Por exemplo, o JGFO é uma criança que está dentro do peso, mas ele come de tudo. Não é de comer besteira, por exemplo:refrigerante, bolacha, Danone, esse tipo de coisa. Essas coisas ele come dentro do limite. Final de semana come uma pizza, toma um refrigerante. Durante a semana, é mais suquinho, mas coisas normais mesmo. Então, pode ser que tem criança que têm o hábito de chocolate, bala, doce. Coisas que eles não têm” (EUT56);</p> <p>“Assim, se a gente for ensinando eles [as crianças] a comer só bobeirinha acontece [fica obeso]. Se a gente ensina a criança a ter uma alimentação saudável, ela vai ser saudável, não é?” (EUT59);</p> <p>“Tem limite para tudo, tem hora para comer, hora para tomar café, hora para jantar. Todos os horários são respeitados. Por isso, eu acho que ela não é fora do peso” (EUT62);</p> <p>“Nessa última [colherzinha], começa a dilatar o estômago da criança. Nessa última, a criança começa a forçar, começa a comer mais um pão, mais uma bolacha porque é a última do pacote. Para não sobrar. Quando chegou o "não quero", é não quero e acabou. Tem que respeitar isso desde bebê. A mamadeira, sobrou aquele tantinho, não tem que ficar dois minutos oferecendo a mamadeira para não jogar fora aquele leite, ou para não guardar. Para mim, o que leva à obesidade é isso. Você forçar o último pedacinho, o último tudo” (EUT63);</p> <p>“Eu gostaria de mudar um pouco o hábito alimentar do RSM em relação a ele comer fruta, a comer verduras. Queria que ele fosse mais saudável, que ele tomasse mais sucos naturais. Eu estou tentando mudar isso, mas está difícil” (EUT64);</p>

	Código da variável	Descrição (Unidade de Significação)	Unidade de contexto (trechos extraídos da entrevista)
8	maeeduca	Educação alimentar	<p>“Ele está tentando se adaptar mais às verduras. Ele não está muito chegado nelas (risos). Estou tentando dar a ele. É uma coisa muito difícil dele acostumar. Ele come alface, mas às vezes ele não quer não. Tomate às vezes ele não liga muito. Acho que dá mais uma melhoria na parte de influenciar ele a comer alimentos mais leves, mais saudáveis assim” (EUT65);</p> <p>“Porque a criança já nasce com tendência a engordar. Mas os pais têm de ajudar. Porque se a criança não come muita verdura, tem de incentivar. Uma refeição menos pesada, não ter uma refeição muito pesada, com batata frita, lanche, que é uma coisa que engorda. Criança gosta. Tudo que é muito gordura, engorda muito. Então, não é muito bom” (EUT65).</p>
9	maequeda	A mãe é que dá/ Não dá limites - Mães são permissivas às vontades dos filhos (mae como culpada)=maedeseduca	<p>“A mãe coloca lá. Não tem um limite. A mãe não dá um limite para a criança parar e deixa a criança comer. Daí você vai engordando, engordando e vai gerando os problemas, não é?” (EP01);</p> <p>“Então acho assim, que é muito da mãe liberar, não é? Sobrinho meus e filhos de primas às vezes eu vejo pega bala doce: “Ai, essa menina não come comida, mas dá um pacote de bala doce para ver. Detona”. Esses dias mesmo eu falei para a minha prima: “ela está se entupindo de comer bala e doce que foi da festinha”. Até eu acho que é por isso. Que a alimentação é errada” (EUT60);</p> <p>“Tem mãe que dá muita comida (...) Tem criança que é bem mais gordinho para a idade dele. As mães tinham que tomar mais cuidado. (...) Assim, [cuidado] no que elas dão” (EUT63).</p>
10	maerecepfilho	A mãe reconhece o excesso de peso do seu filho	<p>“Ela é bem assim, cheinha” (EP01);</p> <p>“Eu vejo que ela tem a tendência de ficar um pouquinho, ela é meio cheinha, bem, bem distribuída, mas ela é cheinha” (EP02).</p>
11	maerecepseu	A mãe reconhece estar acima do peso	<p>“Obeso? Ah, é uma criança que começa a engordar demais, não é? acima do peso dela, da idade dela. Eu acho que nenhuma das 3 filhas minhas são. Só eu, não é, que estou aqui chegando” (EUT53);</p> <p>“Eu acho que eu sou obesa” (EUT55).</p>
12	terpesoacima	Tamanho físico mais elevado/Peso acima do <i>ideal</i>	<p>“Se estive acima do peso ideal” (EUT52);</p> <p>“É uma criança que começa a engordar demais, não é? acima do peso dela, da idade dela” (EUT53);</p> <p>“Obeso é aquela criança, ou aquela pessoa que está bem acima do peso” (EUT54);</p> <p>“Eu acho que obesa é quando se está muito acima do peso, não é? Tem barriga, essas coisas” (EUT55).</p>

	Código da variável	Descrição (Unidade de Significação)	Unidade de contexto (trechos extraídos da entrevista)
13	veepcomoprob	Associa o excesso de peso/obesidade como um problema de saúde	“Ser obeso, até a própria criança sofre, não é, pela dificuldade de andar, de fazer esporte. Você vê que é uma criança mais cansada. Tudo está sentada” (EUT62).

ANEXO 10

RESULTADO (CLASSIFICAÇÃO DO ÍNDICE DE SIMILARIDADE)

Índices de Similaridade – Grupo de mães de crianças com excesso de Peso

Classification au niveau : 1 : (maeeduca veepcomoprob) similarité : 0.903947

Classification au niveau : 2 : (maerecepfilho maerecepseu) similarité : 0.889664

Classification au niveau : 3 : (maequeda evocnaorelac) similarité : 0.850691

Classification au niveau : 4 : (ccamagramal (maeeduca veepcomoprob)) similarité : 0.771459

Classification au niveau : 5 : (influgenetica influfamilia) similarité : 0.718149

Classification au niveau : 6 : (comeporcarias terpesoacima) similarité : 0.62829

Classification au niveau : 7 : (comemuito (maequeda evocnaorelac)) similarité : 0.610572

Classification au niveau : 8 : ((maerecepfilho maerecepseu) dizfilhosaudv) similarité : 0.47812

Classification au niveau : 9 : ((comemuito (maequeda evocnaorelac)) (ccamagramal (maeeduca veepcomoprob))) similarité : 0.182226

Classification au niveau : 10 : ((influgenetica influfamilia) ((maerecepfilho maerecepseu) dizfilhosaudv)) similarité : 0.137178

Índices de Similaridade – Grupo de mães de crianças eutróficas

Classification au niveau : 1 : (influfamilia influgenetica) similarité : 0.731453

Classification au niveau : 2 : (maeeduca terpesoacima) similarité : 0.658454

Classification au niveau : 3 : (comemuito comeporcarias) similarité : 0.560068

Classification au niveau : 4 : ((maeeduca terpesoacima) (comemuito comeporcarias)) similarité : 0.0996617

Janaína Paula Costa da Silva

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7153367589674436>

Última atualização do currículo em 16/01/2013

Possui Graduação em Nutrição pela Universidade Federal de Alfenas - 2005 (antiga Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas - Centro Universitário Federal) e Mestrado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 2008. Atualmente é aluna de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, área de concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade, da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Nutrição, atuando principalmente nos seguintes temas: pré-escolar, alimentação e saúde da criança e avaliação do estado nutricional infantil. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Janaína Paula Costa da Silva
Nome em citações bibliográficas	SILVA, J. P. C.;Silva, JPC;da Silva, J. P. C.
Sexo	Feminino

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2009	Doutorado em andamento em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Título: Percepção materna em relação ao peso de nascimento e ao estado nutricional atual de seus filhos, Orientador: Claudio Leone. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Palavras-chave: Pré-escolar; Sobrepeso. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Nutrição. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.
2006 - 2008	Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Título: Estado nutricional de crianças de 2 a 6 anos e sua relação com características da dieta materna, Ano de Obtenção: 2008. Orientador: Sonia Buongermino de Souza. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Palavras-chave: Obesidade; Pré-escolar; Avaliação antropométrica; Sobrepeso; Alimentação materna. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Nutrição. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva.
2001 - 2005	Graduação em Nutrição. Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL/MG, Brasil. Título: Levantamento sobre o padrão alimentar de idosos de diferentes estratos socioeconômicos. Orientador: Cristiane da Silva Marciano Grasselli.

Claudio Leone

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/4492129227244655>

Última atualização do currículo em 29/01/2013

Professor Titular do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Graduado em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu (hoje Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho) em (1970). Doutorado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1982). Livre Docente em Pediatria Preventiva e Social pelo Departamento de Pediatria da FMUSP (1986). Tem experiência nas áreas de Medicina, com ênfase em Pediatria, de Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Criança, Crescimento e Desenvolvimento, Nutrição na Infância e em Metodologia de Pesquisa, particularmente em Pediatria Social e em Epidemiologia Clínica. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Claudio Leone
Nome em citações bibliográficas	LEONE, C.; Leone, C; Leone, Claudio; Leone, Cláudio
Sexo	Masculino

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Av. Dr. Arnaldo 715 Cerqueira Cesar 01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30850240 URL da Homepage: http://
------------------------------	---

Formação acadêmica/titulação

1986	Livre-docência. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Morbidade referida e principais características médico-sociais em crianças de famílias de baixa renda residentes em área urbana., Ano de obtenção: 1986. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Clínica Médica / Especialidade: Pediatria. Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Populações Humanas.
1973 - 1978	Doutorado em Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Título: A Formação do pediatra e a prática da pediatria no Estado de São Paulo., Ano de obtenção: 1978. Orientador: Prof Dr. Giuseppe Sperotto e Prof. Dr. João Yunes. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Clínica Médica / Especialidade: Pediatria. Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Populações Humanas.
1971 - 1972	Especialização - Residência médica. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Residência médica em: Pediatria Número do registro: . Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Populações Humanas.