Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem

Luciane Simões Duarte

Percepção materna do estado nutricional do filho: estudo transversal em unidades básicas de saúde

São Paulo
2014

Luciane Simões Duarte

Percepção materna do estado nutricional do filho: estudo transversal em unidades básicas de saúde

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

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Elizabeth Fujimori

Versão corrigida
(Original encontra-se disponível na Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta")

São Paulo
2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data:___/____/___

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Duarte, Luciane Simões
Percepção materna do estado nutricional do filho: estudo transversal em unidades básicas de saúde / Luciane Simões Duarte. São Paulo, 2014.
102 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Elizabeth Fujimori
Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Percepção. 2. Estado nutricional. 3. Imagem corporal. 4. Obesidade. 5. Saúde da criança. 6. Enfermagem em saúde pública. I. Título.

Nome: Luciane Simões Duarte

Título: Percepção materna do estado nutricional do filho: estudo transversal em unidades básicas de saúde

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção de título de Mestre em Ciências da Saúde

Aprovado em: ___/___/____

Banca Examinadora

Prof.ª Dr.ª _____Instituição_____

Julgamento _____Assinatura_____

Prof.ª Dr.ª _____Instituição_____

Julgamento _____Assinatura_____

Prof.ª Dr.ª _____Instituição_____

Julgamento _____Assinatura_____

DEDICATÓRIA

À minha família, que sempre transmitiu segurança e paz,

dedico todas as minhas vitórias.

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Elizabeth Fujimori pela orientação e confiança desde o início de minha "vida acadêmica", ainda na iniciação científica. Sua dedicação aos estudos e sua competência me inspiraram e incentivam a crescer cada vez mais. Muito obrigada pelos ensinamentos e pela amizade, não somente nos aspectos profissionais e, que espero levar para o resto da vida.

À Diretoria de Saúde do município de Itupeva que aprovou e colaborou na realização do projeto de pesquisa.

Às enfermeiras das Unidades Básicas de Saúde, agradeço imensamente o auxílio na coleta de dados.

À Drª Fernanda Cobayashi, pelas contribuições e observações pertinentes apresentadas no Exame de Qualificação.

À Profª Drª Margarida Vieira, pelo carinho e ensinamentos durante minha curta passagem pela Universidade Católica Portuguesa - Porto. Pelas contribuições no Exame de Qualificação, que colaboraram para a melhora deste projeto e pela disponibilidade em participar da banca de defesa. .

À Profª Drª Ana Luiza Vilela, pelos ensinamentos e pela disponibilidade em participar da banca de defesa.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - Fapesp, pelo apoio financeiro do projeto maior.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, pelo apoio financeiro do projeto maior e institucional concedido na forma de bolsa de mestrado.

A todos do Núcleo de Estudos Epidemiológicos na Perspectiva da Enfermagem em Saúde Coletiva - NEPESC, pelas sugestões apresentadas para a melhoria do projeto e pelos momentos de importante aprendizado compartilhado durante as reuniões.

Em especial, aos meus pais, Albino e Maria Emilia e, minha irmã, Adriana, por compreenderem a minha ausência e me incentivarem a aprimorar meus conhecimentos.

A todos os professores da Escola de Enfermagem e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, e da Universidade Católica Portuguesa - Porto que contribuíram para melhorar meus conhecimentos sobre pesquisa e pela colaboração na melhora do projeto de pesquisa.

Às minhas amigas Cláudia, Aurea, Christiane, Osmara e Sayuri, agradeço imensamente pelo carinho e incentivo.

Às secretárias do Departamento de Saúde Coletiva e da Secretaria de Pós-Graduação da EEUSP e à especialista em informática, Evellyn, por sempre me atenderem cordialmente e de maneira tão resolutiva.

“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher”.
(Cora Coralina, 1889-1985)

Duarte LS. Percepção materna do estado nutricional do filho: estudo transversal em unidades básicas de saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2014.

RESUMO

Introdução: O objeto deste estudo é a percepção materna do estado nutricional do filho, pois há evidências de que as mães apresentam dificuldade em reconhecer o estado nutricional do filho, especialmente nos casos de excesso de peso. A prevenção da obesidade requer detecção precoce e a não percepção representa obstáculo importante, tanto para o cuidado materno, quanto para a busca de assistência profissional. Estudos que abordam essa temática ainda são poucos no país, o que torna relevante o desenvolvimento desta pesquisa. **Objetivo geral:** Avaliar a percepção materna do estado nutricional do filho. **Objetivos específicos**: Comparar a percepção materna do estado nutricional do filho com o real estado nutricional da criança; identificar as variáveis associadas ao não reconhecimento materno do real estado nutricional do filho; e analisar a satisfação materna com a imagem corporal do filho. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo-analítico, que integra investigação mais ampla desenvolvida em Itupeva, SP. A amostra foi proporcional ao número de crianças menores de três anos de idade matriculadas nas 12 Unidades Básicas de Saúde e foi constituída por 357 pares mães-crianças que buscaram atendimento de fevereiro a maio de 2013. Os dados foram coletados por entrevista realizada com a mãe. A percepção foi avaliada com aplicação de escala de descritores verbais do estado nutricional (de "muito magro" a "muito gordo") para todas as crianças, e escala de silhuetas da imagem corporal, validada para crianças maiores de um ano de idade. Verificou-se peso e estatura das crianças e o estado nutricional foi avaliado pelo Índice de Massa Corporal-para-idade com uso do programa Anthro versão 3.2.2 da Organização Mundial de Saúde. Classificou-se o estado nutricional segundo pontos de corte para percentil (<0,1= magreza acentuada; ≥0,1 e <3= magreza; ≥3 e ≤85= peso adequado; >85 e ≤97= risco de sobrepeso; >97 e ≤99,9= sobrepeso; >99,9= obesidade). O banco de dados, construído no software Epi-Info versão 3.5.1, foi confrontado por dupla digitação e as análises foram processadas no STATA (Statistics/Data Analysis) versão 13.1. Utilizou-se teste qui quadrado e regressão logística, com nível de significância de 5%. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, autorizado pela Diretoria de Saúde do município e todas as mães assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** Para 69,6% (n=238) das mães, o filho tinha "peso adequado" e 44,7% (n=153) não reconheceram o real estado nutricional do filho pela escala de descritores verbais. Dentre essas, 76,5% (n=117) referiram um descritor verbal inferior ao real estado nutricional, ou seja, subestimaram o peso do filho. Com a escala de silhuetas, 80,1% (n=108) indicaram imagem corporal de "peso adequado" e 34,8% (n=47) não reconheceram o real estado nutricional do filho, sendo que dessas, 91,5% (n=43) subestimaram o peso, com indicação de silhuetas mais magras. A percepção materna associou-se estatisticamente com o real estado nutricional ($p<0,01$), com maior percentual de não reconhecimento de crianças com excesso de peso, tanto para os descritores verbais (85,2%; n=23), quanto para a escala de silhuetas (61,5%; n=8). Análise de regressão logística múltipla para escala de descritores verbais mostrou que mães de crianças com excesso de peso (OR_a=11,1; IC 95% 6,0-20,2) e com baixo peso (OR_a=5,8; IC95% 2,0-16,9) apresentaram maior chance de não reconhecer o real estado nutricional do filho, da mesma forma que mães de crianças com mais idade (OR_a=3,1; IC95% 1,5-6,3) e do sexo feminino (OR_a=1,7; IC95% 1,0-2,8). Para a escala de silhuetas, apenas mães de crianças com excesso de peso apresentaram maior chance de não reconhecer o real estado nutricional do filho (OR_a=3,9; IC95% 1,8-8,4). Em relação à satisfação materna com a imagem corporal do filho, 51,2% das mães de crianças com peso adequado queriam o filho mais gordo. Também estavam satisfeitas, 68,7% e 38,5% das mães de crianças com risco de sobrepeso e excesso de peso, respectivamente, sendo que entre as últimas, 23,0% queriam que os mesmos fossem ainda mais gordos e apenas 38,5% queriam que os filhos fossem mais magros. **Conclusões:** Reiterou-se que as mães não reconhecem o real estado nutricional do filho. A maioria o considera com "peso adequado" e prefere crianças mais gordas. Mães de crianças com excesso de peso, com mais idade e do sexo feminino apresentam maior chance de não reconhecer o real estado nutricional do filho. Os resultados evidenciam a importância dos profissionais de saúde avaliarem a percepção e auxiliarem as mães a reconhecerem o real estado nutricional do filho para uma efetiva assistência à saúde nutricional na infância, pois a detecção precoce é o primeiro passo para a prevenção ou recuperação do excesso de peso e obesidade.

Palavras-chave: percepção, estado nutricional, imagem corporal, obesidade, saúde da criança, enfermagem em saúde pública.

Duarte LS. Maternal perception of the nutritional status of children: cross-sectional study in health care units [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2014.

ABSTRACT

Introduction: The purpose of this study is the maternal perception about their child's nutritional status, because there is evidence that mothers do not recognize the weight status of children, especially in cases of overweight. Obesity prevention requires early detection and lack of awareness represents an important obstacle for maternal care and for seeking professional assistance. Studies about this topic are few in the country, which makes it important to develop this research. **The main objective:** To evaluate maternal perception about their child's nutritional status. **The intermediary objectives:** To compare the maternal perception of the nutritional status of the child with the actual nutritional status of the child; identify the variables associated with non-maternal recognition of the actual nutritional status of the child; and analyze maternal satisfaction with body image of the son with the actual nutritional status of children. **Methods:** Cross-sectional, descriptive-analytical, integrating broader research developed in Itupeva, SP. The sample was proportional to the number of children under three years of age enrolled in Basic Health Units 12 and consisted of 357 pairs mothers-children who sought care from February to May 2013. Data were collected from interviews with the mother. The perception was evaluated with application of range of verbal descriptors of nutritional status (from "too thin" to "too fat") for all children, and silhouettes scale of body image, validated for more than one year of age. There was weight and height of children and nutritional status was assessed by Body Mass Index-for-age using the Anthro version 3.2.2 program of the World Health Organization was classified nutritional status according to percentile cutoffs (<=0.1 strong thinness; ≥0.1 and <3 = thinness; ≥3 an ≤85 = normal weight,>85 and ≤97 = risk of overweight,>97 and ≤99.9 = overweight,>99. 9 = obesity). The database was built using Epi-Info version 3.5.1 software was confronted by double entry and analyzes were processed in STATA (Statistics/Data Analysis) version 13.1. We used chi square test and logistic regression, with significance level of 5%. The study was approved by the Research Ethics Committee, authorized by the Board of Health of the municipality and all mothers signed a consent form. **Results:** In 69.6% (n=238) of the mothers, the child had "normal weight" and 44.7% (n=153) did not recognize the actual nutritional status of the child by verbal descriptors scale. Among these, 76.5% (n=117) reported a lower verbal descriptor to the actual nutritional status and underestimated the weight of the child. With silhouettes scale of body image, 80.1% (n=108) reported body image of "normal weight" and 34.8% (n=47) did not recognize the actual nutritional status of the child, and these, 91.5% (n=43) underestimated their weight, indicating leaner silhouettes. Maternal perception was associated statistically with the actual nutritional status (p<0.01), with the highest percentage of non-recognition of children overweight for both verbal descriptors (85.2%, n=23), as to silhouettes scale (61.5%, n=8). Multivariate logistic regression to scale descriptors showed that mothers of children with overweight (OR=11.1, 95% CI 6.0 to 20.2) and low birth weight (OR = 5.8, 95% CI 2.0 to 16.9) were more likely to not recognize the actual nutritional status of the child, just as mothers of older children (OR=3.1, 95% CI 1.5 to 6.3) and female (OR=1.7, 95% CI 1.0-2.8). For silhouettes scale, only mothers of children with overweight were more likely to not recognize the actual nutritional status of the child (OR=3.9, 95% CI 1.8 to 8.4). Regarding maternal satisfaction with body image of the child, 51.2% of mothers of children with normal weight wanted the fattest child. Were also satisfied, 68.7% and 38.5% of mothers of children at risk for overweight and overweight, respectively, and among the latter, 23.0% wanted them to be fatter and still only 38, 5% wanted their children to be thinner. **Conclusions:** If proves that mothers do not recognize the actual nutritional status of the child. The majority considers their child with "normal weight" and prefers fatter children. Mothers of children with overweight, over age and females have a greater chance of not recognize the actual nutritional status of the child. The results show the importance of health professionals assess the perception and assist mothers to recognize the actual nutritional status of the child for effective assistance to nutritional health in childhood, because detect early is the first step to prevention or recovery of excess weight and obesity.

Key words: perception, nutricional status, body image, obesity, child health, public health nursing.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Mapa de localização do município de Itupeva e as cidades vizinhas. Itupeva, São Paulo, 2013.	37
Figura 2 -	Escala de silhuetas da imagem corporal utilizada no estudo.	43
Figura 3 -	Comparação da percepção materna do estado nutricional, categorizada em reconhece/não reconhece, com o real estado nutricional do filho. Itupeva - São Paulo, 2013.	51
Figura 4 -	Comparação da percepção materna do estado nutricional (silhuetas da imagem corporal), categorizada em reconhece/não reconhece, com o real estado nutricional do filho. Itupeva - São Paulo, 2013.	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das crianças estudadas segundo características gerais, assistenciais e real estado nutricional. Itupeva - São Paulo, 2013.	47
Tabela 2 -	Distribuição das mães segundo características gerais e estado nutricional. Itupeva - São Paulo, 2013.	48
Tabela 3 -	Distribuição das características familiares das crianças estudadas. Itupeva - São Paulo, 2013.	49
Tabela 4 -	Comparação da percepção materna do estado nutricional (avaliada com escala de descritores verbais) com o real estado nutricional do filho. Itupeva - São Paulo, 2013.	50
Tabela 5 -	Comparação da percepção materna categorizada em reconhece/não reconhece o estado nutricional (subestima ou superestima) com o real estado nutricional do filho. Itupeva - São Paulo, 2013.	50
Tabela 6 -	Análise bruta da percepção materna categorizada em reconhece/não reconhece o real estado nutricional do filho segundo características infantis, maternas e familiares. Itupeva-São Paulo, 2013.	51
Tabela 7 -	Modelo final da regressão logística múltipla para o não reconhecimento materno do real estado nutricional do filho. Itupeva - São Paulo, 2013.	54
Tabela 8 -	Distribuição das crianças avaliadas pela escala de silhuetas da imagem corporal segundo características gerais, assistenciais e real estado nutricional (n=135). Itupeva - São Paulo, 2013.	55
Tabela 9 -	Distribuição das mães das crianças avaliadas pela escala de silhuetas da imagem corporal segundo características gerais e estado nutricional (n=135). Itupeva - São Paulo, 2013.	56
Tabela 10 -	Distribuição das características familiares das crianças avaliadas pela escala de silhuetas da imagem corporal (n=135). Itupeva - São Paulo, 2013.	57
Tabela 11 -	Comparação da percepção materna (silhuetas da imagem corporal) do estado nutricional do filho com o real estado nutricional infantil. Itupeva - São Paulo, 2013.	57
Tabela 12 -	Comparação da percepção materna (silhuetas da imagem corporal) categorizada em reconhece/não reconhece (subestima ou superestima) o estado nutricional com o real estado nutricional do filho. Itupeva - São Paulo, 2013.	58
Tabela 13 -	Análise bruta da percepção materna (silhuetas da imagem corporal) categorizada em reconhece/não reconhece o real estado nutricional do filho segundo características infantis, maternas e familiares. Itupeva-São Paulo, 2013.	59
Tabela 14 -	Modelo final da regressão logística múltipla para o não reconhecimento materno (silhuetas da imagem corporal) do real estado nutricional do filho. Itupeva - São Paulo, 2013.	61
Tabela 15 -	Comparação da percepção materna do estado nutricional do filho com a percepção da imagem corporal que a mãe gostaria que o filho tivesse (ideal), avaliadas com escala de silhuetas da imagem corporal. Itupeva - São Paulo, 2013.	62
Tabela 16 -	Comparação entre real estado nutricional do filho e satisfação materna com a imagem corporal. Itupeva - São Paulo, 2013.	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Descrição dos estudos que utilizaram escala de descritores verbais para avaliar a percepção dos pais do estado nutricional do filho segundo autor, ano, país do estudo, faixa etária das crianças, percepção do cuidador avaliado e principais resultados, 2014.	24
Quadro 2 -	Descrição dos estudos que utilizaram escala de silhuetas da imagem corporal para avaliar a percepção dos pais do estado nutricional do filho segundo autor, ano, país do estudo, faixa etária das crianças, percepção do cuidador avaliado e principais resultados, 2014.	28
Quadro 3 -	Unidades Básicas de Saúde, número de crianças menores de três anos de idade, número de crianças proporcional ao total e número de crianças com dados coletados. Itupeva-São Paulo, 2010.	39
Quadro 4 -	Pontos de corte de IMC-para-idade utilizado para o diagnóstico nutricional e categorias utilizadas para classificar o real estado nutricional da criança.	41
Quadro 5 -	Pontos de corte de IMC utilizado para o diagnóstico nutricional.	41
Quadro 6 -	Percepção materna categorizada segundo real Estado Nutricional (EN) do filho e descritores verbais. Itupeva-São Paulo, 2013.	42
Quadro 7 -	Percepção materna categorizada segundo real Estado Nutricional (EN) do filho e silhuetas da imagem corporal. Itupeva-São Paulo, 2013.	43
Quadro 8 -	Percepção materna ideal categorizada segundo percepção materna do real estado nutricional do filho (silhueta indicada). Itupeva-São Paulo, 2013.	44
Quadro 9 -	Descrição das variáveis independentes.	44

LISTA DE SIGLAS

AIDPI -	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
BVS -	Biblioteca Virtual em Saúde
CNPq -	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CSC -	Caderneta de Saúde da Criança
DCNT -	Doenças Cônicas não Transmissíveis
DP -	Desvio Padrão
EN -	Estado Nutricional
ESF -	Estratégia Saúde da Família
EUA -	Estados Unidos da América
FAPESP -	Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo
IMC -	Índice de Massa Corporal
NEPESC -	Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos Epidemiológicos na Perspectiva da Enfermagem na Saúde Coletiva
OMS -	Organização Mundial de Saúde
OR -	Odds Ratio
OR_a -	Odds Ratio ajustado
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIBIC -	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PNDS -	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 15
1. INTRODUÇÃO 16
1.1 Estado nutricional..... 19
1.2 Percepção dos pais do estado nutricional do filho e variáveis associadas: 23
revisão de literatura 23
1.3 Equipe de saúde: avaliação e acompanhamento do crescimento infantil..... 31
2. OBJETO E QUESTÕES DE PESQUISA..... 34
3. HIPÓTESES..... 35
4. OBJETIVOS 36
4.1 Geral..... 36
4.2 Específicos 36
5. MATERIAL E MÉTODOS 37
5.1 Delineamento do estudo..... 37
5.2 Local de estudo 37
5.3 População de estudo e amostra..... 38
5.4 Critérios de inclusão e exclusão 39
5.5 Amostra final..... 39
5.6 Coleta de dados 40
5.7 Avaliação do estado nutricional 40
5.7.1 Da criança..... 40
5.7.2 Da mãe 41
5.8 Avaliação da percepção materna do estado nutricional do filho..... 41
5.9 Variáveis do estudo..... 44
5.10 Análise dos dados..... 45
5.11 Financiamento..... 46
5.12 Considerações éticas 46
6.RESULTADOS..... 47
6.1 Percepção materna avaliada pela escala de descritores verbais 47
6.1.1 Características infantis, maternas e familiares 47
6.1.2 Percepção materna do estado nutricional do filho..... 49
6.1.3 Variáveis associadas ao não reconhecimento materno do real..... 51
estado nutricional do filho..... 51
6.2 Percepção materna avaliada pela escala de silhuetas da imagem corporal 54
6.2.1 Características infantis, maternas e familiares 54
6.2.2 Percepção materna do estado nutricional do filho..... 57
6.2.3 Variáveis associadas ao não reconhecimento materno do real..... 59
estado nutricional do filho..... 59
6.3 Satisfação materna com a imagem corporal..... 61
7. DISCUSSÃO..... 63
8. CONCLUSÕES..... 76
REFERÊNCIAS 77
APÊNDICE..... 89
APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO..... 89
APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... 97
APÊNDICE 3 - FICHA DE RESULTADO/ENCAMINHAMENTO 98
ANEXO..... 99

APRESENTAÇÃO

Realizei a graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e também obtive certificado em Licenciatura em Enfermagem pela Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo em 2006. Ao longo desse período da graduação, me empenhei no desenvolvimento de pesquisa na área de nutrição infantil no Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, com bolsa de iniciação científica do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq) por dois anos, sob orientação da Profª. Drª. Elizabeth Fujimori, para o desenvolvimento dos seguintes projetos: "Alimentação e níveis de hemoglobina em crianças menores de dois anos de idade" e "Reprodução social e anemia infantil". Esses projetos foram produtivos e seus resultados foram publicados em revistas científicas, bem como expostos em congressos e simpósios.

Com o término da graduação, atuei como enfermeira assistencial tanto na área hospitalar quanto na atenção básica (incluindo Unidade Básica de Saúde, Unidade Ambulatorial e Estratégia Saúde da Família). Obtive títulos de Especialização Latu Sensu em Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica pela Universidade Federal de São Paulo e em Saúde Pública com Ênfase na Estratégia Saúde da Família pelo Centro Universitário São Camilo.

A experiência profissional me possibilitou articular a teoria acadêmica com a prática assistencial. Com isso, consegui observar *in loco* os problemas da nutrição infantil e os maus hábitos alimentares da atualidade, que me motivaram a retornar ao Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva e à minha antiga orientadora. Para tanto, me inseri no Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos Epidemiológicos na Perspectiva da Enfermagem na Saúde Coletiva. Vale ressaltar que, para a conclusão da Especialização pelo Centro Universitário São Camilo, realizei uma revisão bibliográfica sobre excesso de peso e obesidade infantil. Nessa pesquisa constatei o incremento desses distúrbios nutricionais ainda na infância e a escassez de estudos brasileiros sobre a percepção dos pais quanto às alterações no estado nutricional de seus filhos.

Fato curioso foi que a Profª. Drª. Elizabeth havia iniciado uma pesquisa no município de Itupeva, município onde os dados da iniciação científica haviam sido coletados. Sendo assim, me inseri em um projeto mais amplo, com o intuito de avaliar a percepção materna do estado nutricional do filho.

Atualmente me dedico exclusivamente à pós-graduação com bolsa de mestrado do CNPq. Também fui contemplada com a bolsa de Mobilidade Internacional do SANTANDER Banespa para a realização de intercâmbio, realizado na Universidade Católica Portuguesa-Campus Porto que muito contribuiu para meu aprimoramento.

1. INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo é a percepção materna do estado nutricional do filho. Essa temática tem relevância, pois há evidências de que ocorrem equívocos quanto ao reconhecimento do estado nutricional do filho, especialmente no que se refere à percepção do excesso de peso infantil (Rietmeijer-Mentink et al., 2013).

O excesso de peso compreende o sobrepeso e a obesidade, e são definidos como um acúmulo excessivo de gordura, o que representa risco à saúde (WHO, 2013). Na identificação do excesso de peso recomenda-se o uso do Índice de Massa Corporal (IMC), representado pela relação entre o peso em quilograma dividido pela altura em metros ao quadrado. O IMC, em cada etapa do ciclo de vida, possui pontos de corte distintos para os diagnósticos nutricionais de sobrepeso e obesidade (Brasil, 2011).

Na atualidade, o sobrepeso e a obesidade são considerados problemas importantes de saúde pública que acometem todos os continentes e as diferentes faixas etárias (WHO, 2010). Estimativas internacionais indicam que o sobrepeso afetava 7% das crianças menores de cinco anos de idade em 2011, ou 43 milhões de crianças, o que representa aumento de 54% em comparação a 1990. Com a manutenção dessa tendência, a estimativa mundial para 2025 é que 64 milhões, ou 9,9% de crianças, terão sobrepeso (UNICEF, WHO, World Bank, 2012). No Brasil, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) constatou prevalência semelhante em 2006, ou seja, 7% das crianças menores de cinco anos apresentavam sobrepeso (Brasil, 2009).

A prevenção do excesso de peso assumiu destaque nas políticas públicas de saúde e a Estratégia Global de Nutrição, Atividade Física e Saúde, elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2004, suscitou a discussão sobre essa temática em nível mundial (WHO, 2004). Estudo de revisão sistemática com menores de cinco anos de idade, que avaliou estratégias no controle do peso e incremento da atividade física e nutrição saudável, concluiu que os pais são receptivos e capazes de promover mudanças no estado nutricional dos filhos e incentivou as intervenções familiares (Campbell e Hesketh, 2007), fato corroborado pela OMS em recente documento sobre Abordagem de Base Populacional na Prevenção da Obesidade Infantil (WHO, 2012).

Sendo assim, a abordagem junto à família é uma das estratégias de prevenção do excesso de peso na infância. No entanto, revisão sistemática a cerca da percepção dos pais do estado nutricional do filho concluiu que somente 37,6% dos pais percebem o excesso de peso dos filhos (Rietmeijer-Mentink et al., 2013).

Percepção é sempre uma experiência que possui significação, ou seja, o percebido é dotado de significado e tem significado distinto para cada indivíduo. Essa percepção é dinâmica, pois resulta do modo como as coisas e as pessoas recebem sentido para a sociedade e, da interação do homem, como sujeito ativo, que atribui novos significados e valores para o mundo percebido (Chauí, 2000). A temática percepção dos pais do estado nutricional do filho parece remeter a estudos de abordagem qualitativa, mas tem sido avaliada, em sua maioria, por meio de estudos quantitativos, com o uso de escala de descritores verbais do estado nutricional ou de escalas de silhuetas da imagem corporal (Rietmeijer-Mentink et al., 2013).

A escala de descritores verbais compreende expressões que variam de “muito magro” a “muito gordo”. Em relação à imagem corporal, sua avaliação ocorre por meio da escala de silhuetas, que corresponde um conjunto de figuras ou desenhos de corpos que possuem tamanhos distintos, desde silhuetas “mais magras” até “mais gordas” (Rietmeijer-Mentink et al., 2013).

A imagem corporal é definida como a figura de um corpo construída pelo indivíduo e que o representa na sociedade. Essa construção é contínua e influenciada pelas mudanças sociais, culturais, padrões de beleza e, especialmente pela interação com o outro e a relação do indivíduo com o próprio corpo (Tavares et al., 2010).

Estudos sobre imagem corporal estabelecem quatro dimensões: a comportamental a cognitiva, a afetiva e a perceptiva. Na dimensão comportamental, as pesquisas se voltam para as atitudes das pessoas para atingir o corpo desejado. A dimensão cognitiva relaciona-se às crenças e aos pensamentos envolvidos na definição do corpo. A dimensão afetiva se preocupa com os sentimentos do indivíduo sobre seu próprio corpo, o que significa a satisfação com a imagem corporal e que é avaliada pela diferença entre o corpo percebido e o desejado (ideal). Por fim, a dimensão perceptiva informa como o indivíduo percebe seu peso, sua forma e o tamanho do corpo ou partes. Essa dimensão tem sido frequentemente utilizada na área da saúde (Tavares et al., 2010).

A construção da imagem corporal tem início na relação da criança com seus pais, que representa o alicerce para os futuros relacionamentos (Borsa et al., 2007; Silva et al., 2006). Além disso, acredita-se que somente aos dois anos de idade a criança consegue identificar sua própria imagem (Castilho, 2001), por isso a percepção dos pais do estado nutricional do filho torna-se relevante para as ações de prevenção de distúrbios nutricionais.

Muitos estudos têm avaliado a percepção dos pais, particularmente das mães, do estado nutricional das crianças, com foco na prevenção da obesidade. No Brasil, Carvalhaes e Godoy (2002), a partir de entrevistas realizadas com 180 mães de crianças menores de dois anos de idade, constataram que a maior parte desconhecia o estado nutricional do filho, de forma que não tinham condições de participar ativamente das ações de prevenção ou tratamento da obesidade. A falta de percepção adequada do peso foi verificada também por Boa-Sorte et al. (2007) em crianças e adolescentes de escolas privadas de uma capital brasileira. Da mesma forma, Molina et al. (2009) observaram baixa correspondência entre classificação antropométrica e percepção materna entre escolares de sete a dez anos de idade, especialmente quando havia excesso de peso.

No Chile, Díaz (2002) verificou que a percepção materna de crianças menores de seis anos de idade era consideravelmente distorcida, pois de 98% de crianças com excesso de peso no estudo, as mães relataram peso normal para 27% e peso “um pouco excedido” para 38%. Hirschler et al. (2006) estudaram crianças argentinas em idade pré-escolar e constataram maior proporção de percepção distorcida do estado nutricional entre mães de criança com risco de sobrepeso ou com sobrepeso, comparadas às mães de criança com peso normal. No México, Lara-García et al. (2011) verificaram que 84% das mães de pré-escolares não perceberam o excesso de peso do filho.

Em Portugal, Macedo et al. (2012), ao avaliarem a percepção dos pais do estado nutricional do filho em idade escolar, constataram que 50% apresentavam percepção distorcida do estado nutricional. Aparício et al. (2011) estudaram a relação entre a percepção dos pais e o estado nutricional em crianças portuguesas de três a seis anos de idade e concluíram que os pais não reconheciam a existência de obesidade nos filhos e somente discreta porcentagem de pais reconhecia o sobrepeso do filho.

Nos Estados Unidos da América (EUA), também se constatam erros na classificação do estado nutricional dos filhos (De La O et al., 2007), que podem alcançar 71% de pais de crianças pré-escolares com sobrepeso ou obesas (Hernandez et al., 2010). Esse equívoco também é similar nas crianças de um a três anos de idade, em que aproximadamente 70% das mães não identificaram corretamente o estado nutricional do filho (Hager et al., 2012).

De fato, as revisões de literatura indicam que, universalmente, os pais apresentam percepção errônea do peso das crianças (Doolen et al., 2009), e em geral, pais de crianças com excesso de peso subestimam o estado nutricional (Towns e D’Auria, 2009) e têm dificuldade para reconhecer o peso do filho (Chuproski e Mello, 2009). Assim, a percepção inadequada

dos pais quanto ao estado nutricional do filho é um dos determinantes que impede o sucesso da prevenção da obesidade infantil (Tenorio e Cobayashi, 2011).

A assistência prestada nos serviços de saúde terá impacto limitado na promoção da saúde se a percepção dos pais quanto ao estado nutricional do filho não for considerada, pois primeiro é necessário o adequado reconhecimento de distúrbios nutricionais e o conhecimento de suas consequências à saúde da criança para que com tal conhecimento os pais busquem os cuidados de saúde, especialmente no que se refere ao excesso de peso (Macedo et al., 2012).

Considerando a relevância da temática, o presente estudo avaliou a percepção materna do estado nutricional do filho.

1.1 Estado nutricional

Estado nutricional resulta do equilíbrio entre o consumo de nutrientes e o gasto energético do organismo para suprir as necessidades nutricionais. Assim, definem-se três manifestações orgânicas do estado nutricional: adequação nutricional (eutrofia) que expressa o equilíbrio entre consumo e necessidades nutricionais; carência nutricional que se refere à ocorrência de deficiências gerais ou específicas de energia e nutrientes; e distúrbio nutricional, que se manifesta pelo consumo inadequado de alimentos, tanto por escassez quanto por excesso, originando desnutrição ou obesidade (Brasil, 2006).

A avaliação do estado nutricional e a definição do diagnóstico abrangem diferentes etapas que se complementam: avaliação antropométrica, avaliação dietética, avaliação clínica, avaliação laboratorial e avaliação psicossocial. Um dos métodos mais utilizados na avaliação e diagnóstico nutricional é a antropometria, por ser de baixo custo, facilmente executada e não invasiva. Além disso, a avaliação antropométrica é a opção mais adequada e viável para diagnosticar o estado nutricional nos serviços de saúde e destaca-se que a aferição das medidas antropométricas e a identificação do estado nutricional devem ocorrer em todas as consultas dos usuários nos serviços de saúde (Brasil, 2011).

A avaliação antropométrica consiste na medição das dimensões corporais, isto é, massa corporal (peso) e altura (comprimento ou estatura), que quando combinadas formam os índices antropométricos, necessários para avaliar sua adequação. Nas crianças e adolescentes, os índices antropométricos são confrontados com as curvas de crescimento de referência (Brasil, 2011). No Brasil, o Ministério da Saúde adota as recomendações da OMS de 2006 para as crianças menores de cinco anos de idade (WHO, 2006) que já se encontram impressas na Caderneta de Saúde da Criança (Brasil, 2011).

Os índices antropométricos utilizados na avaliação do estado nutricional das crianças, recomendados pela OMS e adotados pelo Ministério da Saúde são: peso-para-idade, peso-para-estatura, estatura-para-idade e Índice de Massa Corporal (IMC)-para-idade. O índice peso-para-idade reflete a situação global da criança, porém não diferencia um déficit atual de um déficit crônico ou passado. Apesar dessa limitação, é muito adequado para o acompanhamento do ganho de peso e está contemplado na Caderneta de Saúde da Criança. O índice peso-para-estatura expressa a relação entre as dimensões de massa corporal e estatura, dessa forma, dispensa a informação da idade. É utilizado para identificar o emagrecimento da criança, bem como o excesso de peso que ocorreram recentemente. O índice estatura-para-idade informa o crescimento linear da criança e melhor apresenta o efeito cumulativo das deficiências nutricionais no crescimento da criança e foi recentemente incluído na Caderneta de Saúde da Criança. O IMC-para-idade identifica o excesso de peso nas crianças e tem a vantagem de ser um índice que será utilizado em outras fases do curso da vida e, também foi incorporada à Caderneta de Saúde da Criança (Brasil, 2011).

Os pontos de corte determinados pelo Ministério de Saúde do Brasil são baseados em recomendações adotadas internacionalmente, e em relação ao IMC-para-idade, os pontos de corte, em percentil, recomendados para crianças menores de cinco anos de idade são: IMC-para-idade menor ao percentil 0,1 = magreza acentuada; IMC-para-idade maior ou igual ao percentil 0,1 e menor ao percentil 3 = *magreza*; IMC-para-idade maior ou igual ao percentil 3 e menor ou igual ao percentil 85 = peso adequado; IMC-para-idade maior ao percentil 85 e menor ou igual ao percentil 97 = *risco de sobrepeso*; IMC-para-idade maior ao percentil 97 e menor ou igual ao percentil 99,9 = *sobrepeso*; e IMC-para-idade maior ao percentil 99,9 = *obesidade* (Brasil, 2012b).

As transformações econômicas, sociais, demográficas e sanitárias resultaram em mudanças nos padrões de nutrição da população (OPAS, 2000). Tal fenômeno, denominado transição nutricional, promoveu ao longo dos últimos anos, importantes alterações no estado nutricional da população, com diminuição da desnutrição e incremento do excesso de peso e obesidade (Popkin, 2006). O processo de urbanização é apontado como um dos principais determinantes da transição nutricional, destacando-se como prováveis causas: o novo papel feminino na sociedade e sua inserção no mercado de trabalho; a diminuição da atividade física e, consequentemente, do gasto energético, tanto no trabalho como na rotina diária; o crescimento da indústria alimentícia que favorece o consumo dos alimentos industrializados e processados em detrimento dos alimentos frescos e a globalização de técnicas modernas de processamento de alimentos, marketing e distribuição, que ocidentalizaram a dieta em nível mundial (Pérez-Escamilla e Kac, 2013).

Também no Brasil, ocorreram significativas transformações socioeconômicas que contribuíram para acelerar o processo de transição nutricional, com inversão na ocupação do território rural, que passou a ser urbano; maior participação de trabalhadores no setor terciário da economia; inserção crescente das mulheres no mercado de trabalho; diminuição da natalidade e da mortalidade infantil; e melhoria no acesso, cobertura e resolutividade das ações de saúde (Batista-Filho et al., 2008; Victora et al 2011). Essas transformações levaram a mudanças nos padrões alimentares e comportamentais, com a adoção de hábitos não saudáveis, aumento na ingestão de alimentos industrializados e processados de alta densidade energética, ricos em açúcares simples, gorduras saturada, sódio e conservantes, e pobres em fibras e micronutrientes, além da diminuição da atividade física, principais responsáveis pelo aumento acelerado da obesidade (Brasil, 2012a).

Excesso de peso caracteriza-se por um aumento do peso corporal acima do padrão esperado para a altura e obesidade é definida como acúmulo de gordura anormal ou excessiva que pode prejudicar a saúde do indivíduo (WHO, 2013). Dessa forma, o aumento do peso corporal não necessariamente está relacionado com excesso de gordura, porém a obesidade é definida em termos de excesso de peso (Brasil, 2006). Neste estudo, o termo excesso de peso refere-se a sobrepeso e obesidade.

A base da obesidade é o balanço energético positivo, definido como a diferença entre a quantidade de energia consumida na alimentação e a quantidade de energia gasta para a realização das funções vitais e de atividades em geral (WHO, 1998). O balanço energético positivo, frequentemente, decorre da ingestão de alimentos altamente calóricos e ricos em gordura e diminuição da atividade física (WHO, 2013).

O desenvolvimento do balanço energético positivo varia de pessoa para pessoa. Acredita-se que a influência genética está relacionada com o desenvolvimento da obesidade, contudo esse mecanismo ainda não está plenamente esclarecido (WHO, 1998). Evidências indicam que os determinantes genéticos seriam modulados significativamente pelos determinantes ambientais, em especial, pelos hábitos familiares (Wardle e Cooke, 2008), como constatado em estudo no qual o determinante para o desenvolvimento de obesidade na vida adulta, em crianças com idade inferior a três anos, foi diretamente influenciado pelo peso dos pais, ou seja, as crianças com ambos os pais obesos apresentavam chance 13,6 vezes maior para desenvolver obesidade (Whitaker et al., 1997).

Sendo assim, o determinante genético torna-se um argumento fraco e não elucida o elevado aumento da prevalência da obesidade nessas últimas décadas (Dattilo et al., 2012). Além disso, as alterações genéticas que também podem conduzir à obesidade explicam uma pequena fração dos casos (Bell et al., 2005). Cabe destacar, portanto, a importância dos determinantes

ambientais, que devem ser considerados de forma abrangente, englobando os aspectos biológicos, culturais, sociais, econômicos e políticos (Swinburn et al., 1999).

Como já referido, em 2011, a prevalência mundial de excesso de peso em crianças menores de cinco anos de idade atingia 7% da população nessa faixa etária, ou seja, 43 milhões de crianças (UNICEF, WHO, World Bank; 2012). Nos países desenvolvidos, a prevalência é mais elevada (15%), porém a maioria das crianças menores de cinco anos com excesso de peso encontra-se nos países em desenvolvimento (32 milhões); a prevalência é similar entre os sexos, discretamente superior nas áreas urbanas (1,08 vezes maior) e nos estratos socieconômicos mais ricos de uma mesma população (1,31 vezes maior), em relação ao estrato mais pobre (Black et al., 2013).

No Brasil, a PNDS de 2006, último inquérito representativo da população que avaliou a saúde das crianças menores de cinco anos de idade, também evidenciou uma prevalência de 7% de excesso de peso (índice peso-para-estatura superior ao percentil 97) em crianças nessa faixa etária (Brasil, 2006). Entretanto, estudos isolados desenvolvidos em algumas cidades brasileiras indicam prevalências que oscilam de 6% a 29% em crianças menores de cinco anos. Em 2002, estudo transversal que avaliou 3957 crianças de um mês a cinco anos de idade durante campanha nacional de imunização no município de São Leopoldo, cidade situada na região sul do país, verificou prevalência de excesso de peso de 9,8% com o índice peso-para-estatura superior ao percentil 97 (Vitolo et al., 2008). Outro estudo transversal de base populacional (n=2660 crianças) realizado em 2003, que investigou determinantes de excesso de peso em crianças de 12 a 59 meses de vida na cidade de Porto Alegre, também situada na região sul do país, encontrou prevalência de 6,5% de sobrepeso com o índice peso-para-estatura superior ao percentil 97 (Drachler et al., 2003). Estudo realizado na região nordeste do país, no município de Feira de Santana, avaliou a prevalência e os fatores determinantes do excesso de peso em crianças menores de quatro anos de idade, e constatou prevalência de 12,5% com o índice peso-para-estatura superior ao percentil 97 (Jesus et al., 2010). Em 2012, estudo transversal que investigou a prevalência do excesso de peso e sua associação com fatores socioeconômicos, biológicos e maternos em menores de cinco anos de idade em região semiárida do estado de Alagoas constatou prevalência de 28,5% de excesso de peso com o índice peso-para-estatura superior ao percentil 85 (Moreira et al., 2012).

Estudo longitudinal realizado com crianças menores de cinco anos de idade no município de Salvador, região nordeste do país, entre os anos de 1997 e 2005 mostrou que nas crianças de 24 a 60 meses de idade, cada acréscimo de uma unidade no desvio-padrão do IMC-para-idade representava risco duas vezes maior para o desenvolvimento futuro de sobrepeso ou obesidade (Matos et al., 2011). Dessa forma, o excesso de peso na infância representa um fator de risco

importante para o desenvolvimento da obesidade futura e essa se constitui em fator de risco para outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (Gupta et al., 2012).

1.2 Percepção dos pais do estado nutricional do filho e variáveis associadas: revisão de literatura

Realizou-se uma revisão da literatura quanto à temática percepção dos pais do estado nutricional do filho nas bases de dados PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) sem limite de tempo. Assim, foram selecionados estudos realizados com crianças nos idiomas inglês, espanhol e português. As palavras-chave utilizadas foram: perception, body image, mother, father, parent, overweight e obesity.

Os Quadros 1 e 2 foram construídos para apresentar o resultado da revisão, destacando-se autoria, ano de publicação, país de origem do estudo, faixa etária das crianças, cuidador avaliado e principais resultados. No Quadro 1 apresentam-se os estudos que fizeram uso de escala de descritores verbais, e no Quadro 2 os estudos que utilizaram escala de silhuetas da imagem corporal. Constata-se que a avaliação da percepção dos pais do estado nutricional do filho é recente, com início na década de 1990, mas com incremento da produção científica na última década.

Há predomínio de estudos que utilizam escala de descritores verbais, no entanto com a escala de silhuetas da imagem corporal os pais apresentam melhor reconhecimento do excesso de peso, 52,3% na escala de silhuetas da imagem corporal *versus* 37,3% na escala de descritores verbais (Rietmeijer-Mentink et al., 2013).

O uso da escala de silhuetas da imagem corporal permite avaliar a imagem corporal percebida pelos pais e comparar com a imagem que seus pais gostariam que os filhos tivessem (ideal). Em estudo com crianças de um a três anos de idade, não houve associação entre a percepção materna da imagem corporal que representava o estado nutricional do filho com a que ela gostaria que o filho tivesse (ideal), porém 28,5% das mães referiram estar insatisfeitas (Hager et al., 2012). Estudo com crianças de três a seis anos de idade encontrou essa associação e mostrou que os pais apresentavam uma percepção distorcida da imagem do filho, pois sempre desejavam “vê-lo mais gordinho” (Aparício et al., 2011).

A grande maioria dos estudos foi desenvolvida nos EUA, com destaque para a análise da percepção materna sobre o estado nutricional de crianças de 6 a 10 anos. Em relação aos estudos nacionais, constata-se carência de informações quanto à percepção dos pais do estado nutricional do filho, o que torna relevante o presente estudo.

Quadro 1. Descrição dos estudos que utilizaram escala de descritores verbais para avaliar a percepção dos pais do estado nutricional do filho segundo autor, ano, país do estudo, faixa etária das crianças, percepção do cuidador avaliado e principais resultados, 2014.

Autor e ano de publicação	**País**	**Faixa etária (anos)**	**Percepção do cuidador avaliado**	**Principais resultados**
Jackson et al. 1990	EUA	3-6	Mães	**28%** não reconheceram o real estado nutricional (83% subestimaram e 17% superestimaram o peso).
Baughcum et al. 2000	EUA	2-5	Mães	**79%** não reconheceram o real estado nutricional. Variáveis associadas ao não reconhecimento: **nível educacional das mães** (mães com baixo nível educacional apresentaram maior frequência de não reconhecimento - OR=6,2, IC95% 1,70-22,5).
Myers, Vargas 2000	EUA	2-5	Pais*	Para crianças com excesso de peso: **35,5%** não reconheceram o real estado nutricional (45% dos pais responderam que as crianças estavam com peso normal, 7% com risco de sobrepeso e 47% com sobrepeso).
Carvalhaes, Godoy 2002	Brasil	0-2	Mães	**30,2%** não reconheceram o real estado nutricional (17,9% subestimaram e 12,3% superestimaram o peso). Dentre as crianças com excesso de peso: 86,4% das mães não identificaram o estado nutricional.
Díaz 2002	Chile	28 dias-5	Mães	Para crianças com excesso de peso: 37,5% foram identificadas como discretamente acima do peso 26,6% como peso normal.
Maynard et al. 2003	EUA	2-11	Mães	**32,1%** não reconheceram o real estado nutricional. Variáveis associadas ao não reconhecimento: **idade das crianças** (crianças mais velhas), **sexo das crianças** (meninas), **excesso de peso das crianças** e **baixo peso das mães.**
Anderson et al. 2005	EUA	3-5	98% mulheres, 2% homens	Para crianças com excesso de peso: **78%** não reconheceram o real estado nutricional (foram consideradas como abaixo do peso ou peso normal pelos seus pais). Variáveis associadas ao não reconhecimento: **etnia dos pais** (tanto os pais hispânicos como os afrodescententes subestimaram o peso dos seus filhos, mas com destaque aos afro-descendentes, p=0,08).
Carnell et al. 2005	Inglaterra	3-5	94,5% mães, 5,5% outros	Para crianças com excesso de peso: **19,8%** não reconheceram o real estado nutricional (somente 1,9% de pais de crianças com excesso de peso e 17,1% com obesidade descreveram adequadamente o estado nutricional).
Jeffery et al. 2005	Inglaterra	Média de 7,4	Pais*	**75%** não reconheceram o real estado nutricional. Variáveis associadas ao não reconhecimento: **sexo das crianças** (os pais apresentaram maior dificuldade em perceber o excesso de peso nos meninos do que nas meninas p=0,01) e **sexo dos pais** (mães identificaram melhor o estado nutricional em comparação com os pais p=0,06).
Crawford et al. 2006	Austrália	5-6 e 10-12	84,4% mulheres, 15,6% homens	**70,5%** não reconheceram o real estado nutricional (85% de pais de crianças com excesso de peso entre cinco e seis anos de idade e 63% entre 10 e 12 anos de idade subestimaram o estado nutricional do filho).
Eckstein et al. 2006	EUA	2-17	Pais*	**64%** não reconheceram o real estado nutricional. Variáveis associadas ao não reconhecimento: **idade das crianças** (crianças com idade inferior a seis anos de idade foram reconhecidas em menor proporção).
Hirschler et al 2006	Argentina	2-6	Mães	Para crianças com excesso de peso: **44,2%** não reconhecem o estado nutricional (76% das mães de crianças em risco de sobrepeso e 98% com sobrepeso classificaram seus filhos como peso normal)
Huang et al. 2006	EUA	0-18	87% mulheres, 13% homens	**39%** não reconheceram o real estado nutricional. Variáveis associadas ao não reconhecimento: **idade das crianças** (crianças menores de quatro anos de idade foram reconhecidas em menor proporção) e **excesso de peso das crianças** (crianças com excesso de peso também foram reconhecidas em menor proporção).
Jansen, Brug et al. 2006	Holanda	9-11	75% mães, 15% pais, 10% outros	**50%** não reconheceram o real estado nutricional. Variáveis associadas ao não reconhecimento: **idade das crianças** (crianças menores de nove anos de idade não tiveram o real estado nutricional reconhecido) e **excesso de peso das crianças** (mães de crianças com sobrepeso foram menos reconhecidas).

Lazzeri et al. 2006	Itália	8-9	Mães	**59%** de crianças com sobrepeso e **87%** com obesidade tiveram o real estado nutricional subestimado pelas mães.
Skelton et al.2006	EUA	4-20	Pais*	**68%** não reconhecem o estado nutricional. Variáveis associadas ao não reconhecimento: **excesso de peso das crianças** (sobrepeso infantil é subestimado em relação ao peso normal).
Boa-Sorte et al. 2007	Brasil	6-19	Mães	**24,7%** não reconheceram o real estado nutricional sobrepeso do filho (18,4% subestimaram e 6,3% superestimaram o peso). Variáveis associadas ao não reconhecimento: **excesso de peso das crianças** (excesso de peso infantil era subestimado em relação aos demais estados nutricionais - OR=3,02; IC95% 2,05–4,46) e **idade das crianças** (faixa etária de seis a nove anos de idade apresentou maior frequência de não reconhecimento - OR=1,88; IC95% 1,28–2,76).
He, Evans 2007	Canadá	4-6	Pais*	**38,6%** não reconheceram o real estado nutricional (22% dos pais classificaram crianças com peso adequado como baixo peso, 63% de crianças com sobrepeso como peso normal e 63% com obesidade como excesso de peso). Variáveis associadas ao não reconhecimento: **sexo das crianças** (pais de meninos apresentaram maior frequência de não reconhecimento), **etnia dos pais** (pais afrodescendentes apresentaram maior dificuldade em reconhecer o peso do filho) e **excesso de peso das mães** (mães com sobrepeso apresentaram maior dificuldade de reconhecer o peso do filho).
May et al. 2007	EUA	2-5	Mães	**79%** das não reconheceram o real estado nutricional.
Wald et al. 2007	EUA	3-12	Pais*	Para crianças com excesso de peso: **51%** não reconheceram o real estado nutricional. Variáveis associadas ao não reconhecimento: **sexo das crianças** (pais de meninas foram mais assertivos que de meninos - 63% *versus* 36%, p< 0,01) e **idade das crianças** (crianças de três a cinco anos de idade foram percebidas equivocadamente).
Chaimovitz et al. 2008	Canadá	5-18	Pais*	Quanto aos **pais: 44%** subestimaram o estado nutricional das crianças. Quanto às **crianças: 40%** subestimaram seu próprio estado nutricional. Os **médicos** apresentaram um maior percentual de acertos do estado nutricional das crianças, contudo, eles subestimaram **33%** dos pacientes.
Muhammad et al. 2008	Kuala Lumpur	9-12	Pais*	**38,2%** não reconheceram o real estado nutricional
De La O et al. 2009	EUA	5-12	Pais*	**24,5%** não reconheceram o real estado nutricional (25% dos pais subestimaram o estado nutricional dos filhos, sendo que 75% não reconheceram o sobrepeso dos filhos e 100% a obesidade. Variáveis associadas ao não reconhecimento: **sexo das crianças** (meninos apresentaram maior frequência de não reconhecimento).
Harnack et al. 2009	EUA	2-5	90,5% mães, 9,5% pais	**46,9%** não reconheceram o real estado nutricional (46,4% subestimam e 0,5% superestimam o peso). Quanto à percepção dos pais do estado nutricional do filho: 90,7% das crianças obesas foram classificadas como peso normal, 94% das crianças com sobrepeso foram identificadas como peso normal e 16% que estavam eutróficas foram classificadas como abaixo do peso. Variável associada ao não reconhecimento: **idade dos pais** (pais de 18 a 30 anos de idade foram mais propensos a não reconhecer o peso dos filhos).
Hudson et al. 2009	EUA	3-5	75% mães, 25% mães ou pais	**34,4%** não reconheceram o real estado nutricional (32,3% subestimam e 4,1% superestimam o peso). Dentre as crianças obesas, 86,5% não foram reconhecidas pelos pais.
Molina et al. 2009	Brasil	7-10	Mães	**41,7%** não reconheceram o real estado nutricional (38,8% subestimam e 2,9% superestimam o peso). Variáveis associadas ao não reconhecimento: **sexo das crianças** (meninos são percebidos como baixo peso - p<0,01) e **etnia das crianças** (crianças afrodescendentes são percebidas como baixo peso - p=0,04).
Abbott et al. 2010	Austrália	5-12	Pais*	**21%** não reconheceram o real estado nutricional (20% subestimavam e 1% superestimava).
Al-Qaoud et al. 2010	Kuwait	3-6	Mães	Para crianças com excesso de peso: **83,2%** não reconheceram o real estado nutricional. Variáveis associadas ao não reconhecimento: **sexo das crianças** (pais de meninos apresentaram maior frequência de não reconhecimento), **excesso de peso das crianças** (sobrepeso infantil foi subestimado em relação à obesidade), **história de obesidade familiar** (famílias sem história de obesidade subestimaram o peso das crianças em comparação as famílias com história de obesidade).
Hernandez et al. 2010	EUA	2-5	83% mães,	**71,4%** não reconheceram o real estado nutricional - sendo que o não reconhecimento ocorreu em 89,6% nas crianças com

			6,1% pais, 10,8% outros	sobrepeso e um pouco mais de 50% nas obesas. Variável associada ao não reconhecimento: **ausência de comentário do pediatra sobre o peso do filho**.
Manios et al. 2010	Grécia	2-5	Mães	**35,9%** não reconheceram o real estado nutricional (38% das mães subestimaram o peso dos filhos, sendo maior em crianças com risco de sobrepeso ou com sobrepeso - 88,3% e 54,5%, respectivamente - em comparação as crianças com peso normal - 18%, p<0,01). Variáveis associadas ao não reconhecimento: **maior ingestão de energia na dieta**, **rápido ganho de peso**, **excesso de peso das mães** e **baixo nível educacional das mães**. Crianças **pequenas para a idade gestacional** e que praticavam **mais de três horas de atividade física por semana** também se associaram ao não reconhecimento materno. Além disso, as mães foram mais propensas a subestimar o peso dos filhos.
Mathieu et al. 2010	Canadá	Média 6,2	Pais*	**29,5%** não reconhecem o estado nutricional (25,4% subestimam e 4,1% superestimam o peso). Os pais relataram que 16%, 55% e 77% subestimaram o real estado nutricional do filho com peso normal, com baixo peso e com sobrepeso ou obesidade, respectivamente.
Perrin et al. 2010	EUA	4-12	92,2% mulheres	**43,5%** não reconheceram o real estado nutricional. Variável associada ao não reconhecimento: **falta de conhecimento dos pais sobre a saúde da criança** (aconselhamento nutricional em três momentos - inicial; um mês após e três meses após – verificou que no momento inicial 43,5% dos pais não reconheciam o excesso de peso dos filhos e três meses após somente 25,9% não reconheciam o excesso de peso dos filhos).
Tschamler et al. 2010	EUA	1-9	89% mães, 11% pais	**37,3%** não reconheceram o real estado nutricional (31% dos pais subestimaram o peso dos filhos, sendo 46% das crianças com sobrepeso e 24% com peso normal). Variáveis associadas ao não reconhecimento: **excesso de peso das crianças** (o excesso de peso foi subestimado em relação ao peso adequado) e **sexo das crianças** (o peso dos meninos foi subestimado em comparação ao peso das meninas).
Vuorela et al. 2010	Finlândia	5-11	Pais*	**13,5%** não reconheceram o real estado nutricional (nas crianças de cinco anos o não reconhecimento foi igual a 15,2% e 11,8% nas crianças de 11 anos). Variáveis associadas ao não reconhecimento: **crianças de cinco anos de idade** (OR= 9; IC95%: 2,5-32,5; p=0,01), **sexo das crianças** (feminino - OR= 5,3; IC95%: 1,7-16,5; p=0,04), **composição familiar** (com pai e mãe - OR= 4,5; IC95%: 1,2-17,6; p=0,03).
Garrett-Wright et al. 2011	EUA	2-5	Pais*	**30%** não reconheceram o real estado nutricional (25,8% subestimaram e 4,2% superestimaram o peso). Variável associada ao não reconhecimento: **falta de conhecimento dos pais sobre a saúde da criança** apresentou associação, apenas na análise univariada.
Giacomossi et al. 2011	Brasil	Mediana 49,5	Pais*	**18,9%** não reconheceram o real estado nutricional (IC95%: 15,5-22,4). Variáveis associadas ao não reconhecimento: **excesso de peso das crianças** (RP= 4,8; IC95%: 3,8-7,1), **desnutrição infantil** (RP= 4,6; IC95%: 2,8-7,7) e **cor não branca da pele do cuidador** (RP=1,71; IC95% 1,1-2,6). Variáveis associadas ao reconhecimento: idade do responsável entre 24 e 35 anos (RP= 0,5; IC 95%: 0,3-0,8), maior renda (RP= 0,6; IC 95%: 0,4-0,9) e obesidade do cuidador (RP= 0,3; IC 95%: 0,1-1,0).
Jones et al. 2011	Inglaterra	6-8	Pais*	**24,4%** não reconheceram o real estado nutricional (23,8% subestimaram e 2,6% superestimaram o peso). Variáveis associadas ao não reconhecimento: **pais reconheceram excesso de peso somente nos casos extremos de obesidade**, **questionaram o método de avaliação pelo IMC** e **não acreditaram nas estatísticas de obesidade infantil.**
Júlíusson et al. 2011	Noruega	2-19	Pais*	**23,9%** não reconheceram o real estado nutricional. Variáveis associadas ao reconhecimento do excesso de peso: crianças de 6 a 11 anos de idade (OR= 8,56; IC95%: 4,71-15,58) ou de 12 a 19 anos de idade (OR= 3,69; IC95%: 1,94-6,97), sexo feminino da criança, (OR= 1,35; IC95%: 0,97-1,90). Variáveis associadas ao reconhecimento do baixo peso: crianças de 0 a 2 anos de idade, sexo masculino da criança, pais que possuíam sobrepeso (OR= 1,28; IC95%: 1,01-1,63).
Guevara-Cruz et al. 2012	México	4,12 ±8,52	Mães	**21,6%** não reconheceram o real estado nutricional (o não reconhecimento em crianças que possuíam excesso de peso foi igual a 37,8% - p=0,04).

Macedo et al. 2012	Portugal	5-12	79% mães, 19% pais	**49,9%** não reconheceram o real estado nutricional. Constatou-se associação estatisticamente significativa entre percepção parental sobre o estado nutricional e o percentil do IMC da criança (p<0,01).
Regber et al. 2012	Bélgica, Estônia, Alemanha, Hungria, Itália, Espanha, Suécia, Chipre	2-9	Pais*	**28%** não reconheceram o real estado nutricional. Variáveis associadas ao reconhecimento do excesso de peso: aumento de uma unidade do IMC (OR=7,2; IC95%: 6,06-8,66), crianças mais velhas (OR= 1,34; IC95%: 1,26-1,42), sexo feminino da criança (OR=1,61; IC 95%: 1,33-1,95), país na região Central da Europa (OR= 3,37; IC95%: 2,7-4,21) ou na região Norte (OR= 4,44; IC95%: 3,20-5,98), preocupação com excesso de peso no futuro (OR= 3,31; IC95%: 2,71-4,10). Variáveis associadas ao reconhecimento da obesidade: aumento de uma unidade do IMC (OR= 6,01; IC95%: 4,23-8,52), crianças mais velhas (OR= 1,42; IC95%: 1,22-1,64), preocupação sobre a obesidade no futuro (OR= 12,51; IC95%: 3,93-39,77). Variáveis associadas ao reconhecimento ao baixo peso: crianças mais velhas (OR= 1,24; IC95%: 1,17-1,32), país na região Sul da Europa (OR= 0,65; IC95%: 0,46-0,92), preocupação com baixo peso no futuro (OR= 2,77; IC95%: 2,12-3,62).
Rodriguez Martín et al. 2012	Espanha	3-16	Pais*	**39,6%** não reconheceram o real estado nutricional. Variáveis associadas ao reconhecimento do excesso de peso: sexo masculino da criança (OR: 2,9), crianças entre 10 e 14 anos de idade (OR: 14,3), obesidade nos pais (OR: 3,3), famílias com nível socioeconômico médio (OR: 2,36), nas quais somente um dos membros trabalha e pelo menos um membro possui nível educacional de médio a alto.
Rivera-Soto et al. 2012	Porto Rico	Média 9,5	Pais*	**37,6%** dos pais não reconheceram o real estado nutricional. Existia uma tendência para os pais classificarem as meninas como excesso de peso em comparação aos meninos (23,8% *versus* 16,7%). O estado nutricional da criança influenciou o reconhecimento, pois 48,6% das crianças que possuíam excesso de peso foram reconhecidas como peso adequado e 53,8% baixo peso foram reconhecidas como peso adequado. O peso dos pais influenciou o reconhecimento do peso do filho, exceto pais baixo peso. Dessa forma, 68% dos pais excesso de peso reconheceram o filho como excesso de peso, 75% dos pais peso adequado reconheceram o filho como peso adequado, porém 25% dos pais baixo peso reconheceram o filho como baixo peso. Os pais com maior nível educacional reconheceram melhor o excesso de peso em seus filhos em comparação aos pais com menor nível educacional.
Petricevic et al. 2012	Croácia	Média 6,75	83% mães 10,9% pais 6,2% mães e pais	**28,9%** dos pais não reconheceram o real estado nutricional (21,5% subestimavam e 7,4% superestimavam o peso). Variáveis associadas ao não reconhecimento do excesso de peso: **aumento de uma unidade do IMC** (pais tinham maior chance de classificar os filhos como peso adequado - OR= 0,04; IC 95%: 0,01-0,11; p<0,01) e **presença de diabetes *mellitus* na família** (pais tinham maior chance de classificar o filho como peso adequado - OR= 3,19; IC 95%: 1,21-8,41; p=0,02).
Aljunaibi et al. 2013	Emirados Árabes Unidos	6-19	Pais*	**33,8 %** não reconheceram o real estado nutricional (27,4% subestimavam e 6,3% superestimavam o peso). O não reconhecimento foi maior em crianças que possuíam excesso de peso (63,5%) do que em crianças que possuíam baixo peso (55,1%). Pais subestimavam o peso das crianças que possuíam excesso de peso. Variáveis associadas ao não reconhecimento: **aumento de uma unidade do IMC** (OR= 1,31; IC 95%: 1,21-1,43; p<0,01), dessa forma, os pais tinham maior chance de identificar excesso de peso com o aumento do peso do filho.

*Não especificado, pode ser mães ou pais.

Quadro 2. Descrição dos estudos que utilizaram escala de silhuetas da imagem corporal para avaliar a percepção dos pais do estado nutricional do filho segundo autor, ano, país do estudo, faixa etária das crianças, percepção do cuidador avaliado e principais resultados, 2014.

Autor e ano de publicação	**País**	**Faixa etária (anos)**	**Percepção do cuidador avaliado**	**Principais resultados**
Eckstein et al. 2006	EUA	2-17	Pais*	**30%** não reconhecem o estado nutricional. Variáveis associadas ao não reconhecimento: **idade das crianças** (crianças com idade inferior a seis anos de idade tiveram menor proporção de reconhecimento).
Lazzeri et al. 2006	Itália	8-9	Mães	**35%** de crianças com sobrepeso e **53%** com obesidade tivera o real estado nutricional subestimado pelas mães. Constataram correlação entre percepção das mães e o estado nutricional do filho. Além disso, a distorção da percepção apresentou-se reduzida com a escala de silhuetas (20%) em relação à escala de descritores verbais.
Reifsnider et al. 2006	EUA	3	Mães	**64%** não reconheceram o real estado nutricional (29% subestimam e 36% superestimam o peso).
Chaimovitz et al. 2008	Canadá	5-18	Pais*	Quanto aos **pais: 47%** subestimaram o estado nutricional dos filhos. Quanto às **crianças: 43%** subestimaram se próprio estado nutricional. Os **médicos** apresentaram um maior percentual de acertos do estado nutricional das crianças, contudo, eles subestimaram **33%** dos pacientes.
Warschburger, Kröller 2009	Alemanha	3-6	Mães	**35,5%** não reconheceram o real estado nutricional. Variáveis associadas ao não reconhecimento: **excesso de peso das crianças** (crianças com sobrepeso) e **excesso de peso das mães** (mães com sobrepeso).
Hernandez et al. 2010	EUA	2-5	83% mães, 6,1% pais, 10,8% outros	**20%** não reconheceram o real estado nutricional. 71,4% dos pais identificaram inadequadamente o estado nutricional, sendo que a falha na percepção ocorreu em 89,6% nas crianças com sobrepeso e um pouco mais de 50% nas obesas. Variável associada ao não reconhecimento: **ausência de comentário do pediatra sobre o peso do filho**.
Aparício et al. 2011	Portugal	3-6	Pais*	Diferença entre a percepção real e ideal traduziu-se num índice negativo para ambos os sexos e estatisticamente significativo (p=0,01), o que indicou uma percepção distorcida dos pais, que consideram a imagem dos filhos mais magra do que eles gostariam. Os pais não reconheceram a existência de obesidade nos seus filhos, dado que não assinalaram as imagens representativas dessa situação e apenas uma pequena percentagem reconhecia como sobrepeso, tendendo a subestimar o estado nutricional verificado.
Bezerra et al. 2011	Brasil	6 meses	Mães	Estudo qualitativo com amostra de 14 mães envolveu técnicas de entrevista projetiva com o uso de fotografias e semiestruturada. A percepção materna quanto a imagem corporal demostrou divergência na classificação da imagem corporal do filho em relação a real situação nutricional em cinco situações, uma de superestimação e quatro de subestimação.
Lara-García et al. 2011	México	Escolares	Mães	**63%** não reconheceram o real estado nutricional (84% das mães não perceberam adequadamente o estado nutricional dos filhos).
Hager et al. 2012	EUA	1-3	Mães	**70%** não reconheceram o estado nutricional. Variáveis associadas ao não reconhecimento: **excesso de peso das crianças** (mães de crianças com baixo peso foram 9,13 vezes mais propensas a reconhecer o real estado nutricional do filho- IC 95%, 2,94-28,36 – e, mães de crianças com excesso de peso foram 87% menos assertivas - 95% CI, 0,05-0,33). Mais de 70% de todas as mães e 81,7% das mães de crianças com excesso de peso estavam satisfeitas com a imagem corporal do filho.
Macedo et al. 2012	Portugal	5-12	79% mães, 19% pais	**37,9%** não reconheceram o real estado nutricional (52% dos pais escolheu a imagem correspondente ao percentil do IMC 50-75). Variáveis associadas ao não reconhecimento: **idade das crianças** demonstrou ter relação na percepção dos pais sobre a imagem corporal.

*Não especificado, pode ser mães ou pais.

Jackson et al (1999) realizaram um dos primeiros estudos que avaliou a percepção materna do estado nutricional do filho, em um total de 107 crianças em idade pré-escolar. Os resultados evidenciaram que a maioria das mães (72%) apresentava percepção adequada, porém entre as que erraram, houve erro sistemático e específico de subestimação do peso do filho, com maior frequência entre as crianças com sobrepeso.

Desde então, diversos estudos foram realizados para avaliar a percepção dos pais do estado nutricional do filho. Conforme revisão sistemática realizada por Rietmeijer-Mentink et al. (2013), a maior parte dos estudos desenvolvidos avaliou a percepção das mães. Essa mesma revisão também informa que não há evidências que comprovem diferenças significativas entre a percepção das mães e dos pais, mas deve-se ressaltar o papel materno para o adequado estado nutricional, considerando sua responsabilidade pela alimentação infantil, da amamentação à introdução da alimentação complementar, além dos cuidados na prática alimentar da família. Ademais, tem se constatado que mães com excesso de peso apresentam maior chance de ter filho com excesso de peso (Danielzik et al., 2002).

A relação entre estado nutricional das mães e percepção do estado nutricional do filho é controversa. He e Evans (2007) constataram associação e inadequada percepção do estado nutricional do filho entre mães com excesso de peso, ao avaliarem 355 crianças de 9 a 12 anos de idade. Esse mesmo estudo também verificou associação entre percepção inadequada do estado nutricional e sexo e etnia da criança, sendo que pais de crianças afrodescendentes apresentaram maior frequência de percepção inadequada comparados a pais brancos (He e Evans, 2007). Contudo, tal resultado também não é consenso na literatura (Maynard et al., 2003; Baughcum et al., 2000). No que se refere ao gênero das crianças, verificou-se que os pais eram menos propensos a pensar que seus meninos estavam acima do peso em relação às meninas, ou seja, os pais subestimaram com maior frequência o peso dos meninos (He e Evans, 2007).

O gênero das crianças também é apresentado como determinante da inadequada percepção dos pais do estado nutricional do filho em outros estudos (Hernandez et al. 2010; Campbell et al., 2006; Jeffery et al., 2005). Ao avaliarem 2329 crianças de três a seis anos de idade, Al-Qaoud et al. (2010) constataram que as mães tinham significativamente mais dificuldade em perceber o excesso de peso nos meninos. Além disso, a inadequada percepção materna do estado nutricional do filho também se associou à ausência de obesidade na família ou de sobrepeso infantil.

Em relação ao estado nutricional da criança, os pais apresentam dificuldade para perceber o sobrepeso do filho. Jansen e Brug (2006), que avaliaram a percepção de pais e mães sobre o peso do filho em amostra de 1840 crianças de 9 a 11 anos de idade, verificaram que os pais reconheceram adequadamente e em maior frequência os filhos obesos, constatou-se dificuldade no reconhecimento das crianças com sobrepeso, pois apenas 50% deles foram identificados. Dessa forma, os autores destacam que a efetividade das medidas de prevenção da obesidade infantil pode estar comprometida, pois um dos primeiros passos no combate à obesidade está em identificar o excesso de peso.

A faixa etária da criança tem-se apresentado como determinante para o não reconhecimento dos pais do estado nutricional do filho, como evidencia Wald et al. (2007). Em estudo realizado com crianças de 3 a 12 anos de idade, verificou-se que os pais de crianças mais velhas apresentavam maior frequência de acertos em comparação aos pais de crianças mais novas (61,7% para crianças de 6 a 12 anos *versus* 17,5% para crianças de três a cinco anos; $p<0,01$). Fato corroborado pela revisão sistemática de Rietmeijer-Mentink et al. (2013) que concluíram que os equívocos de percepção dos pais do estado nutricional do filho ocorriam em crianças com menos de seis anos de idade.

Assim, o não reconhecimento dos pais do estado nutricional do filho também é determinado pela idade da criança, o que chama atenção, pois estudos indicam a necessidade de intervenção precoce na prevenção da do excesso de peso infantil. McCormick et al. (2010) avaliaram prevalência, fatores de risco, diagnóstico e tratamento da obesidade em crianças menores de dois anos de idade e verificaram que das crianças que estavam obesas aos dois anos de idade, elevada proporção já estava obesa aos seis meses de vida. Resultado semelhante foi encontrado por Harrington et al. (2010) que realizaram estudo retrospectivo com 184 crianças e adolescentes de 2 a 20 anos de idade, e constataram que mais da metade das crianças que estavam com excesso de peso no início do estudo, já manifestavam sobrepeso aos dois anos de idade e obesidade aos dez anos; os autores concluíram que nesse subconjunto de crianças, o período crítico para evitar a obesidade seria até os dois anos de idade e, para algumas, até os três meses de vida.

O baixo nível educacional materno foi evidenciado como determinante para o não reconhecimento do excesso de peso do filho, com associação positiva no estudo de Manios et al. (2010) que avaliaram 2374 crianças entre um e cinco anos de idade.

Assim, para Chaimovitz et al. (2008) há necessidade de sensibilizar familiares, profissionais de saúde e as próprias crianças a reconhecerem o excesso de peso para que se obtenha êxito nas intervenções de promoção da saúde. Os autores avaliaram as percepções dos pais do estado nutricional do filho, das crianças que avaliaram seu próprio estado nutricional (auto percepção) e dos médicos em amostra de 91 crianças. A percepção dos pais e médicos foi avaliada para crianças de 5 a 18 anos de idade e a auto percepção, somente para crianças com 12 anos de idade ou mais. A percepção do estado nutricional foi avaliada tanto por escala de descritores verbais como por escala de silhuetas da imagem corporal. Em relação aos pais, 44% subestimaram o estado nutricional das crianças com descritores verbais e 47% com escala de silhuetas; quanto às crianças, 40% subestimaram seu próprio estado nutricional com descritores verbais e 43% subestimaram com escala de silhuetas; os médicos apresentaram maior percentual de acertos do estado nutricional das crianças, contudo 33% deles subestimaram o estado nutricional dos pacientes em ambas as escalas. O autor sugere que estudos sejam realizados com outros profissionais, como enfermeiros, dada a importância dessa avaliação para a promoção da saúde.

1.3 Equipe de saúde: avaliação e acompanhamento do crescimento infantil

O acompanhamento da saúde da criança deve se iniciar na atenção básica que representa a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde brasileiro. Nesse âmbito, os profissionais de saúde devem desempenhar ações de promoção da saúde e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (Brasil, 2012a).

Em 2004 o Ministério da Saúde lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, que reforçou o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como parte da assistência integral à saúde da criança (Brasil, 2004), uma das ações que constitui o elemento nucleador da atenção a ser prestada em toda a rede básica dos serviços de saúde no país desde meados da década de 1980 (Brasil, 1986).

Para tanto, os dados de peso, altura, desenvolvimento, estado nutricional e vacinação devem ser registrados nos prontuários e também na Caderneta de Saúde da

Criança (Prado e Fujimori, 2006). Toda a equipe de saúde deve estar preparada para esse acompanhamento, com a identificação de crianças de risco para o planejamento de ações com pais e familiares para auxiliá-los no cuidado da saúde da criança (Brasil, 2004).

No que se refere às atribuições do enfermeiro, um dos profissionais que integra a equipe multiprofissional da atenção básica de saúde, destaca-se a aferição das medidas antropométricas de peso e altura da criança em toda e qualquer oportunidade de assistência que se apresente, com avaliação e classificação do estado nutricional, avaliação do IMC-para-idade, monitoramento e vigilância do crescimento e, quando necessário, notificar e orientar pais e familiares diante de quaisquer alterações nutricionais que representem risco, tais como risco de baixo peso ou de excesso de peso (Brasil, 2012a).

Apesar de todas as recomendações do Ministério da Saúde, estudos que avaliam a qualidade da atenção à saúde da criança evidenciam subutilização das atividades de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, que se constituem no eixo integrador das atividades de atenção à criança. Revisão de literatura que analisou a prática da integralidade na saúde da criança na atenção básica, em 14 estudos realizados no período de 1984 a 2009, apontou que em três estudos, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento não era realizado em todas as crianças e que em quatro estudos havia precária utilização da Caderneta de Saúde da Criança (CSC), resultados que comprometem a atenção integral à saúde da criança (Cursino e Fujimori, 2012).

De fato, o preenchimento da CSC apresenta baixas porcentagens de registro referente ao estado nutricional. Alves et al. (2009), ao avaliarem a CSC de crianças que frequentavam unidades básicas de saúde do município de Belo Horizonte - MG em Dia Nacional de Multivacinação, constataram que apenas 59% tinham suas medidas de peso registradas no gráfico de peso-para-idade e somente 19% apresentavam registro sobre desenvolvimento.

Nesse contexto, fica claro que a atenção integral à saúde da criança ainda representa um desafio que envolve toda a equipe de saúde, uma vez que nem mesmo o acompanhamento do crescimento da criança, atribuição dos profissionais da atenção básica, tem sido contemplado de forma efetiva. Supõe-se, assim, que a percepção dos pais sobre o estado nutricional do filho seja um aspecto ainda menos considerado na atuação dos profissionais de saúde.

Entretanto, considerando que a percepção dos pais do estado nutricional do filho também é imprescindível para que a atenção prestada nos serviços de saúde seja, de fato, efetiva para a promoção da saúde infantil, justifica-se o desenvolvimento do presente estudo, que pode contribuir tanto para sensibilizar os profissionais de saúde quanto os pais para a importância das alterações do estado nutricional da criança no que se refere ao excesso de peso.

2. OBJETO E QUESTÕES DE PESQUISA

O objeto deste estudo é a percepção materna do estado nutricional do filho. Pretende-se responder as seguintes questões de pesquisa:

- Qual a percepção materna do real estado nutricional do filho?
- Quais variáveis se associam ao não reconhecimento materno do real estado nutricional do filho?
- Será que as mães estão satisfeitas com a imagem corporal do filho?

3. HIPÓTESES

Com base nos resultados de estudos disponíveis na literatura, supõe-se que a grande maioria das mães apresente dificuldade no reconhecimento do estado nutricional do filho, especialmente no que se refere à percepção do excesso de peso.

Dessa forma, formularam-se as seguintes hipóteses operacionais:

- As mães apresentarão dificuldade para reconhecer o real estado nutricional do filho;
- O não reconhecimento materno do real estado nutricional do filho se associará com peso, sexo e idade da criança, e com nível educacional da mãe;
- Dois terços das mães estarão satisfeitas com a imagem corporal do filho.

4. OBJETIVOS

4.1 Geral

- Avaliar a percepção materna do estado nutricional do filho.

4.2 Específicos

- Comparar a percepção materna do estado nutricional do filho com o real estado nutricional da criança;
- Identificar as variáveis associadas ao não reconhecimento materno do real estado nutricional do filho;
- Analisar a satisfação materna com a imagem corporal do filho.

5. MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo-analítico, que integra investigação mais ampla intitulada “Efeito do aconselhamento nutricional da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) sobre práticas alimentares, estado de nutrição e desenvolvimento infantil”.

5.2 Local de estudo

O estudo foi desenvolvido em Itupeva, Estado de São Paulo, que se localiza 70 km a oeste da capital (Figura 1). O município integra a microrregião de Jundiaí e a Diretoria Regional de Saúde de Campinas (DIR XII-Campinas). Em 2009, a população do município era de 42.458 habitantes (IBGE, 2009), mas a população alvo do projeto foi constituída por crianças menores de três anos de idade cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde que, segundo o Relatório de Gestão Anual de 2010, totalizava 3.904 crianças. A Figura 1 mostra o mapa de localização do município de Itupeva e as cidades vizinhas.

Figura 1. Mapa de localização do município de Itupeva e as cidades vizinhas. Itupeva-São Paulo, 2013.

Fonte: Prefeitura de Itupeva, 2013.

O município de Itupeva havia sido campo de estudo populacional desenvolvido em 2001 que avaliou as condições de saúde e nutrição de crianças menores de dois anos

de idade. Os resultados evidenciaram baixa frequência de desnutrição crônica e aguda, 3,5% e 2,4% respectivamente (Fujimori et al., 2007) e duração média de aleitamento materno de 7,2 meses, com aleitamento materno exclusivo de 28 dias (Minagawa et al., 2005).

O quadro assistencial de saúde do município é constituído por 17 estabelecimentos públicos de saúde, sendo 12 Unidades Básicas de Saúde, três ambulatórios, um Centro de Atenção Psicossocial e um hospital municipal de pequeno porte (50 leitos). Esses equipamentos de saúde articulam-se, através da rede hierarquizada e descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS) e as várias instituições dos municípios de Jundiaí, Campinas e São Paulo, que respondem por ações dos níveis secundário e terciário de atenção em saúde (Relatório Anual de Gestão, 2010).

As 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) são constituídas por oito unidades tradicionais, uma mista com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e três com a Estratégia Saúde da Família (ESF).

5.3 População de estudo e amostra

A população foi constituída por crianças menores de três anos de idade e suas respectivas mães cadastradas em uma das 12 UBS do município de Itupeva.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado por meio do software Epi-info, considerando-se p=50% (estimativa da proporção de crianças com práticas alimentares inadequadas), população de 3904 crianças menores de três anos de idade cadastradas nas 12 UBS, nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%. O resultado do cálculo indicou a necessidade de uma amostra de 350 crianças.

Obteve-se uma amostra proporcional ao total de crianças menores de três anos de idade (3904) cadastradas em cada uma das 12 UBS, conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 3. Unidades Básicas de Saúde, número de crianças menores de três anos de idade, número de crianças proporcional ao total e número de crianças com dados coletados. Itupeva-São Paulo, 2010.

Unidades Básicas de Saúde	**Número de crianças menores de 3 anos de idade cadastradas**	**Porcentagem em relação ao total**	**Número de crianças proporcional ao total**	**Número de crianças com dados coletados**
UBS e Ambulatório de especialidades III	948	24	84	83
UBS Chave	128	3	10	11
UBS Guacuri	124	3	10	11
UBS Medeiros	91	2	8	9
UBS Monte Serrat	247	6	21	20
UBS Nova Era	36	1	4	4
UBS e ESF Jardim. Guiomar	420	11	39	39
UBS e ESF Rio das Pedras	498	13	45	43
UBS e ESF Santa Elisa	103	3	10	12
UBS Santa Fé	786	20	70	72
UBS Vila São João	501	13	45	49
UBS Quilombo	22	1	4	4
TOTAL	**3904**	**100**	**350**	**356**

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas na amostra todas as crianças menores de três anos de idade, ou seja, com até dois anos, 11 meses e 29 dias matriculadas em uma das 12 UBS que compareceram ao serviço de saúde no período da coleta de dados com a mãe biológica. Foram excluídas crianças gemelares e com necessidades especiais, pela maior probabilidade de alterações no estado nutricional.

5.5 Amostra final

De um total de 399 mães abordadas nas UBS, 35 não aceitaram participar da pesquisa e seis crianças não se ajustaram aos critérios de inclusão: uma criança não era filha biológica, três eram gemelares e duas eram portadoras de doença neurológica. Houve perda 16 crianças com problemas nos dados antropométricos que não puderam ser recuperados, de forma que a amostra final para este estudo foi constituída por 342 pares mãe-criança com questionário preenchido para a escala de descritores verbais e 135 pares mãe-criança com mais de um ano de idade para a escala de silhuetas da imagem corporal.

5.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre fevereiro e abril de 2013. Para tanto, foram recrutadas 11 enfermeiras e uma estudante de enfermagem treinadas para a realização da entrevista e para verificação das medidas antropométricas.

Para a supervisão da coleta dos dados contou-se com a participação de uma mestranda e uma doutoranda, membros do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos Epidemiológicos na Perspectiva da Enfermagem na Saúde Coletiva (NEPESC).

A verificação do peso e comprimento/estatura das crianças foi realizada conforme as técnicas padronizadas pelo Ministério da Saúde (Brasil 2011). Para as crianças menores de dois anos, utilizou-se balança pediátrica digital (marca Welmy) e antropômetro de madeira. As crianças de dois a três anos foram medidas em balança antropométrica tipo adulto, com plataforma e antropômetro acoplado (marca Welmy).

O instrumento utilizado (Apêndice 1) foi elaborado para contemplar a pesquisa mais ampla e incluiu itens pertinentes à saúde da mãe (gravidez, parto, puerpério e estado nutricional); da criança (características gerais, história alimentar, consumo alimentar habitual, avaliação do desenvolvimento, acompanhamento por profissionais de saúde e estado nutricional); percepção materna do estado nutricional do filho; e características das formas de viver e trabalhar da família.

Do total de questionários preenchidos, 10% foram reaplicados por uma pós-doutoranda com o intuito de garantir a veracidade das informações e o correto preenchimento do instrumento.

5.7 Avaliação do estado nutricional

5.7.1 Da criança

Para avaliar o real estado nutricional (EN) da criança utilizou-se o índice de massa corporal - IMC-para-idade, com os pontos de cortes recomendados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2012b).

No presente estudo, o real estado nutricional das crianças foi classificado em quatro categorias: “baixo peso”, para qualquer estado de *magreza* “peso adequado”; “risco de sobrepeso”; e “excesso de peso” para os casos de *sobrepeso* e *obesidade* (Quadro 4).

Quando 4. Pontos de corte de IMC-para-idade utilizado para o diagnóstico nutricional e categorias utilizadas para classificar o real estado nutricional da criança.

Valores críticos	Diagnóstico nutricional	Real estado nutricional
Percentil <0,1	Magreza acentuada	Baixo peso
Percentil ≥0,1 e <3	Magreza	
Percentil ≥3 e ≤85	Peso adequado	Peso adequado
Percentil >85 e ≤97	Risco de sobrepeso	Risco de sobrepeso
Percentil >97 e ≤99,9	Sobrepeso	Excesso de peso
Percentil >99,9	Obesidade	

Fonte: Brasil, 2012b.

5.7.2 Da mãe

O estado nutricional da mãe foi avaliado com o cálculo do IMC e classificado segundo os pontos de corte recomendados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2011), como apresentado no Quadro 5.

Quando 5. Pontos de corte de IMC utilizado para o diagnóstico nutricional.

Valores críticos	Diagnóstico nutricional
≤18,5kg/m^2	Baixo peso
>18,5 e <25kg/m^2	Eutrofia
≥25 e <30kg/m^2	Sobrepeso
≥30 e ≤34,9 kg/m^2	Obesidade grau I
≥35 e ≤39,9 kg/m^2	Obesidade grau II
≥40 kg/m^2	Obesidade grau III

Fonte: Brasil, 2011.

Para avaliar o ganho de peso gestacional, utilizou-se a recomendação do Ministério da Saúde que considera o estado nutricional inicial, ou seja, antes da gestação: recomenda-se que uma mulher com estado nutricional inicial de *baixo peso* deve ganhar de 12,5 a 18,0 Kg; *eutrófica* deve ganhar de 11,5 a 16,0 Kg; com *sobrepeso* de 7,0 a 11,5 Kg; e com *obesidade* até 7,0 Kg (Brasil, 2005).

5.8 Avaliação da percepção materna do estado nutricional do filho

A percepção materna foi avaliada por meio de uma escala de descritores verbais do estado nutricional e por meio de uma escala de silhuetas da imagem corporal.

A escala de descritores verbais utilizou as seguintes expressões: “muito magro”, “magro”, “peso adequado”, “gordo” (incluiu crianças com diagnóstico de risco de sobrepeso e sobrepeso) e “muito gordo”. A correspondência entre os descritores verbais e o real estado nutricional da criança encontra-se na primeira e segunda coluna do Quadro 6. Solicitou-se à mãe referir o descritor que melhor representava o estado nutricional do filho.

O real estado nutricional da criança (IMC-para-idade) foi comparado ao descritor verbal referido pela mãe. Dessa comparação, categorizou-se a percepção materna em: *reconhece* (quando a mãe referia descritor verbal correspondente ao IMC-para-idade), *não reconhece e subestima* (quando a mãe referia descritor verbal inferior ao IMC-para-idade) e, *não reconhece e superestima* (quando a mãe referia descritor verbal superior ao IMC-para-idade) (Quadro 6).

Quadro 6. Percepção materna categorizada segundo real Estado Nutricional (EN) do filho e descritores verbais. Itupeva-São Paulo, 2013.

Real EN (IMC-para-idade)	**Descritor verbal correspondente**	**Percepção materna categorizada e descritores verbais referidos**		
		Reconhece	*Não reconhece e subestima*	*Não reconhece e superestima*
Percentil<0,1 (Magreza acentuada)	Muito magro	Muito magro	-	Magro, Peso adequado, Gordo, ou Muito gordo
Percentil≥0,1 e <3 (Magreza)	Magro	Magro	Muito magro	Peso adequado, Gordo ou Muito gordo
Percentil≥3 e ≤85 (Peso adequado)	Peso adequado	Peso adequado	Magro ou Muito magro	Gordo ou Muito gordo
Percentil>85 e ≤99,9 (Risco de sobrepeso e Sobrepeso)	Gordo	Gordo	Peso adequado, Magro ou Muito magro,	Muito gordo
Percentil>99,9 (Obesidade)	Muito gordo	Muito gordo	Gordo, Peso adequado, Magro ou Muito magro	-

A escala de silhuetas da imagem corporal adotada foi desenvolvida para crianças maiores de um ano de idade por um grupo de pesquisadores estadunidenses da Universidade de Maryland e validada em 2010 (Hager et al., 2010). A escala é composta por silhuetas de imagem corporal classificadas de um a sete. Os números representam os estados nutricionais magro (silhueta 1), peso adequado (silhuetas 2, 3, 4 e 5) e excesso de peso (silhuetas 6 e 7) (Figura 2). Para este estudo, considerou-se a silhueta 5 como correspondente a risco de sobrepeso.

No questionário aplicado para mães de crianças maiores de um ano de idade, utilizaram-se as mesmas questões de Hager et al. (2012), que solicitava às mães indicar: “qual figura se assemelha com a imagem corporal de seu filho” e “qual figura gostaria que seu filho parecesse”, para avaliar a imagem corporal considerada ideal pela mãe.

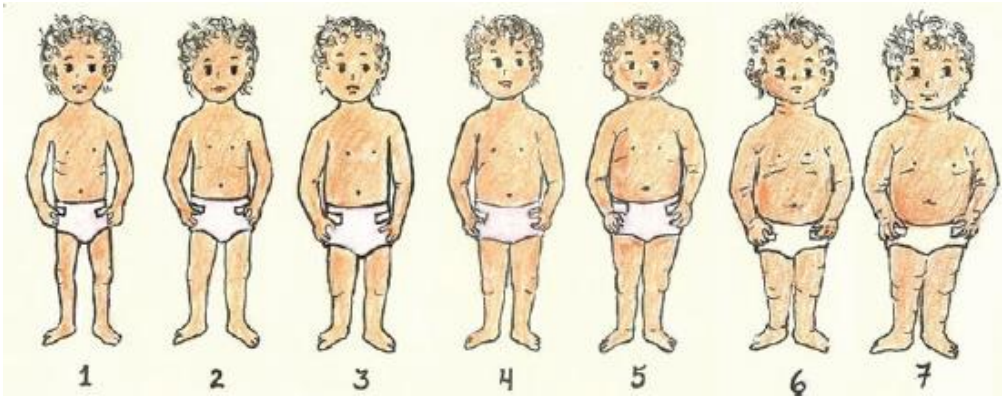


Figura 2. Escala de silhuetas da imagem corporal utilizada no estudo.

Para comparar e categorizar a percepção materna na escala de silhuetas da imagem corporal com o real estado nutricional do filho, adotou-se a correspondência que se encontra na primeira e segunda coluna do Quadro 7. A percepção materna foi categorizada em: *reconhece* (mãe escolheu a imagem corporal correspondente ao estado nutricional ou uma imagem mais magra ou mais gorda do real estado nutricional do filho); *não reconhece e subestima* (mãe não reconhece o peso do filho e indica ao menos duas imagens corporais mais magras que o real estado nutricional do filho); e *não reconhece e superestima* (mãe não reconhece o peso do filho e indica ao menos duas imagens corporais mais gordas que o real estado nutricional do filho) (Quadro 7).

Quadro 7. Percepção materna categorizada segundo real Estado Nutricional (EN) do filho e silhuetas da imagem corporal. Itupeva-São Paulo, 2013.

EN IMC-para-idade	**Silhueta correspondente**	**Percepção materna categorizada e silhuetas da imagem corporal indicada**		
		Reconhece	*Não reconhece e subestima*	*Não reconhece e superestima*
Percentil<3 (Magreza acentuada e Magreza)	1	1 ou 2	-	3, 4, 5, 6 ou 7
Percentil≥3 e <15,9 (Peso adequado)	2	1, 2 ou 3	-	4, 5, 6 ou 7
Percentil≥15,9 e <50 (Peso adequado)	3	2, 3 ou 4	1	5, 6 ou 7
Percentil≥50 e ≤85 (Peso adequado)	4	3, 4 ou 5	2 ou 1	6 ou 7
Percentil>85 e ≤97 (Risco de sobrepeso)	5	4, 5 ou 6	3, 2 ou 1	7
Percentil>97 e ≤99,9 (Sobrepeso)	6	5, 6 ou 7	4, 3, 2 ou 1	-
Percentil>99,9 (Obesidade)	7	6 ou 7	5, 4, 3, 2 ou 1	-

Para avaliar a satisfação da mãe com a imagem corporal do filho, comparou-se a da imagem corporal indicada pela mãe como aquela correspondente ao real estado nutricional do filho com mais de um ano de idade (n=135), com a que ela gostaria que o

filho tivesse (ideal), obtida com a questão “qual figura gostaria que seu filho parecesse”. Considerou-se satisfeitas, as mães que escolheram como ideal, a mesma silhueta indicada na percepção do estado nutricional do filho; como insatisfeita, aquela que *queria o filho mais magro* (escolheu silhueta inferior na percepção ideal) e aquela que *queria o filho mais gordo* (escolheu silhueta superior na percepção ideal) (Quadro 8).

Quadro 8. Percepção materna ideal categorizada segundo percepção materna do real estado nutricional do filho (silhueta indicada). Itupeva-São Paulo, 2013.

Percepção materna do real estado nutricional do filho (Silhueta indicada)	**Percepção materna ideal e Silhuetas indicadas**		
	Satisfeita com a imagem corporal	Insatisfeita: Queria o filho mais magro	Insatisfeita: Queria o filho mais Gordo
Silhueta 1	1	-	7, 6, 5, 4, 3 ou 2
Silhueta 2	2	1	7, 6, 5, 4 ou 3
Silhueta 3	3	2 ou 1	7, 6, 5 ou 4
Silhueta 4	4	3, 2 ou 1	7, 6 ou 5
Silhueta 5	5	4, 3, 2 ou 1	7 ou 6
Silhueta 6	6	5, 4, 3, 2 ou 1	7
Silhueta 7	7	6, 5, 4, 3, 2 ou 1	-

5.9 Variáveis do estudo

O presente estudo apresenta três variáveis dependentes: percepção materna pela *escala de descritores verbais*, percepção materna pela *escala de silhuetas da imagem corporal*, e satisfação das mães com a imagem corporal do filho.

Para análise, as variáveis independentes foram categorizadas em infantis, maternas e familiares (Quadro 9).

Quadro 9. Descrição das variáveis independentes.

Variáveis	**Descrição**	**Escala**
Infantis		
Idade	Idade	Meses completos (<6; 6 ⊢12; 12 ⊢24; ≥24)
Sexo	Sexo da criança	Masculino/Feminino
Peso ao nascer	Peso ao nascer	<2500g e ≥2500g
Frequenta creche	Se a criança frequenta creche	Sim/Não
Onde a criança fica	Local que a criança permanece a maior parte do tempo	Casa dos pais, outras casas
Quem cuida da criança em casa	Quem presta os cuidados à criança a maior parte do tempo	Mãe, pai, avós, outros familiares
Acompanhamento de puericultura	Se a criança faz acompanhamento de puericultura em serviço de saúde	Sim/Não
Profissional comenta sobre estado nutricional	Se o profissional de saúde comenta sobre o estado nutricional durante consulta em serviço de saúde	Sim/Não
Real estado nutricional	IMC-para-idade	Baixo peso; Peso adequado; Risco de sobrepeso; Excesso de peso

(continua)

(continuação)

Maternas		
Idade	Idade da mãe	Anos completos (<20; 20 ├25; ≥25)
Escolaridade	Anos de estudos	Anos completos (≤8; >8)
Trabalha fora do lar	Se a mãe trabalha fora do lar	Sim/Não
Número de filhos	Quantidade de filhos que a mãe possui	Número de filhos (1; 2; ≥3)
Realizou pré-natal	Se a mãe realizou pré-natal	Sim/Não
Consultas de pré-natal	Quantidade de consultas de pré-natal realizadas	Número de consulta (<6; ≥6)
Ganho de peso na gestação	Qual foi o ganho de peso durante a gestação	Quilogramas (<7; 7 ├12; 12 ├18; ≥18)
Estado nutricional	IMC	Baixo peso; Peso adequado; Sobrepeso; Obesidade
Familiares		
Chefe da família	Parentesco do chefe da família com a criança	Pai, mãe outros familiares
Idade do chefe	Idade do chefe	Anos completos (<20; 20 ├25; 25 ├3; 30 ├35; ≥35)
Escolaridade do chefe	Anos de estudo	Anos completos (≤8; >8)
Renda familiar *per capita*	Qual a renda familiar *per capita*	Salários mínimos

5.10 Análise dos dados

Os instrumentos foram revisados e codificados pelos pesquisadores do grupo de pesquisa para posterior digitação. Foi realizada dupla digitação independente com o uso do software Epi-Info versão 3.5.1, que realizou o confronto desses dois bancos, com o objetivo de encontrar possíveis discordâncias, as quais foram solucionadas com a localização do instrumento e verificação do valor correto. Além desse software, foi utilizado o programa Anthro versão 3.2.2, desenvolvido pela OMS para monitoramento do crescimento e desenvolvimento de indivíduos e populações de crianças até cinco anos de idade. As demais análises estatísticas foram processadas no STATA (Statistics/Data Analysis) versão 13.1.

Os resultados foram descritos por meio de proporções e médias. O teste de diferença entre duas proporções (qui-quadrado) foi aplicado para verificar diferenças entre a percepção materna (na escala de descritores verbais e na escala de silhuetas da imagem corporal) com o real estado nutricional do filho e, entre a percepção da imagem corporal do real estado nutricional do filho com a percepção materna ideal da imagem corporal.

A variável dependente no modelo de regressão logística foi a percepção materna do estado nutricional do filho (não reconhece/reconhece). As variáveis independentes foram as infantis, maternas e familiares.

Foram submetidas à regressão logística múltipla apenas as variáveis que apresentaram associação ($p<0,20$) com a percepção materna do estado nutricional do filho na análise univariada. A entrada de cada variável no modelo obedeceu à ordem de significância estatística, ou seja, aquelas com menor valor de p foram alocadas primeiramente. O nível de significância dos testes foi de 5%.

Para as análises univariadas e de regressão logística múltipla o "risco de sobrepeso" integrou a categoria "excesso de peso", de forma que nessas análises o real estado nutricional foi apresentado em três categorias: "baixo peso", "peso adequado" e "excesso de peso".

5.11 Financiamento

O projeto mais amplo foi contemplado com auxílio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que também concedeu uma bolsa de mestrado e uma bolsa de iniciação científica.

5.12 Considerações éticas

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, bem como para as demais instâncias necessárias, conforme determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a ética em pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil (Anexo 1), além disso, a Diretoria de Saúde do município de Itupeva autorizou o estudo. Será assegurado, a liberdade de participação, de recusa e o direito de o sujeito se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe cause prejuízos, ou quaisquer constrangimentos. Ao iniciar a entrevista foi solicitada a anuência formal das mães com a assinatura Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

No término da entrevista, os resultados foram fornecidos em fichas de resultados/encaminhamentos para serem verificados pelos profissionais de saúde da UBS do município (Apêndice 3).

6.RESULTADOS

6.1 Percepção materna avaliada pela escala de descritores verbais

6.1.1 Características infantis, maternas e familiares

No que se refere às características infantis, verifica-se na Tabela 1 que a maioria das crianças tinha menos de um ano (59,1%), era do sexo masculino (55,0%), nasceu com mais de 2500g (88,0%) e era cuidada pela mãe (81,6%). Apenas 12,6% frequentava creche.

Tabela 1. Distribuição das crianças estudadas segundo características gerais, assistenciais e real estado nutricional. Itupeva - São Paulo, 2013.

Variáveis	**n**	**%**
Idade (meses)		
<6	122	35,7
6 ├12	80	23,4
12 ├24	88	25,7
≥24	52	15,2
Média (DP)	12,01 (9,6)	
Sexo		
Masculino	188	55,0
Feminino	154	45,0
Peso ao nascer (gramas)		
<2500	41	12,0
≥2500	301	88,0
Frequenta creche[a]		
Sim	43	12,6
Não	298	87,4
Onde a criança fica, se não frequenta creche ou frequenta parcialmente[a]		
Casa dos pais	269	91,0
Outras casas	27	9,0
Quem cuida da criança em casa[a]		
Mãe	266	83,6
Pai	7	2,2
Avós	33	10,4
Outros cuidadores	12	3,8
Acompanhamento de puericultura em serviço de saúde[a]		
Sim	298	91,7
Não	27	8,3
Profissional comenta sobre estado nutricional durante consulta de puericultura[a]		
Sim	272	89,5
Não	32	10,5
Real estado nutricional		
BAIXO PESO	17	**5,0**
Magreza acentuada	4	1,2
Magreza	13	3,8
PESO ADEQUADO	226	**66,1**
Peso adequado	226	66,1
EXCESSO DE PESO	99	**28,9**
Risco de sobrepeso	72	21,0
Sobrepeso	18	5,3
Obesidade	9	2,6

[a]Não foram obtidas informações para a totalidade da amostra.

Mais de um quarto das crianças apresentava excesso de peso (28,9%), com maior proporção de risco de sobrepeso (21,0%), enquanto o baixo peso afetava 5,0% das crianças (Tabela 1). Apenas metade portavam a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) e só um terço das CSC tinham registro de medidas antropométricas, com gráficos preenchidos em menos de 10% (dados não apresentados em Tabela).

A Tabela 2 apresenta as características maternas.

Tabela 2. Distribuição das mães segundo características gerais e estado nutricional. Itupeva - São Paulo, 2013.

Variáveis	**n**	**%**
Idade (anos)[a]		
<20	41	12,5
20 ├25	88	26,7
25 ├30	85	25,8
30 ├35	73	22,2
≥35	42	12,8
Média (DP)		27,0 (6,7)
Escolaridade (anos de estudo)[a]		
≤8	115	33,9
>8	224	66,1
Média (DP)		10,0 (3,2)
Trabalha fora do lar[a]		
Sim	133	32,1
Não	207	60,9
Número de filhos		
1	144	42,1
2	103	30,1
≥3	95	27,8
Média (DP)		2,0 (1,2)
Realizou pré-natal		
Sim	341	99,7
Não	1	0,3
Consultas de pré-natal (número)[a]		
<6	31	9,2
≥6	307	90,8
Ganho de peso na gestação (quilogramas)[a]		
<7	52	15,7
7 ├12	121	36,4
12 ├18	90	27,1
≥18	69	20,8
Média (DP)		12,3 (6,0)
Estado nutricional[a]		
BAIXO PESO	9	**2,7**
Baixo peso	9	2,7
PESO ADEQUADO	146	**43,2**
Eutrofia	146	43,2
EXCESSO DE PESO	183	**54,1**
Sobrepeso	103	30,5
Obesidade grau I	58	17,2
Obesidade grau II	16	4,7
Obesidade grau III	6	1,8

[a]Não foram obtidas informações para a totalidade da amostra.

Constata-se que a maioria das mães tinha 20 a 30 anos de idade (52,5%), mais de oito anos de estudo (66,1%), não trabalhava fora do lar (60,9%) e quase metade possuía um filho (42,1%). Em relação à assistência pré-natal da criança avaliada, praticamente a totalidade das mães realizou pré-natal com seis ou mais consultas (90,8%). A despeito do estado nutricional materno no início da gestação, 20,8% ganharam mais de 18Kg durante a gestação. A avaliação do estado nutricional das mães no momento da entrevista mostrou que mais da metade apresentava excesso de peso (54,1%), com maior proporção de sobrepeso (30,5%), mas com 23,6% já obesas (Tabela 2).

A maioria das famílias era chefiada pelo pai (72,4%), que tinha idade média de 33,6 anos e mais de oito anos de estudo (53,9%). Observou-se que a média da renda familiar *per capita* era inferior a um salário mínimo (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição das características familiares das crianças estudadas. Itupeva - São Paulo, 2013.

Variáveis[a]	**n**	**%**
Chefe da família		
Pai	246	72,4
Mãe	50	14,7
Outros familiares	44	12,9
Idade do chefe (anos)		
<20	5	1,5
20 ├25	57	17,2
25 ├30	71	21,5
30 ├35	78	23,6
≥35	120	36,2
Média (DP)	33,6 (10,5)	
Escolaridade do chefe (anos de estudo)		
≤8	153	46,1
>8	179	53,9
Média (DP)	9,3 (3,7)	
Rendimento familiar *per capita* (salários mínimos[b])		
<0,5	101	34,7
0,5 ├1,0	123	42,3
≥1,0	67	23,0
Média (DP)	0,8 (0,6)	

[a]Não foram obtidas informações para a totalidade da amostra.
[b]O valor do salário mínimo no momento do estudo era de R$ 678,00.

6.1.2 Percepção materna do estado nutricional do filho

Constatou-se que mais de dois terços das mães (69,6%) referiram o descritor verbal “peso adequado” para definir o estado nutricional do filho, com proporções bastante inferiores e idênticas de descritores verbais referentes a magreza (15,2%) e gordura (15,2%) (Tabela 4).

Tabela 4. Comparação da percepção materna do estado nutricional (avaliada com escala de descritores verbais) com o real estado nutricional do filho. Itupeva - São Paulo, 2013.

Percepção materna[a]	***Real estado nutricional do filho***						**Total**
	Magreza acentuada	Magreza	Eutrofia	Risco de sobrepeso	Sobrepeso	Obesidade	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Muito magro	-	1 (7,8)	4 (1,8)	-	-	-	5 (1,5)
Magro	-	6 (46,1)	33 (14,6)	7 (9,7)	1 (5,6)	-	47 (13,7)
Peso adequado	4 (100,0)	6 (46,1)	163 (72,1)	49 (68,1)	13 (72,2)	3 (33,3)	238 (69,6)
Gordo	-	-	24 (10,6)	16 (22,2)	4 (22,2)	6 (66,7)	50 (14,6)
Muito gordo	-	-	2 (0,9)	-	-	-	2 (0,6)
Total	4 (100,0)	13 (100,0)	226 (100,0)	72 (100,0)	18 (100,0)	9 (100,0)	342 (100,0)

A percepção materna categorizada em reconhece/não reconhece manteve-se associada ao real estado nutricional do filho e observou-se que quase metade não reconheceu o peso dos filhos (44,7%), subestimando (34,2%) ou superestimando (10,5%) (Tabela 5). Destaca-se que entre as que não reconheceram (n=153), três quartos (76,5%; n=117) referiram um descritor verbal inferior ao real estado nutricional infantil, ou seja, subestimaram o peso da criança com maior percentual de não reconhecimento de crianças com excesso de peso (85,2%) e risco de sobrepeso (77,8%). Mães de filhos com excesso de peso ou risco de sobrepeso referiram um descritor verbal inferior ao real estado nutricional, subestimando o peso, porém nas crianças com baixo peso, a mãe tendeu a superestimar o peso do filho (58,8%) (Tabela 5).

Tabela 5. Comparação da percepção materna categorizada em reconhece/não reconhece o estado nutricional (subestima ou superestima) com o real estado nutricional do filho. Itupeva - São Paulo, 2013.

Percepção materna[a]	***Real estado nutricional do filho***				**Total**
	Baixo peso[b]	Peso adequado	Risco de sobrepeso	Excesso de peso[c]	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Não reconhece: subestima	1 (5,9)	37 (16,4)	56 (77,8)	23 (85,2)	117 (34,2)
Reconhece	6 (35,3)	163 (72,1)	16 (22,2)	4 (14,8)	189 (55,3)
Não reconhece: superestima	10 (58,8)	26 (11,5)	-	-	36 (10,5)
Total	17 (100,0)	226 (100,0)	72 (100,0)	27 (100,0)	342 (100,0)

[a]Teste de qui quadrado: p<0,01.
[b]Magreza acentuada e magreza.
[c]Sobrepeso e obesidade.

A Figura 3 que apresenta a comparação da percepção materna com o real estado nutricional do filho mostra que grande parte das mães de crianças com excesso de peso

(risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade) não reconheceu o estado nutricional do filho (79,8%), seguido pelas mães de crianças com baixo peso (64,7%) (Figura 3).

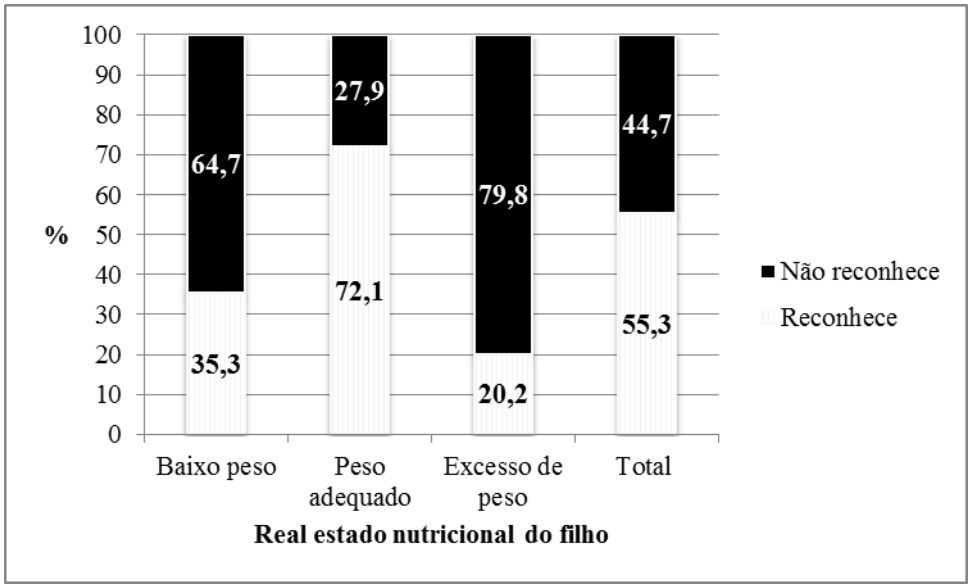


Figura3. Comparação da percepção materna do estado nutricional, categorizada em reconhece/não reconhece, com o real estado nutricional do filho. Itupeva - São Paulo, 2013.

6.1.3 Variáveis associadas ao não reconhecimento materno do real estado nutricional do filho

Análise bruta da percepção materna categorizada em reconhece/não reconhece o real estado nutricional do filho mostrou como variáveis associadas (p<0,20): idade, sexo, peso ao nascer, frequência à creche e real estado nutricional da criança (Tabela 6). O percentual de não reconhecimento do real estado nutricional do filho foi bem menor entre mães de crianças no primeiro ano de vida (36,1%).

Tabela 6. Análise bruta da percepção materna categorizada em reconhece/não reconhece o real estado nutricional do filho segundo características infantis, maternas e familiares. Itupeva-São Paulo, 2013.

Variáveis	**Percepção materna**		**OR**	**IC 95%**	**p (χ^2)**
	Reconhece	Não reconhece[a]	**bruta**		
	n (%)	n (%)			
Infantis					
Idade (meses)					**0,001**
<12	129 (63,9)	73 (36,1)	1,0	-	
12 ├24	37 (42,0)	51 (58,0)	2,4	1,5-4,1	
≥24	23 (44,2)	29 (55,8)	2,2	1,2-4,1	
Sexo					**0,046**
Masculino	113 (60,1)	75 (39,9)	1,0	-	
Feminino	76 (49,3)	78 (50,7)	1,5	1,0-2,4	

(continua)

(continuação)

Variáveis	Percepção materna: Reconhece n(%)	Percepção materna: Não reconhece[b] n(%)	OR bruta	IC 95%	p (χ^2)
Peso ao nascer (gramas)					**0,120**
<2500	18 (43,9)	23 (56,1)	1,0	-	
≥2500	171 (56,8)	130 (43,2)	0,6	0,3-1,1	
Frequenta creche[b]					**0,062**
Não	170 (57,1)	128 (42,9)	1,0	-	
Sim	18 (41,9)	25 (58,1)	1,8	1,0-3,5	
Onde a criança fica[b]					0,327
Outras casas	13 (48,2)	14 (51,8)	1,0	-	
Casa dos pais	156 (58,0)	113 (42,0)	0,7	0,3-1,5	
Quem cuida da criança[b]					0,266
Outros cuidadores	23 (63,9)	13 (36,1)	1,0	-	
Mãe	144 (54,1)	122 (45,9)	1,5	0,7-3,1	
Acompanhamento de puericultura[b]					0,492
Não	13 (48,2)	14 (51,8)	1,0	-	
Sim	164 (55,0)	134 (45,0)	1,1	0,3-1,7	
Profissional de saúde comenta o estado nutricional da criança[b]					0,340
Não	20 (62,5)	12 (37,5)	1,0	-	
Sim	146 (53,7)	126 (46,3)	1,4	0,7-3,0	
Real estado nutricional					**0,000**
Peso adequado	163 (72,1)	63 (27,9)	1,0	-	
Baixo peso[c]	6 (35,3)	11 (64,7)	4,7	1,7-13,4	
Excesso de peso[d]	20 (20,2)	79 (79,8)	10,2	5,8-18,1	
Maternas					
Idade (anos)[b]					0,734
<20	21 (51,2)	20 (48,8)	1,0	-	
20 ├25	51 (57,9)	37 (42,1)	0,8	0,4-1,6	
≥25	108 (54,0)	92 (46,0)	0,9	0,5-1,7	
Escolaridade (anos de estudo)[b]					0,835
≤8	64 (55,6)	51 (44,4)	1,0	-	
>8	122 (54,5)	102 (45,5)	1,0	0,7-1,6	
Trabalha fora do lar[b]					0,354
Não	118 (57,0)	89 (43,0)	1,0	-	
Sim	69 (51,9)	64 (48,1)	1,2	0,8-1,9	
Número de filhos					0,551
1	82 (56,9)	62 (43,1)	1,0	-	
2	59 (57,3)	44 (42,7)	1,0	0,6-1,6	
≥3	48 (50,5)	47 (49,5)	1,3	0,8-2,2	
Consultas de pré-natal (número)[b]					0,960
<6	17 (54,8)	14 (45,2)	1,0	-	
≥6	172 (55,3)	139 (44,7)	1,0	0,5-2,1	
Ganho de peso na gestação (quilogramas)[b]					0,417
7-18	115 (54,5)	96 (45,5)	1,0	-	
<7	33 (63,5)	19 (36,5)	0,7	0,4-1,3	
>18	36 (52,2)	33 (47,8)	1,1	0,6-1,9	
Estado nutricional[b]					0,493
Eutrofia	84 (57,5)	62 (42,5)	1,0	-	
Baixo do peso	5 (55,6)	4 (44,4)	1,1	0,3-4,2	
Sobrepeso	59 (57,3)	44 (42,7)	1,0	0,6-1,7	
Obesidade	38 (47,5)	42 (52,5)	1,5	0,9-2,6	

(continua)

(continuação)

Variáveis	Percepção materna		OR bruta	IC 95%	p (χ^2)
	Reconhece	Não reconhece[b]			
	n(%)	n(%)			
Familiares					
Chefe da família[b]					0,511
Outros	49 (52,1)	45 (47,9)	1,0	-	
Pai	138 (56,1)	108 (43,9)	0,8	0,5-1,4	
Idade do chefe (anos)[b]					0,954
<20	3 (60,0)	2 (40,0)	1,0	-	
20 ├25	32 (56,1)	25 (43,9)	1,2	0,2-7,6	
≥25	147 (54,6)	122 (45,4)	1,2	0,2-7,6	
Escolaridade do chefe (anos de estudo)[b]					0,712
≤8	86 (56,2)	67 (43,8)	1,0	-	
>8	97 (54,2)	82 (45,8)	1,1	0,7-1,7	
Rendimento familiar *per capita* (salários mínimos[e])[b]					0,248
<0,5	65 (64,4)	36 (35,6)	1,0	-	
0,5 ├1,0	69 (56,1)	54 (43,9)	1,4	0,8-2,4	
≥1,0	35 (52,2)	32 (47,8)	1,6	0,9-3,1	

[a]Não reconhece=subestima ou superestima.
[b]Não foram obtidas informações para a totalidade da amostra.
[c]Magreza acentuada e magreza.
[d]Risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade.
[e]O valor do salário mínimo no momento do estudo era de R$ 678,00.

O real estado nutricional, a idade e o sexo da criança mantiveram associação significativa com o desfecho (mãe não reconhece o real estado nutricional do filho) no modelo final de regressão logística múltipla, o qual foi ajustado para o nível de escolaridade da mãe. Tanto mães de crianças com baixo peso quanto de crianças com excesso de peso apresentaram maior chance de não reconhecer o real estado nutricional do filho em relação às mães de crianças com peso adequado, com destaque para as mães de criança com excesso de peso. Mães de crianças com mais idade apresentaram maior chance de não reconhecer o peso do filho em relação às mães de crianças no primeiro ano de vida. Em relação ao sexo da criança, a chance de mães de meninas não reconhecerem o real estado nutricional da filha foi maior comparadas às mães de meninos (Tabela 7).

Tabela 7. Modelo final da regressão logística múltipla para o não reconhecimento materno do real estado nutricional do filho. Itupeva - São Paulo, 2013.

Modelo[a]	**OR** $_{bruta}$	**OR** $_{ajustada}$	**IC 95% (OR$_a$)**	**p(χ^2)**
Real estado nutricional da criança				
Peso adequado	1,0	1,0	-	-
Baixo peso[b]	4,7	5,8	2,0-16,9	0,001
Excesso de peso[c]	10,2	11,1	6,0-20,2	0,000
Idade da criança (meses)				
<12	1,0	1,0	-	-
12 ├24	2,4	2,5	1,4-4,7	0,003
≥24	2,2	3,1	1,5-6,3	0,001
Sexo da criança				
Masculino	1,0	1,0	-	-
Feminino	1,5	1,7	1,0-2,8	0,044

[a]Ajustado para nível de escolaridade da mãe.
[b]Magreza acentuada e magreza.
[c]Risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade.
Teste de Hosmer e Lemeshow: p=0,331.

6.2 Percepção materna avaliada pela escala de silhuetas da imagem corporal

6.2.1 Características infantis, maternas e familiares

Considerando que se utilizou uma escala de silhuetas da imagem corporal validada para crianças de um a três anos de idade, a mesma foi aplicada somente para 135 crianças maiores de um ano de idade. Assim, apresenta-se nas Tabela 8, 9 e 10, características infantis, maternas e familiares desse grupo etário.

No que se refere às características infantis, verifica-se na Tabela 8 que a maioria tinha de 12 a 24 meses (61,5%), era do sexo masculino (53,3%), nasceu com mais de 2500g (80,7%) e era cuidada pela mãe (81,5%). Um quinto frequentava creche e a grande maioria era acompanhada em puericultura e as mães referiram orientação sobre o estado nutricional dos filhos pelos profissionais de saúde. A avaliação do estado nutricional das crianças apontou que um terço apresentava excesso de peso (33,4%), com maior proporção de risco de sobrepeso (23,7%), enquanto baixo peso afetava 2,9% das crianças.

Tabela 8. Distribuição das crianças avaliadas pela escala de silhuetas da imagem corporal segundo características gerais, assistenciais e real estado nutricional (n=135). Itupeva - São Paulo, 2013.

Variáveis	**n**	**%**
Idade (meses)		
<24	83	61,5
≥24	52	38,5
Média (DP)	22,0 (6,8)	
Sexo		
Masculino	72	53,3
Feminino	63	46,7
Peso ao nascer (gramas)		
<2500	26	19,3
≥2500	109	80,7
Frequenta creche[a]		
Sim	27	20,0
Não	108	80,0
Onde a criança fica, se não frequenta creche ou frequenta parcialmente[a]		
Casa dos pais	94	87,8
Outras casas	13	12,2
Quem cuida da criança, quando não frequenta creche ou frequenta parcialmente[a]		
Mãe	101	81,5
Pai	3	2,4
Avós	15	12,1
Outros cuidadores	5	4,0
Acompanhamento de puericultura em serviço de saúde		
Sim	116	85,9
Não	19	14,1
Profissional comenta sobre estado nutricional durante consulta de puericultura[a]		
Sim	110	85,9
Não	18	14,1
Real estado nutricional		
BAIXO PESO	4	**2,9**
Magreza acentuada	1	0,7
Magreza	3	2,2
PESO ADEQUADO	86	**63,7**
Eutrofia	86	63,7
EXCESSO DE PESO	45	**33,4**
Risco de sobrepeso	32	23,7
Sobrepeso	7	5,2
Obesidade	6	4,5

[a]Não foram obtidas informações para a totalidade da amostra.

Constata-se que a maioria das mães tinha menos de 30 anos de idade (57,7%), mais de oito anos de estudo (66,9%), não trabalhava fora do lar (60,9%) e quase metade possuía um filho (40,0%). Em relação à assistência pré-natal da criança avaliada, a totalidade realizou pré-natal com seis ou mais consultas (91,1%). A despeito do estado nutricional materno no início da gestação, 25,6% ganharam mais de 18Kg durante a gestação. Avaliação do estado nutricional das mães durante a entrevista mostrou que mais da metade apresentava excesso de peso (52,6%), com igual proporção de sobrepeso e obesidade (26,3%) (Tabela 9).

Tabela 9. Distribuição das mães das crianças avaliadas pela escala de silhuetas da imagem corporal segundo características gerais e estado nutricional (n=135). Itupeva - São Paulo, 2013.

Variáveis	**n**	**%**
Idade (anos)[a]		
<20	14	10,8
20 ├25	33	25,4
25 ├30	28	21,5
30 ├35	31	23,8
≥35	24	18,5
Média (DP)	28,2 (9,2)	
Escolaridade (anos de estudo)		
≤8	44	33,1
>8	89	66,9
Média (DP)	9,8 (3,4)	
Trabalha fora do lar		
Sim	52	39,1
Não	81	60,9
Número de filhos		
1	54	40,0
2	39	28,9
≥3	42	31,
Média (DP)	2,1 (1,2)	
Realizou pré-natal		
Sim	135	100,0
Não	-	-
Consultas de pré-natal (número)		
<6	12	8,9
≥6	123	91,1
Ganho de peso na gestação (quilogramas)[a]		
<7	18	13,9
7 ├12	48	37,2
12 ├18	30	23,3
≥18	33	25,3
Média (DP)	12,7 (6,5)	
Estado nutricional[a]		
BAIXO PESO	4	**3,0**
Baixo peso	4	3,0
PESO ADEQUADO	59	**44,4**
Eutrofia	59	44,4
EXCESSO DE PESO	70	**52,6**
Sobrepeso	35	26,3
Obesidade grau I	27	20,3
Obesidade grau II	7	5,3
Obesidade grau III	1	0,7

[a]Não foram obtidas informações para a totalidade da amostra.

A maioria das famílias era chefiada pelo pai (70,7%), que tinha idade média de 33,5 anos e metade deles tinha oito anos de estudo ou menos. A média da renda familiar *per capita* era inferior a um salário mínimo (Tabela 10).

Tabela 10. Distribuição das características familiares das crianças avaliadas pela escala de silhuetas da imagem corporal (n=135). Itupeva - São Paulo, 2013.

Variáveis[a]	**n**	**%**
Chefe da família		
Pai	94	70,7
Mãe	28	21,0
Outros familiares	11	8,3
Idade do chefe (anos)		
<20	3	2,3
20 ├25	20	15,3
25 ├30	24	18,3
30 ├35	37	28,2
≥35	47	35,9
Média (DP)	33,5 (10,0)	
Escolaridade do chefe (anos de estudo)		
≤8	66	50,4
>8	65	49,6
Média (DP)	9,0 (3,8)	
Rendimento familiar *per capita* (salários mínimos[b])		
<0,5	34	31,2
0,5 ├1,0	49	45,0
≥1,0	26	23,8
Média (DP)	0,8 (0,6)	

[a]Não foram obtidas informações para a totalidade da amostra.
[b]O valor do salário mínimo no momento do estudo era de R$ 678,00.

6.2.2 Percepção materna do estado nutricional do filho

Constatou-se que a maioria das mães (80,1%) considera o filho com "peso adequado" (silhuetas 2, 3 e 4), com menor proporção de mães a indicar "baixo peso" (silhueta 1) ou "excesso de peso" (silhuetas 5, 6 ou 7) (Tabela 11).

Tabela 11. Comparação da percepção materna (silhuetas da imagem corporal) do estado nutricional do filho com o real estado nutricional infantil. Itupeva - São Paulo, 2013.

Percepção materna	***Real estado nutricional do filho***						**Total**
	Magreza acentuada	Magreza	Eutrofia	Risco de sobrepeso	Sobrepeso	Obesidade	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Silhueta 1: baixo peso	-	1 (33,3)	4 (4,6)	-	-	-	5 (3,7)
Silhueta 2: peso adequado	-	2 (66,7)	28 (32,6)	4 (12,5)	1 (14,2)	1 (16,7)	36 (26,7)
Silhueta 3: peso adequado	1 (100,0)	-	28 (32,6)	13 (40,7)	3 (42,9)	1 (16,7)	46 (34,1)
Silhueta 4: peso adequado	-	-	14 (16,2)	11 (34,4)	-	1 (16,7)	26 (19,3)
Silhueta 5: risco de sobrepeso	-	-	10 (11,6)	2 (6,2)	3 (42,9)	1 (16,7)	16 (11,8)
Silhueta 6: sobrepeso	-	-	1 (1,2)	2 (6,2)	-	2 (33,2)	5 (3,7)
Silhueta 7: obesidade	-	-	1 (1,2)	-	-	-	1 (0,7)
Total	1 (100,0)	3 (100,0)	86 (100,0)	32 (100,0)	7 (100,0)	6 (100,0)	135 (100,0)

A comparação da percepção materna da imagem corporal com o real estado nutricional do filho apontou que 34,8% das mães não reconheceram o peso dos filhos, subestimando (31,8%) ou superestimando (3,0%). Dentre as que não reconheceram (n=47), sobressaiu o elevado percentual de mães (91,5%, n=43) que referiu uma imagem corporal mais magra, ou seja, que subestimou o estado nutricional do filho (Tabela 12).

Tabela 12. Comparação da percepção materna (silhuetas da imagem corporal) categorizada em reconhece/não reconhece (subestima ou superestima) o estado nutricional com o real estado nutricional do filho. Itupeva - São Paulo, 2013.

Percepção materna[a]	***Real estado nutricional do filho***				**Total**
	Baixo peso[b]	Peso adequado	Risco de sobrepeso	Excesso de peso[c]	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Não reconhece: subestima	-	18 (20,9)	17 (53,1)	8 (61,5)	43 (31,8)
Reconhece	3 (75,0)	65 (75,6)	15 (46,9)	5 (38,5)	88 (65,2)
Não reconhece: superestima	1 (25,0)	3 (3,5)	-	-	4 (3,0)
Total	4 (100,0)	86 (100,0)	32 (100,0)	13 (100,0)	135 (100,0)

[a]Teste de qui quadrado: p<0,01.
[b]Magreza acentuada e magreza.
[c]Sobrepeso e obesidade.

Verificou-se associação significativa entre a percepção materna com o real estado nutricional infantil (p<0,01), com maior percentual de não reconhecimento de crianças com excesso de peso (61,5%) e risco de sobrepeso (53,1%), cujas mães referiram uma imagem corporal mais magra que o real estado nutricional infantil, de forma que subestimaram o peso. Para as crianças com baixo peso, as mães indicaram imagem corporal de criança mais gorda em relação ao real estado nutricional, superestimando o peso dos filhos (Tabela 12).

A Figura 4 mostra percepção materna (reconhece/não reconhece) o estado real estado nutricional do filho em três categorias. A maior parte das mães de crianças com excesso de peso (risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade) não reconheceu o real estado nutricional do filho (55,6%).

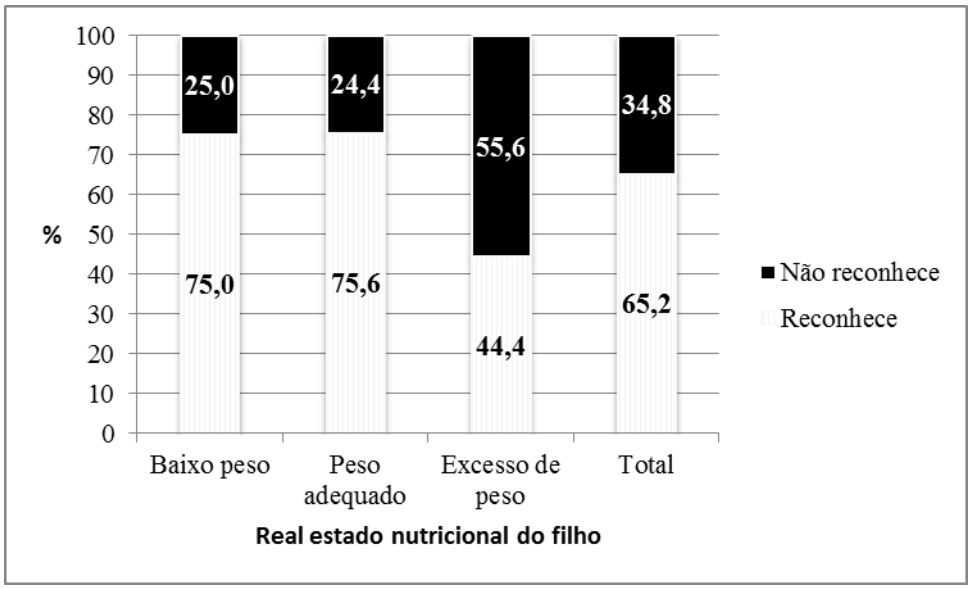


Figura 4. Comparação da percepção materna do estado nutricional (silhuetas da imagem corporal), categorizada em reconhece/não reconhece, com o real estado nutricional do filho. Itupeva - São Paulo, 2013.

6.2.3 Variáveis associadas ao não reconhecimento materno do real estado nutricional do filho

A Tabela 13 apresenta os resultados da análise bruta da percepção materna categorizada em reconhece/não reconhece o real estado nutricional do filho. As variáveis associadas (p<0,20) foram: acompanhamento em puericultura, real estado nutricional da criança, idade do chefe e relação da criança com o chefe da família.

Tabela 13. Análise bruta da percepção materna (silhuetas da imagem corporal) categorizada em reconhece/não reconhece o real estado nutricional do filho segundo características infantis, maternas e familiares. Itupeva-São Paulo, 2013.

Variáveis	**Percepção materna**		**OR** bruta	**IC 95%**	**p (χ^2)**
	Reconhece	Não reconhece[a]			
	n (%)	n (%)			
Infantis					
Idade (meses)					0,433
<24	52 (62,6)	31 (37,4)	1,0	-	
≥24	36 (69,2)	16 (3,8)	0,7	0,4-1,6	
Sexo					0,699
Masculino	48 (66,7)	24 (33,3)	1,0	-	
Feminino	40 (63,5)	23 (36,5)	1,1	0,6-2,3	
Peso ao nascer (gramas)[b]					0,981
<2500	17 (65,4)	9 (34,6)	1,0	-	
≥2500	71 (65,1)	38 (34,9)	1,0	0,4-2,5	
Frequenta creche					0,474
Não	72 (66,7)	36 (33,3)	1,0	-	
Sim	16 (59,3)	11 (40,7)	1,4	0,6-3,3	

(continua)

(continuação)

Variáveis	Percepção materna		OR bruta	IC 95%	p (χ^2)
	Reconhece	Não reconhece[b]			
	n(%)	n(%)			
Onde a criança fica[b]					0,417
Outras casas	10 (76,9)	3 (23,1)	1,0	-	
Casa dos pais	62 (66,0)	32 (34,0)	1,7	0,4-6,7	
Quem cuida da criança[b]					0,788
Outros cuidadores	11 (68,7)	5 (31,3)	1,0	-	
Mãe	66 (65,3)	35 (34,6)	1,2	0,4-3,6	
Acompanhamento de puericultura[b]					**0,026**
Não	8 (42,1)	11 (57,9)	1,0	-	
Sim	80 (69,0)	36 (31,0)	0,3	0,1-0,9	
Profissional de saúde comenta o estado nutricional da criança[b]					0,558
Não	11 (61,1)	7 (38,9)	1,0	-	
Sim	75 (68,2)	35 (31,8)	0,7	0,3-2,0	
Real estado nutricional					**0,002**
Peso adequado	65 (75,6)	21 (24,4)	1,0	-	
Baixo peso[c]	3 (75,0)	1 (25,0)	1,0	0,1-10,5	
Excesso de peso[d]	20 (44,4)	25 (55,6)	3,9	1,8-8,3	
Maternas					
Idade (anos)[b]					0,848
<20	10 (71,4)	4 (28,6)	1,0	-	
20 ├25	21 (63,6)	12 (36,4)	1,4	0,4-5,6	
≥25	53 (63,9)	30 (36,1)	1,4	0,4-4,9	
Escolaridade (anos de estudo)					0,347
≤8	26 (59,1)	18 (40,9)	1,0	-	
>8	60 (67,4)	29 (32,6)	0,7	0,3-1,5	
Trabalha fora do lar[b]					0,375
Não	50 (61,7)	31 (38,3)	1,0	-	
Sim	36 (69,2)	16 (30,8)	0,7	0,3-1,5	
Número de filhos					0,507
1	35 (64,8)	19 (35,2)	1,0	-	
2	28 (71,8)	11 (28,2)	0,7	0,3-1,8	
≥3	25 (59,5)	17 (40,5)	1,2	0,5-2,9	
Consultas de pré-natal (número)					0,606
<6	7 (58,3)	5 (41,7)	1,0	-	
≥6	81 (65,8)	42 (34,2)	0,7	0,2-2,4	
Ganho de peso na gestação (quilogramas)[b]					0,686
7-18	52 (66,7)	26 (33,3)	1,0	-	
<7	13 (72,2)	5 (27,8)	0,8	0,2-2,3	
>18	20 (60,6)	13 (39,4)	1,3	0,6-3,0	
Estado nutricional[b]					0,730
Eutrofia	40 (67,8)	19 (32,2)	1,0	-	
Baixo do peso	4 (100,0)	-	1,0	-	
Sobrepeso	21 (60,0)	14 (40,0)	1,4	0,6-3,3	
Obesidade	22 (62,9)	13 (37,1)	1,2	0,5-3,0	
Familiares					
Chefe da família[b]					**0,096**
Outros	21 (53,8)	18 (46,2)	1,0	-	
Pai	65 (69,1)	29 (30,9)	0,5	0,2-1,1	
Idade do chefe (anos)[b]					**0,093**
<20	2 (66,7)	1 (33,3)	1,0	-	
20 ├25	17 (85,0)	3 (15,0)	0,3	0,0-5,2	
≥25	66 (61,1)	42 (38,9)	1,3	0,1-14,5	

(continua)

(continuação)

Variáveis	Percepção materna		OR bruta	IC 95%	p (χ^2)
	Reconhece	Não reconhece[b]			
	n(%)	n(%)			
Escolaridade do chefe (anos de estudo)[b]					0,220
≤8	40 (60,6)	26 (39,4)	1,0	-	
>8	46 (70,8)	19 (29,2)	0,6	0,3-1,3	
Rendimento familiar *per capita* (salários mínimos[e])[b]					0,334
<0,5	21 (61,8)	13 (38,2)	1,0	-	
0,5 ├1,0	30 (61,2)	19 (38,8)	1,0	0,4-2,5	
≥1,0	20 (76,9)	6 (23,1)	0,5	0,1-1,5	

[a]Não reconhece=subestima ou superestima.
[b]Não foram obtidas informações para a totalidade da amostra.
[c]Magreza acentuada e magreza.
[d]Risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade.
[e]O valor do salário mínimo no momento do estudo era de R$ 678,00.

O modelo final de regressão logística múltipla ajustado para o nível de escolaridade da mãe encontra-se na Tabela 14. O resultado evidenciou associação da percepção materna somente com o real estado nutricional da criança. Mães de crianças com excesso de peso apresentaram maior chance de não reconhecer o peso do filho, comparadas às mães de crianças com peso adequado (OR_a=3,9; IC95% 1,8-8,4) (Tabela 14).

Tabela 14. Modelo final da regressão logística múltipla para o não reconhecimento materno (silhuetas da imagem corporal) do real estado nutricional do filho. Itupeva - São Paulo, 2013.

Modelo[a]	OR bruta	OR ajustada	IC 95% (OR_a)	p(χ^2)
Real estado nutricional da criança				
Peso adequado	1,0	1,0	-	-
Baixo peso[b]	1,0	1,0	0,1-10,7	0,970
Excesso de peso[c]	3,9	3,9	1,8-8,4	0,001

[a]Ajustado para o nível de escolaridade da mãe.
[b]Magreza acentuada e magreza.
[c] Risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade.
Teste de Hosmer e Lemeshow: p=0,527.

6.3 Satisfação materna com a imagem corporal

Comparou-se a percepção da imagem corporal do estado nutricional do filho com a imagem corporal que a mãe gostaria que o filho tivesse (ideal). A Tabela 15 mostra preferência das mães por imagens de crianças mais gordas, por exemplo; a totalidade das mães de crianças por elas indicadas como tendo baixo peso (silhueta 1), gostaria que os filhos tivessem silhuetas de peso adequado (3 e 4) ou de risco de sobrepeso (silhueta 5); entre as crianças apontadas como tendo peso adequado (silhueta 2), 72,2% das mães gostariam que o filho tivesse silhuetas de crianças com mais peso. Chama atenção uma mãe que apontou o filho como tendo obesidade (silhueta 7) e ao ser indagada sobre a imagem corporal que gostaria que o filho tivesse, indicou exatamente a mesma imagem corporal.

Tabela 15. Comparação da percepção materna da imagem corporal que a mãe gostaria que o filho tivesse (ideal) com a percepção do estado nutricional do filho, avaliadas com escala de silhuetas da imagem corporal. Itupeva - São Paulo, 2013.

Percepção materna ideal[a]	***Percepção materna do estado nutricional do filho***							**Total**
	Silhueta 1	Silhueta 2	Silhueta 3	Silhueta 4	Silhueta 5	Silhueta 6	Silhueta 7	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Silhueta 1	-	-	-	-	-	-	-	-
Silhueta 2	-	**10 (27,8)**	5 (10,9)	-	-	-	-	15 (11,1)
Silhueta 3	1 (20,0)	13 (36,1)	**25 (54,3)**	3 (11,5)	1 (6,2)	-	-	43 (31,9)
Silhueta 4	3 (60,0)	10 (27,8)	8 (17,4)	**13 (50,0)**	2 (12,5)	2 (40,0)	-	38 (28,1)
Silhueta 5	1 (20,0)	3 (8,3)	5 (10,9)	5 (19,3)	**13 (81,3)**	-	-	27 (20,0)
Silhueta 6	-	-	1 (2,2)	2 (7,7)	-	**2 (40,0)**	-	5 (3,7)
Silhueta 7	-	-	2 (4,3)	3 (11,5)	-	1 (20,0)	**1 (100,0)**	7 (5,2)
Total	5 (100,0)	36 (100,0)	46 (100,0)	26 (100,0)	16 (100,0)	5 (100,0)	1 (100,0)	135 (100,0)

[a]Teste de qui quadrado: p<0,01

Mães que indicaram a mesma silhueta, tanto na percepção do estado nutricional do filho, quanto naquela que gostaria que o filho tivesse (ideal) - destacadas em negrito na Tabela 13 - foram categorizadas em “satisfeita” com a imagem corporal e “não satisfeita” (queria filho mais magro ou mais gordo) (Tabela 16).

Tabela 16. Comparação entre satisfação materna com a imagem corporal e o real estado nutricional do filho. Itupeva - São Paulo, 2013.

Satisfação materna com a imagem corporal[a]	***Real estado nutricional do filho***				**Total**
	Baixo peso[b]	Peso adequado	Risco de sobrepeso	Excesso de peso[c]	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Não satisfeita: queria filho mais magro	-	6 (6,9)	2 (6,3)	5 (38,5)	13 (9,6)
Satisfeita	1 (25,0)	36 (41,9)	22 (68,7)	5 (38,5)	64 (47,4)
Não satisfeita: queria filho mais gordo	3 (75,0)	44 (51,2)	8 (25,0)	3 (23,0)	58 (43,0)
Total	4 (100,0)	86 (100,0)	32 (100,0)	13 (100,0)	135 (100,0)

[a]Teste de qui quadrado: p=0,001.
[b]Magreza acentuada e magreza.
[c]Sobrepeso e obesidade.

Verificou-se associação entre satisfação materna e o real estado nutricional do filho (p=0,001), com mais da metade das mães (52,6%) não satisfeitas com a imagem corporal do filho, sendo que 9,6% queriam o filho mais magro e 43,0% o filho mais gordo. Dentre essas mães que não estavam satisfeitas com a imagem corporal do filho (n=71), a grande maioria (81,7%) queria o filho mais gordo (n=58). Destaca-se que entre as crianças com peso adequado, metade das mães queria que o filho fosse mais gordo (51,2%). O que chama atenção é que 68,7% das mães de crianças com risco de sobrepeso e 38,5% com excesso de peso estavam satisfeitas com a imagem corporal do filho, sendo que quase um quarto das mães de crianças com excesso de peso (23,0%) queria que o filho fosse ainda mais gordo e só 38,5% queriam que os filhos fossem mais magros (Tabela 16).

7. DISCUSSÃO

A avaliação da percepção dos pais sobre o estado nutricional do filho é recente na literatura científica internacional, com incremento na última década conforme exposto na revisão de literatura apresentada na Introdução. No Brasil, os estudos nessa temática são escassos, especialmente em crianças nos primeiros anos de vida. Assim, os resultados deste trabalho contribuem para melhor compreensão da problemática da percepção materna do estado nutricional do filho e podem colaborar na prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais, com destaque para o controle do excesso de peso.

A utilização de duas escalas para avaliar a percepção materna, descritores verbais e silhuetas da imagem corporal, apesar desta última ter sido aplicada somente para crianças maiores de um ano de idade, torna o estudo mais elucidativo, uma vez que as silhuetas favorecem o reconhecimento do estado nutricional das crianças (Rietmeijer-Mentink et al., 2013; Eckstein et al., 2006).

A avaliação do real estado nutricional das crianças mostrou resultados concordantes com as evidências de um quadro de transição nutricional, com elevada prevalência de excesso de peso e baixo percentual de desnutrição infantil (Brasil, 2012a; Batista-Filho et al 2008). Verificou-se que o excesso de peso encontrado (5,3% de sobrepeso e 2,6% de obesidade) foi similar às estimativas nacionais (7,3%), enquanto o baixo peso (5,0%) foi superior à prevalência de 1,4% de crianças com baixo peso para estatura encontrada pela PNDS (Brasil, 2009), porém há que se considerar que os dados nacionais referem-se a crianças menores de cinco anos de idade, diferentemente da faixa etária estudada.

Esse resultado torna-se mais preocupante, considerando que as mães apresentaram dificuldade em reconhecer o real estado nutricional do filho, especialmente daqueles com excesso de peso. Com a escala de descritores verbais, 44,7% das mães não reconheceram o peso do filho, percentual que se mostrou inferior com a escala de silhuetas da imagem corporal (34,8%), como esperado (Rietmeijer-Mentink et al., 2013; Eckstein et al., 2006). Lazzeri et al. (2006) constataram que com o uso de uma escala de silhuetas, a percepção materna incorreta do estado nutricional do filho se reduzia em 20%.

O elevado percentual de não reconhecimento encontrado não era esperado, considerando que dois terços das mães avaliadas tinham mais de oito anos de estudo, com média de dez anos de escolaridade, e conforme alguns autores, são as mães com

menos escolaridade que apresentam mais dificuldade para reconhecer o peso dos filhos (Manios et al., 2010; Baughcum et al., 2000), pois o melhor nível educacional das mães ajuda no reconhecimento do estado nutricional da criança (Genovesi et al., 2005). Em razão da relevância dessa variável para a percepção materna do estado nutricional do filho, optou-se por utilizá-la no ajuste do modelo final de regressão logística múltipla. Essa associação, no entanto, não tem sido observada por alguns autores (Díaz, 2002; Lazzeri et al 2006) e não foi constatada no presente estudo.

No Brasil, os dois estudos que avaliaram a percepção materna do estado nutricional de crianças até três anos de idade utilizaram descritores verbais e encontraram percentuais inferiores de não reconhecimento, com resultados bastante diversos. Carvalhaes e Godoy (2002) verificaram que 30,0% das 180 mães de crianças menores de dois anos de idade, atendidas em UBS de município do Estado de São Paulo, não sabiam avaliar o peso das crianças, ou seja, não reconheciam o estado nutricional do filho. Giacomossi et al. (2011), por sua vez, constataram 18,9% de erro na classificação (não reconhecimento) do estado nutricional entre 493 mães de crianças de 1,5 meses a 7,7 anos (mediana de 49,5 meses), frequentadoras de creches de cidade do Sul do Brasil.

Também em nível internacional, a faixa etária que inclui crianças com menos de três anos de idade é pouco estudada. A maioria dos trabalhos fez uso da escala de descritores verbais e, da mesma forma que os estudos nacionais, encontrou proporções menores de não reconhecimento do peso do filho, porém mais próximos aos obtidos no presente estudo. Huang et al (2007) verificaram que 39,0% dos pais com filhos até 18 anos de idade, atendidos em clínicas pediátricas em todo o Condado de São Diego, Califórnia, EUA, não foram capazes de identificar corretamente (não reconheceram) o estado nutricional dos filhos. Resultado quase idêntico foi observado em pesquisa conduzida em creches públicas e privadas de cinco municípios da Grécia, onde 38,6% de mães com filhos de dois a cinco anos de idade não reconheceram e classificaram incorretamente o peso da criança (Manios et al., 2008). Em 20 creches da região metropolitana do Estado de Minnesota, EUA, 46,9% dos pais de crianças de dois a cinco anos de idade, classificaram erroneamente (não reconheceram) o peso do filho (Harnack et al., 2009).

Apesar dos poucos estudos que utilizaram silhuetas da imagem corporal, chama atenção que os autores da escala aqui utilizada encontraram um percentual muito maior

de mães que não reconheceram o estado nutricional do filho de 12 a 32 meses de idade (70,0%), comparado aos 34,8% obtidos no presente estudo. Para os autores, o não reconhecimento poderia ser explicado pela teoria da idealização, em que os indivíduos tendem a perceber atributos que lhe são mais favoráveis, de forma que os pais teriam dificuldade em reconhecer tamanhos de corpos discrepantes porque idealizam o filho como tendo tamanho normal (Hager et al., 2012).

A não percepção do real estado nutricional do filho também poderia ser parcialmente explicada pela categoria *velamento da realidade*, obtida por Solymos (1997) em estudo qualitativo ao analisar as experiências vividas por mães de crianças desnutridas. No estudo, o *velamento* se referiu a uma percepção parcial da realidade por parte das mães, como forma de autoproteção frente ao problema nutricional, o que a poupava de um confronto com o problema.

Assim, não causa surpresa que a grande maioria das mães tenha considerado que o filho apresentava "peso adequado", resultado obtido tanto com a escala de descritores verbais (69,6%) como com as silhuetas (80,1%), embora cerca de 34,0% das crianças não apresentassem peso adequado, destacando-se a elevada proporção de excesso de peso, que afetava quase um terço da amostra.

Os estudos confirmam tal tendência, como o de Garret-Wright et al (2011), que obteve percentuais similares ao do presente estudo, com 79,2% de pais que referiram "peso adequado", apesar do elevado percentual de excesso de peso (38,0%) e presença de baixo peso em 5,0% das 120 crianças de dois a cinco anos de idade acompanhadas em serviços de saúde do Estado de Kentucky, EUA. Resultado semelhante foi verificado em estudo epidemiológico que avaliou 1759 crianças gregas de dois a cinco de idade, com 77,6% dos pais indicando que o filho apresentava "peso adequado", ainda que 36,2% tivessem excesso de peso (Manios et al., 2008).

Com a escala de descritores verbais, as mães de crianças com baixo peso apresentaram maior chance de não reconhecer o estado nutricional do filho (OR_a=5,80; IC95% 2,0-16,9), comparadas às mães de crianças com peso adequado, da mesma forma que as mães de crianças com excesso de peso (OR_a=11,1; IC95% 6,0-20,2). Para a escala de silhuetas da imagem corporal, somente as mães de crianças com excesso de peso apresentaram maior chance de não reconhecer o estado nutricional do filho (OR_a=3,9; IC95% 1,8-8,4).

A associação encontrada entre percepção materna e o real estado nutricional do filho, tanto na análise univariada quanto no modelo final de regressão logística múltipla ($p<0,01$), está em acordo com a maioria dos estudos (Aljunaibi et al., 2013; Petricevic et al., 2012; Regber et al., 2012; Giacomossi et al., 2011; Al-Qaoud et al., 2010; Tschamler et al., 2010; Warschburger e Kröller, 2009; Boa-Sorte et al., 2007; Jansen e Brug, 2006; Huang et al., 2006; Maynard et al., 2003).

Constatou-se que as mães apresentavam mais dificuldade para reconhecer o estado nutricional de filhos com desvios nutricionais, como comprovado na literatura. Giacomossi et al. (2011) verificaram que a chance de pais não reconhecerem o excesso de peso (RP=4,8; IC95% 3,8-7,1) ou o baixo peso (RP=4,6; IC95% 2,8-7,7) era quase cinco vezes maior em relação ao não reconhecimento do estado nutricional de filhos com peso adequado. Boa-Sorte et al (2007) observaram essa associação somente entre mães de crianças com excesso de peso, que apresentaram maior chance (OR=3,02; IC95% 2,05-4,46) de não reconhecer o peso do filho, comparadas às mães de crianças com peso adequado, comprovando que pais de crianças com excesso de peso apresentam mais dificuldade em reconhecer o real estado nutricional do filho, como constatado no presente estudo.

De fato, as mães referiram um descritor verbal inferior ao real estado nutricional do filho, tanto com o uso de descritores verbais (34,2%), quanto com a escala de silhuetas da imagem corporal (31,8%). Esses valores são similares ao obtido por Tschamler et al (2010) nos Estados Unidos entre crianças de um a nove anos de idade, porém os autores verificaram que 46,0% dos pais subestimaram o peso dos filhos com excesso de peso, percentual bastante inferior aos 85,2% observados no presente estudo com os descritores verbais e também inferior aos 61,5% obtido com a escala de silhuetas.

Destaca-se que dentre as mães que não reconheceram o real estado nutricional do filho, três quartos (76,5%) referiram um descritor verbal inferior, ou seja, subestimou o peso, proporção que com a escala de silhuetas se mostrou bem maior (91,5%).

Entre as crianças com risco de sobrepeso, poderia se supor que o percentual de não reconhecimento do estado nutricional seria maior, porém isso não se confirmou, pois apesar do elevado percentual de mães que subestimaram o peso do filho pela escala de descritores verbais (77,8%), esse valor foi inferior ao observado entre as crianças com excesso de peso (85,2%). O mesmo se verificou com a escala de silhuetas, visto

que 53,1% das mães subestimaram as crianças com risco de sobrepeso e 61,5% com excesso de peso.

O menor percentual de não reconhecimento do filho com excesso de peso obtido com a utilização de escalas de silhuetas da imagem corporal em comparação ao resultado encontrado com a escala de descritores verbais está em acordo com a literatura (Rietmeijer-Mentink et al., 2013). O estigma da sociedade para com as pessoas obesas poderia justificar em parte a relutância dos pais em referir os descritores verbais que representam a criança gorda. Para Lazzeri et al (2006), os pais se sentem menos desconfortáveis quando somente precisam apontar uma silhueta de criança gorda, ao invés de expressar a palavra.

Eckstein et al (2006) comprovaram tal suposição ao avaliarem sensibilidade (capacidade de identificar os verdadeiramente positivos) e especificidade (capacidade de identificar os verdadeiramente negativos), pois com a escala de silhuetas da imagem corporal, 70% dos pais reconheceram os filhos que de fato tinham excesso de peso, enquanto com a escala de descritores verbais, esse percentual foi de apenas 36%, o que indica que a escala de silhuetas da imagem corporal favorece o reconhecimento do excesso de peso. Em relação à capacidade de detectar os verdadeiros negativos, as escalas apresentaram valores semelhantes, 84% com a escala de descritores verbais e 79% com a escala de silhuetas da imagem corporal.

Outra justificativa para o não reconhecimento e subestimação do excesso de peso é o aumento da prevalência de obesidade em nível mundial e sua influência na distorção do padrão de normalidade. Binkin et al. (2013) realizaram um inquérito nacional que avaliou medidas antropométricas das crianças italianas que frequentavam a terceira série do ensino básico e a percepção materna do estado nutricional do filho com uma escala de descritores verbais (baixo peso, peso normal, um pouco acima do peso normal e muito acima do peso normal). As regiões do país foram classificadas pela prevalência da obesidade infantil (menor que 8%, entre 8% e 12%, e maior ou igual a 13%). Análise da associação entre percepção materna e estado nutricional do filho mostrou que as mães apresentavam maior frequência em não reconhecer o estado nutricional do filho com excesso de peso nas regiões com maior prevalência de obesidade, provavelmente por ser esse um problema comum que se tornou normal. Assim, para os autores, a inadequada percepção materna se constitui em dificuldade

para as urgentes intervenções necessárias nas regiões com elevada prevalência de obesidade infantil.

Além disso, a percepção do excesso de peso é influenciada pelo que se define como padrão em cada sociedade, que também difere entre os grupos sociais e nos diferentes contextos históricos (Lins, 1999).

Nas crianças pequenas, caso do presente estudo, historicamente há a valorização do "bebê gordinho", considerado como um bebê saudável e bem cuidado para quase todos os grupos sociais brasileiros (Brasil, 2006). Esse é o modelo do 'Bebê Johnson', "idealizado sobre a figura de um bebê do sexo masculino, branco, louro, olhos azuis, de feições suaves (...) e robusto, traduzindo elevado peso ao nascer e ganho de peso previsto com excesso de calorias, garantindo-lhe contornos arredondados" (Chammé, 1996, p.72), o que para o autor é o modelo que a indústria utiliza para estimular a preocupação dos pais em superalimentar seus filhos.

Nessa discussão sobre o padrão de beleza corporal aceito pela sociedade, a literatura aponta a existência de associação entre o sexo da criança e a percepção materna do estado nutricional do filho, evidenciando que os pais não reconhecem o excesso de peso nos meninos e o baixo peso nas meninas, o que significa que os pais subestimam o peso dos meninos e superestimam o peso das meninas (Regber et al., 2012; Júlíusson et al., 2011; Tschamler et al., 2010; Al-Qaoud et al., 2010; Vuorela et al., 2010; Molina et al, 2009; He e Evans 2007; Wald et al., 2007; Maynard et al., 2003). Certamente essa diferença relaciona-se à categoria gênero, condicionada ao que a sociedade determina como ideal para o sexo masculino e feminino, sendo as meninas levadas a perseguir e valorizar a magreza mais que os meninos. Outros estudos, no entanto, encontraram resultados contrários, em que maior proporção de pais não reconheceram o excesso de peso nas meninas em comparação aos meninos (Rodriguez Martín et al. 2012, Jeffery et al. 2005), caso do presente estudo, em que as mães de meninas apresentaram maior chance (OR_a=1,7; IC95% 1,0-2,8) de não reconhecer o estado nutricional da filha em relação às mães de meninos. Possivelmente a categoria gênero não seja tão relevante em uma amostra de crianças tão jovens, como é caso deste estudo, e a preocupação da mãe ainda está focada mais na saúde da criança do que na aparência.

Diante das evidências mencionadas, é possível compreender porque pais de crianças de dois a cinco anos de idade passem a se preocupar com o peso dos filhos

somente quando os mesmos atingem um tamanho demasiadamente grande ou quando a criança experimenta efeitos negativos associados ao excesso de peso, tais como restrição de atividades diárias, uso de roupas de tamanho proporcional ao de adultos, diminuição da autoestima em consequência de provocações de outras crianças, o que parece mostrar que os pais se preocupam mais com a estética do que com a saúde das crianças (Goodell et al., 2008).

Nesse âmbito, destaca-se o estudo de Parkinson et al. (2011) que buscou identificar o ponto de corte do estado nutricional em que as mães classificam seu filho com excesso de peso e o ponto de corte em que as mesmas expressam preocupação sobre obesidade no futuro. Para tanto utilizaram dados de um estudo longitudinal desenvolvido no Reino Unido com crianças nascidas entre 1999 e 2000, monitoradas durante toda a infância. Para classificar o estado nutricional, adotou pontos de corte da Internacional Obesity Task Force, que define para a faixa etária de seis a oito anos de idade, sobrepeso como IMC superior a 18,2 para meninos e 18,0 para meninas e obesidade como IMC superior a 21,1 e 21,0 para meninos e meninas, respectivamente. Constatou-se que metade das mães percebeu o sobrepeso no filho apenas com IMC referente à obesidade (IMC=21,3). A obesidade, por sua vez, foi identificada por 95% das mães somente quando o IMC atingiu 24,0. Quanto à preocupação com o desenvolvimento de obesidade no futuro, metade das mães mostrou-se preocupada quando o IMC da criança alcançou 17,1, porém somente quando o IMC atingiu 23,6 é que 95% das mães manifestaram tal preocupação.

A preocupação dos pais com o peso das crianças e o desenvolvimento de sobrepeso em outros períodos da vida é avaliada em alguns estudos sobre percepção. Crawford et al. (2006) avaliaram a percepção e a preocupação dos pais com o peso atual do filho e com o desenvolvimento de sobrepeso na adolescência e na vida adulta. Constataram que nas crianças de cinco a seis anos de idade, somente 16% dos pais estavam preocupados com o peso do filho no momento do estudo, mas 25% relataram preocupação com o desenvolvimento de sobrepeso na adolescência e 31% na vida adulta. Há evidências de que as mães tendem a se preocupar mais com a magreza, tendo em vista sua associação com problemas de saúde, sendo o excesso de peso considerado por elas como fator necessário para a recuperação de doenças (Crawford et al., 2004).

Moore et al (2012) mostraram que o não reconhecimento do peso do filho associava-se com menor preocupação dos pais com o estado nutricional da criança, o

que consequentemente levava esses pais a não adotarem condutas para a redução do excesso de peso, como realizar dietas e incrementar atividade física. Tschamler et al. (2010), ao estudaram crianças com excesso de peso, confirmaram que a preocupação dos pais era muito menor entre aqueles que subestimavam o estado nutricional do filho em relação àqueles que reconheciam o excesso de peso (7,7% *versus* 59,0%, $p<0,01$).

Considerando a comprovada relação entre não reconhecimento do peso do filho e menor preocupação dos pais com o estado nutricional da criança, os resultados ora obtidos, com elevado percentual de mães que não reconheceram e subestimaram o estado nutricional do filho, em especial o excesso de peso (85,2% escala de descritores verbais e 61,5% escala de silhuetas da imagem corporal) revelam a necessidade dos profissionais de saúde se empenharem em manter os pais informados sobre o crescimento do filho, auxiliá-los na interpretação da curva de crescimento e envolvê-los no cuidado, uma vez que se constituem em modelo de conduta alimentar e de atividade física (Tenório e Cobayashi, 2011). Isso é imprescindível, pois o reconhecimento do excesso de peso é o primeiro passo para que se desenvolva a preocupação dos pais com o estado nutricional dos filhos, motivando-os a procurar por cuidados à saúde.

As crianças com baixo peso, por sua vez, tiveram o real estado nutricional superestimado com a escala de descritores verbais, quando 100% e 46,1% das mães de filhos com magreza acentuada e magreza, respectivamente, referiram que os mesmos apresentavam “peso adequado”. Na Noruega, apenas 40,6% das crianças de dois a cinco anos de idade com baixo peso foram percebidas com “peso adequado” pelos pais, o que para os autores seria explicado pelo fato da magreza ser vista como padrão ideal, ao menos, para uma parte da população (Júliússuon et al., 2011).

No presente estudo, a variável acompanhamento em puericultura apresentou associação significativa na análise univariada da escala de silhuetas da imagem corporal e, verificou-se que mães de crianças acompanhadas em puericultura apresentavam menor chance (OR_a=0,3; IC95% 0,1-0,9), de não reconhecer o estado nutricional do filho, ou seja, o acompanhamento em puericultura mostrou-se como fator de proteção para a percepção do real estado nutricional do filho. Entretanto, a variável perdeu o efeito no modelo final de regressão múltipla. Apesar disso, salienta-se a relevância do acompanhamento em puericultura, momento em que o profissional de saúde tem o dever de notificar os cuidadores sobre o crescimento da criança, ação fundamental para ampliar a conscientização do peso corporal (Rhee et al., 2005; Eckstein et al., 2006; Tenório e

Cobayashi, 2011), que certamente contribui para melhorar o reconhecimento materno do estado nutricional do filho.

Os profissionais de saúde foram avaliados quanto a comentários sobre o estado nutricional do filho, porém, essa variável não se associou com a percepção materna. Tal resultado difere do verificado por Hernandez et al. (2009) que constataram que pais não orientados por profissional de saúde sobre o estado nutricional do filho apresentavam maior chance (OR=12,3) de não reconhecer o peso do filho, em relação àqueles que haviam sido orientados.

Aponta-se que menos de um quarto dos pais de crianças com excesso de peso são informados desse problema por profissionais de saúde (Perrin et al., 2012). O não reconhecimento do estado nutricional da criança, por sua vez, associa-se à ausência de comentário do profissional de saúde (Hernandez et al., 2010). Chaimovitz et al. (2008) também alertam para a necessidade de se sensibilizar os próprios profissionais a reconhecerem o estado nutricional das crianças para uma efetiva promoção da saúde infantil, pois cerca de 40% dos médicos que estudou não reconheceram o excesso de peso, sendo que um terço tendeu a subestimar o peso das crianças.

A comprovada dificuldade das mães e, segundo a literatura, de alguns profissionais em reconhecer o real estado nutricional do filho é sempre preocupante, especialmente no início da infância, grupo aqui estudado, pois mesmo crianças de um a dois anos de idade, com IMC acima do percentil 85, têm chance 30% maior (OR=1,3) para obesidade entre 20 e 29 anos (Whitaker et al., 1997). Outra análise retrospectiva realizada por McCormick et al. (2010) mostrou que crianças obesas aos 24 meses tinham sido obesas aos seis meses de vida (OR=13,3), evidenciado por 35% das crianças com obesidade aos dois anos de idade que já eram obesas aos seis meses, resultado que reforça a importância do acompanhamento do crescimento nas consultas de puericultura, além da avaliação da percepção materna do estado nutricional do filho, mesmo no início da infância.

Outra variável comprovadamente associada à percepção dos pais é a idade do filho (Wald et al., 2007; Boa-Sorte et al., 2007; Huang et al., 2006; Eckstein et al., 2006). Revisão sistemática de Rietmeijer-Mentink et al. (2013) mostrou que os pais têm mais dificuldade em reconhecer o estado nutricional de filhos mais jovens, especialmente daqueles com menos de seis anos de idade.

De fato, Huang et al. (2006), que avaliaram a percepção do estado nutricional de crianças menores de 18 anos de idade, constataram que pais de filhos com quatro anos ou menos tinham maior chance (OR=4,18) de não reconhecer o peso do filho, em relação a pais de filhos mais velhos. Eckstein et al. (2006), mesmo analisando crianças com idade semelhante (2 a 17 anos), verificaram que pais de filhos com menos de seis anos também apresentavam maior chance de não reconhecer o peso do filho, comparados a pais de crianças com mais idade (OR=7,0; IC95% 2,3-21,4).

Em consonância com a literatura, no presente estudo, a idade das crianças associou-se com a percepção materna do estado nutricional avaliada com a escala de descritores verbais, tanto na análise univariada quanto no modelo final de regressão múltipla. Os resultados evidenciaram que mesmo em crianças bem jovens, a tendência da mãe não reconhecer o estado nutricional do filho aumenta com a idade, pois mães de crianças de um a dois anos apresentaram maior chance (OR_a=2,5; IC95% 1,4-4,7) de não reconhecerem o estado nutricional do filho, da mesma forma que mães de crianças com mais de dois anos (OR_a=3,1; IC95% 1,5-6,3), em relação às mães de crianças no primeiro ano de vida.

Embora não se tenha observado associação entre estado nutricional da mãe e percepção materna do estado nutricional do filho, há evidências de que os pais com excesso de peso têm mais dificuldade em reconhecer o peso do filho (Doolen et al. (2009). Warschburger e Kröller (2009) verificaram que mães obesas tinham chance quase três vezes maior de não reconhecer o excesso de peso do filho, comparadas às mães com peso adequado, o que também foi observado em outros estudos (Manios et al., 2010; He e Evans 2007). A relação entre o peso dos pais e a percepção do peso do filho, no entanto, é controversa, pois Giacomossi et al. (2011) constataram que o excesso de peso das mães auxiliava o reconhecimento do excesso de peso do filho, resultado similar ao encontrado por outros autores (Rodriguez Martín et al., 2012; Júlíusson et al., 2011; Adams et al., 2005).

Ainda no que se refere a essa temática, alguns estudos apontam que o estado nutricional dos pais determina o estado nutricional dos filhos, ou seja, existe uma correlação positiva entre o peso dos pais e dos filhos, o que não é surpresa já que compartilham o mesmo código genético, o mesmo ambiente familiar e social e a mesma dieta (Dattilo et al., 2012). De acordo com uma revisão sistemática da literatura, existe correlação positiva entre IMC de mães e filhos, e mães de crianças com excesso de peso

apresentam valores de IMC mais elevados em relação ao de mães de crianças com menor peso (Díaz, 2002; Chuproski e Mello, 2009). Para Danielzik et al. (2002), o estado nutricional da mãe representa uma das correlações mais fortes com o peso do filho e crianças de mães com excesso de peso têm maior chance (OR=2,9 para meninos e OR=3,1 para meninas) de apresentar excesso de peso comparadas a crianças de mães com peso adequado. Dessa forma esse aspecto também deve ser considerado nas intervenções de prevenção e controle do excesso de peso, especialmente por serem os pais, modelos para os filhos no que concerne ao comportamento alimentar e de atividade física.

A idade das mães é outra variável que não apresentou associação significativa na análise univariada, em ambas as escalas. Harnack et al. (2009) constataram que pais com mais de 30 anos de idade apresentavam menor chance (OR=0,66; IC95% 0,44-1,00) de não reconhecer o peso do filho, comparado a pais mais jovens (18 a 30 anos de idade), ou seja, pais com mais idade reconhecem melhor o real estado nutricional do filho.

Observou-se que mais da metade das mães estavam insatisfeitas com a imagem corporal do filho (52,6%) o que causa surpresa, pois para a grande maioria das mães (80,1%), o filho apresentava “peso adequado”, de acordo com a imagem corporal por ela indicada. Assim, esperar-se-ia que estivessem satisfeitas. Por outro lado, entre as mães insatisfeitas com a imagem corporal do filho, 81,7% queriam que o filho fosse mais gordo, resultado que, por sua vez, não causa surpresa e ratifica que em crianças pequenas o “bebê gordinho” é visto como “bebê saudável e bem cuidado” (Brasil 2006).

Vale ressaltar que, a depender do estado nutricional do filho, as mães expressaram sua satisfação de diferentes modos. Entre as mães de crianças com baixo peso, 75% estavam insatisfeitas e queriam o filho fosse mais gordo, como esperado. Contudo, destaca-se que 68,7% e 38,5% das mães de crianças com risco de sobrepeso e excesso de peso, respectivamente, estavam satisfeitas, sendo que entre as últimas, 23,0% queriam que os mesmos fossem ainda mais gordos e apenas 38,5% queriam que os filhos fossem mais magros.

Esse resultado reitera a importância dada ao “bebê gordinho” e sinaliza a manutenção da preferência por crianças mais gordinhas, com valorização da corpulência como sinônimo de saúde, o que seria um marcador da competência dos pais no cuidado do filho. Nesse contexto, desde a década de 1970 se discute a hipótese do vínculo inadequado mãe-filho como fator causal da desnutrição (Carvalhaes e Benício, 2006).

Em tempos mais atuais, Vieira et al. (2010) comprovaram que esse vínculo inadequado mostrou-se como fator determinante da ocorrência de desnutrição, em estudo desenvolvido com crianças de quatro a seis anos de idade. Justifica-se assim, a pressão da sociedade para que os pais mantenham seus filhos bem nutridos, evidenciando sua competência em cuidar.

Chama atenção que, entre as crianças com peso adequado, mais da metade das mães estava insatisfeita e queria o filho mais gordo. Esse resultado representa um alerta para os profissionais de saúde sobre a dificuldade das mães identificarem o peso adequado do filho e reforça a importância do acompanhamento do crescimento, com o preenchimento das curvas de peso e altura na rotina clínica da puericultura, ações necessárias para que as mães reconheçam o peso adequado e sua importância para a promoção da saúde desde os primeiros anos de vida.

Os resultados ora obtidos permitem avançar nos aspectos concernentes à percepção materna do estado nutricional do filho e na importância de se sensibilizar os profissionais de saúde, para sua abordagem na puericultura e no acompanhamento do crescimento infantil. Além de contribuir na prevenção dos distúrbios nutricionais, certamente os resultados colaboram para o tratamento e controle da obesidade, pois se as mães não reconhecem o “excesso de peso” não procuram assistência profissional nem adotam cuidados para a mudança de hábitos e comportamentos mais saudáveis.

Ressalta-se que esses resultados não devem ser utilizados para estigmatizar as mães que não reconhecem o estado nutricional do filho ou para qualificá-las como mais ou menos capazes para cuidar da criança, pois é da competência dos profissionais de saúde, a prevenção e o tratamento precoce dos distúrbios nutricionais, em especial do excesso de peso que está a aumentar com a transição nutricional em curso. Nesse contexto, inserem-se os enfermeiros, considerando que é de sua competência, a consulta de enfermagem no acompanhamento da saúde da criança na puericultura e nas visitas domiciliares, além das intervenções em grupo de educação em saúde, onde podem desmistificar conceitos e encorajar a aquisição de hábitos mais saudáveis (Macedo et al., 2012). Concorda-se, pois, com Macedo et al. (2012), para quem “os enfermeiros, como detentores de confiança por parte dos pais, pela proximidade nos vários contextos sociais (...comunitário, na consulta de saúde infantil ...), particularmente nos primeiros anos de vida, têm um papel significativo nas intervenções preventivas na obesidade infantil.”

No presente estudo, foi critério de inclusão a criança estar cadastrada em uma das unidades básicas de saúde do município, o que contribuiu para que as mães e filhos estudados fossem praticamente de um mesmo grupo social, aspecto que pode ser considerado como limitação, uma vez que não se pode generalizar os resultados para todos os grupos sociais. Contudo, certamente os resultados contemplam as crianças atendidas em unidade básicas de saúde, cuja elevada cobertura representa a maioria da população infantil.

A utilização do IMC-para-idade para classificar o estado nutricional das crianças, por sua vez, apesar da relutância para seu uso na prática clínica e pela discussão sobre seu uso exclusivo para o diagnóstico do excesso de peso, sem levar em conta outras medidas de gordura corporal, se justificou por se tratar de um índice antropométrico facilmente obtido, que no caso das crianças é universalmente aceito e permitiu a comparação dos resultados com os da literatura.

8. CONCLUSÕES

A avaliação da percepção materna do estado nutricional do filho mostrou que, de fato, as mães apresentam dificuldade em reconhecer o real estado nutricional do filho, em acordo com a literatura. A grande maioria das mães considera que o filho está com "peso adequado", independente de seu estado nutricional. Entre aquelas que não reconhecem, a maior parte das mães subestima o real estado nutricional do filho, especialmente das crianças em risco de sobrepeso e excesso de peso.

Verificou-se que a percepção materna é influenciada pelo estado nutricional, idade e sexo do filho, sendo que mães de crianças com excesso de peso, com mais idade e do sexo feminino apresentam maior chance de não reconhecer o real estado nutricional do filho.

A análise da satisfação materna com a imagem corporal do filho mostrou que as mães gostariam que o filho fosse mais gordo, pois indicaram silhuetas de criança com mais peso, resultado que sinaliza a manutenção da preferência por crianças mais gordinhas e a valorização da corpulência como sinônimo de saúde.

Os resultados do presente estudo mostraram que as mães não reconhecem o real estado nutricional do filho, não estão satisfeitas com a imagem corporal e gostariam que o filho fosse mais gordo, o que representa barreira para a prevenção e o tratamento dos distúrbios nutricionais, especialmente para o controle do excesso de peso, pois é o reconhecimento do excesso de peso que induz à preocupação com o estado nutricional, primeiro passo para a busca de atenção e cuidados à saúde e também para a mudança de padrões de comportamento.

No que se refere à assistência prestada às crianças, a efetiva promoção da saúde infantil deve considerar a percepção materna do estado nutricional do filho. Portanto, os profissionais de saúde precisam repensar suas práticas e auxiliar as mães no desenvolvimento de habilidades para compreender o significado do peso adequado e para reconhecer o real estado nutricional do filho. Ademais, reforça-se a importância do acompanhamento do crescimento da criança, com valorização da puericultura para a garantia de gerações de adultos e idosos mais saudáveis.

Espera-se que os resultados obtidos contribuam para subsidiar a atenção integral à saúde da criança, além de sensibilizar os profissionais de saúde e pais para a importância da adequada percepção do estado nutricional e suas alterações, especialmente no que se refere ao excesso de peso.

REFERÊNCIAS

1. Abbott RA, Lee AJ, Stubbs CO, Davies PSW. Accuracy of weight status perception in contemporary Australian children and adolescents. J Paediatr Child Health 2010; 46:343-8.

2. Adams AK, Quinn RA, Prince RJ. Low Recognition of Childhood Overweight and Disease Risk among Native-American Caregivers. Obesity Research 2005; 13(1): 146-152.

3. Aljunaibi A, Abdulle A, Nagelkerke N. Parental Weight Perceptions: A Cause for Concern in the Prevention and Management of Childhood Obesity in the United Arab Emirates. PLoS ONE 2013; 8(3):e59923.

4. Al-Qaoud NM, Al-Shami E, Prakash P. Kuwaiti mothers' perception of their preschool children's weight status. J Dev Behav Pediatr 2010; 31:505-10.

5. Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. Cad Saúde Pública 2009; 25(3):583-95.

6. Anderson CB, Hughes SO, Fisher JO, Nicklas TA. Cross-cultural equivalence of feeding beliefs and practices: The psychometric properties of the child feeding questionnaire among Blacks and Hispanics. Prev Med 2005; 41:521-31.

7. Aparício G, Cunha M, Duarte J, Pereira A. Olhar dos pais sobre o estado nutricional das crianças pré-escolares. Millenium 2011; 40:99-113.

8. Batista-Filho M, Souza AI, Miglioli TC, Santos MC. Anemia e obesidade: um paradoxo da transição nutricional brasileira. Cad. Saúde Pública 2008; 24(Suppl 2):247-257.

9. Baughcum AE, Chamberlin LA, Deeks CM, Powers SW, Whitaker RC. Maternal perceptions of overweight preschool children. Pediatrics 2000; 106(6):1380-6.

10. Bell CG, Walley AJ, Froguel P. The genetics of human obesity. Nat Rev Genet 2005; 6:221-234.

11. Bezerra JLO. Percepção maternal sobre a imagem corporal do filho em aleitamento materno exclusive. [dissertação]. Pernambuco (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2011.

12. Binkin N, Spinelli A, Baglio G, Lamberti A. What is common becomes normal: The effect of obesity prevalence on maternal perception. Nutr Metab Carbiovasc Dis 2013; 23(5):410-6.

13. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, Onis M et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. Lancet 2013, 6:1-25.

14. Boa-Sorte N, Neri LA, Leite MEQ, Brito SM, Meirelles AR, Luduvice FBS et al. Maternal perception and self-perception of the nutritional status of children and adolescents from private schools. J Pediatr 2007; 83(4):349-356.

15. Borsa JC. Considerações acerca da relação mãe-bebê da gestação ao puerpério. Contemporânea-Psicanálise e Transdisciplinaridade 2007; 2:311-21.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 300p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

17. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de assistência integral à saúde da criança. Acompanhamento do crescimento de desenvolvimento. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80p (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163p (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade - Cadernos de Atenção Básica, n. 12. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

- SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 84p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 272p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

24. Campbell KJ, Hesketh KD. Strategies which aim to positively impact on weight, physical activity, diet and sedentary behaviours in children from zero to five years. A systematic review of the literature. Obes Rev 2007; 8:327-338.

25. Campbell MWC, Williams J, Hampton A, Wake M. Maternal concern and perceptions of overweight in Australian preschool-aged children. Med J Aust 2006; 184(6):274-77.

26. Carnell S, Edwards C, Croker H, Boniface D, Wardle J. Parental perceptions of overweight in 3–5 y olds. Int J Obes 2005; 29:353-5.

27. Carvalhaes MABL, Benício MHDA. Malnutrition in the second year of life and psychosocial care: a case-control study in an urban area of Southeast Brazil. Cad Saúde Pública 2006; 22(11):2311-8.

28. Carvalhaes MABL, Godoy I. As mães sabem avaliar adequadamente o peso das crianças? Rev Nutr 2002; 15(2):155-62.

29. Castilho SM. A imagem corporal. 1ed. São Paulo: ESETec Editores Associados; 2001.

30. Chaimovitz R, Issenman R, Moffat T, Persad R. Body perception: do parents, their children, and their children's physicians perceive body image differently? J Pediatr Gastroenterol Nutr 2008; 47(1):76-80.

31. Chammé SJ. Modos e modas da doença e do corpo: a equação humana no cuidado à doença. Saúde e Sociedade 1996; 5(2): 61-76.

32. Chauí M. Convite à Filosofia. São Paulo: Ed. Ática; 2000.

33. Chuproski P, Mello DF. Percepção materna do estado nutricional de seus filhos. Rev. Nutr 2009; 22(6):929-36.

34. Crawford C, Timperio A, Telford A, Salmon J. Parental concerns about childhood obesity and the strategies employed to prevent unhealthy weight gain in children. Public Health Nutr 2006; 9(7):889-95.

35. Crawford PB, Gosliner W, Anderson C, Strode P, Becerra-Jones Y; Samuels S et al. Counseling Latina Mothers of Preschool Children about Weight Issues: Suggestions for a New Framework. Journal of The American Dietetic Association 2004; 104 (3): 387-94.

36. Cursino EG; Fujimori E. Integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança: uma revisão bibliográfica. Rev Enfer UERJ 2012; 20 (esp1):676-80

37. Danielzik S, Langnäse K, Mast M, Spethmann C, Müller MJ. Impact of parental BMI on the manifestation of overweight 5-7 year old children. Eur J Nutr 2002; 41(3):132-8.

38. Dattilo AM, Birch L, Nancy FK, Lake A, Taveras EM, Saavedra JM. Need for Early interventions in the prevention of pediatric overweight: a review and upcoming directions. J Obes 2012; 2012:1-18.

39. De La O A, Jordan KC, Ortiz K, Moyer-Mileur LJ, Stoddard G, Friedrichs M, et al. Do parents accurately perceive their child's weight status? J Pediatr Health Car 2007; 23(4):216-21.

40. Díaz M. Percepción materna del estado nutritivo de sus hijos obesos. Arch Pediatr Urug 2002; 73(2):101-5.

41. Doolen J, Alpert PT, Miller SK. Parental disconnect between perceived and actual weight status of children: A metasynthesis of the current research. J Am Nurs Pract 2009; 21(3):160-6.

42. Drachler ML , Macluf SPZ, Leite JCC, Aerts DRGC, Giugliani ERJ, Horta BL. Fatores de risco para sobrepeso em crianças no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública 2003; 19(4):1073-81.

43. Eckstein KC, Mikhail LM, Ariza AJ, Thomsonc JS, Millardd SC., Binns HJ. Parents' perceptions of their child's weight and health. Pediatrics 2006; 117(3):681-90.

44. Fujimori E, Laurenti D, Minagawa AT, Montero RMJM. Selección e introducción de alimentos complementários y reproducción social. Rev Paul Enfer. 2007; 26(4): 241-9.

45. Garrett-Wright D. Parental perception of preschool child body weight. J Pediatr Nurs 2011; 26:435-45.

46. Genovesi S, Giussani M, Faini A, Vigorita F, Pieruzzi F, Strepparava MG, et al. Maternal perception of excess weight in children: a survey conducted by paediatricians in the province of Milan. Acta Paediatr 2005; 94(6):747-52.

47. Giacomossi MC, Zanella T, Höfelmann DA. Percepção materna do estado nutricional de crianças de creches de cidade do Sul do Brasil. Rev Nutr 2011; 24(5): 689-702.

48. Goodell LSl, Pierce MB, Bravo CM, Ferris AM. Parental perceptions of overweight during early childhood. Qual Health Res 2008 18:1548-55.

49. Guevara-Cruz M, Serralde-Zuniga AE, Frigolet Vasquez-Vera ME, Blancas Galicia L, Islas-Ortega L. Association between maternal perceptions and actual nutricional status for children in a study group in Mexico. Nutri Hosp 2012; 27(1):209-12.

50. Gupta N, Goel K, Shah P, Misra A. Childhood obesity in developing countries: epidemiology, determinants, and prevention. Endocr Rev 2012; 33(1):48-70.

51. Hager ER, Candelaria M, Latta LW, Hurley KM, Wang Y, Caulfield LE et al. Maternal perceptions of toddler body size. Arch Pediatr Adolesc Med 2012; 166(5):417-22.

52. Hager ER, McGill AE, Black MM. Development and validation of a toddler silhouette scale. Obesity 2010; 18(2):397-401.

53. Harnack L, Lytle L, Himes JH, Story M, Taylor G, Bishop D. Low awareness of overweight status among parents of preschool-aged children, Minnesota, 2004-2005. Prev Chronic Dis 2009; 6(2):1-7.

54. Harrington JW, Nguyen VQ, Paulson FJ, Garland R, Pasquinelli L, Lewis D. Identifying the “tipping point” age for overweight pediatric patients. Clin Pediatr 2010; 49(7):638-43.

55. He M, Evans A. Are parents aware that their children are overweight or obese? Do they care? Can Fam Phys 2007; 53:1493-9.

56. Hernandez RG, Cheng TL, Serwint JR. Parents’ healthy weight perceptions and preferences regarding obesity counseling in preschoolers: pediatricians matter. Clin Pediatr 2010; 49(8):790-8.

57. Hirschler V, Gonzalez C, Talgham S, Jadzinsky M. Do mothers of overweight Argentinean preschool children perceive them as such? Pediatr Diabetes 2006: 7:201-4.

58. Huang JS, Becerra K, Oda T, Walker E, Xu R, Donohue M et al. Parental ability to discriminate the weight status of children: results of a survey. Pediatrics 2007; 120(1); 112-120.

59. Hudson CE, Cherry DJ, Ratcliffe SJ, McClellan LC. Head start children's lifestyle behaviors, parental perceptions of weight, and body mass index. J Pediatr Nurs 2009; 24(4):292-301.

60. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Pesquisa de Informações Básicas Municipais. Perfil dos Municípios Brasileiros. IBGE: Rio de Janeiro, 2009.

61. Jackson J, Strauss CC, Lee AA, Hunter K Parents’ Accuracy in estimating child weight status. Addic Behav 1990; 15:65-8.

62. Jansen W, Brug J. Parents often do not recognize overweight in their child, regardless of their socio-demographic background. Eur J Public Health 2006; 16(6):645-7.

63. Jeffery NA, Voss LD, Metcalf BS, Alba S, Wilkin TJ. Parent’s awareness of oveweight in themselves and their children: Cross sectional study within a cohort. Br Med J 2005; 330:23-4

64. Jesus GM, Vieira GO, Vieira TO, Martins CC, Mendes CMC, Castelão ES. Fatores determinantes do sobrepeso em crianças menores de 4 anos de idade. J Pediatr 2010; 86(4):311-316.

65. Jones AR, Parkinson KN, Drewett RF, Hyland RM, Pearce MS, Adamson AJ et al. Parental perceptions of weight status in children: the Gateshead Millennium Study. Int J Obes 2011: 35(7):953-62.

66. Júliússum PB, Roelants M, Markestad T, Bjerknes R. Parental perception of overweight and underweight in children and adolescents. Acta Paediatr 2011; 100: 260-5.

67. Lara-García B, Flores-Peña Y, Alatorre-Esquivel MA, Sosa-Briones R, Cerda-Flores RM. Percepción materna de sobrepeso-obesidad infantil y riesgos de salud en Nuevo Laredo, Tamaulipas, México. Salud Publica Mex 2011; 53:258-63.

68. Lazzeri G, Casorelli A, Giallombardo D, Grasso A, Guidoni C, Menoni E et al. Nutritional surveillance in Tuscany: maternal perception of nutritional status of 8-9 y-old school-children. J Prev Med Hyg 2006; 47:16-21.

69. Lins APM. Fatores associados ao sobrepeso em mulheres de 20-59 anos no município do Rio de Janeiro. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Fernandez Figuera – Fundação Oswaldo Cruz; 1999.

70. Macedo L, Festas C, Vieira M. Percepções parentais sobre estado nutricional, imagem corporal e saúde em crianças com idade escolar. Rev Enferm Referência 2012; 6:191-200.

71. Manios Y, Kondaki K, Kourlaba G, Vasilopoulou E, Grammatikaki E. Maternal perceptions of their child's weight status: the GENESIS study. Public Health Nutrition 2008; 12(8): 1099-1105.

72. Manios Y, Moschonis G, Grammatikaki E, Anastasiadou A, Liarigkovinos T. Determinants of childhood obesity and association with maternal perceptions of their children's weight status: the "GENESIS" study. J Am Diet Assoc. 2010;110:1527-31.

73. Mathieu ME, Drapeau V, Tremblay A. Parental misperception of their child's bodyweight status impedes the assessment of the child's lifestyle behaviors. Int J Pediatr 2010; 2010:1-9.

74. Matos SMA, Jesus SR, Saldiva SRDM, Prado MSP, D'Innocenzo S, Assis AMO, Rodrigues LC, Barreto ML. Velocidade de ganho de peso nos primeiros anos de vida e excesso de peso entre 5-11 anos de idade, Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública 2011; 27(4):714-22.

75. May AL, Donohue M, Scanlon KS, Sherry B, Dalenius K, Faulkner P et al. Child-feeding strategies are associated with maternal concern about children becoming overweight, but not children's weight status. J Am Diet Assoc 2007;107:1167-74.

76. Maynard LM, Galuska DA, Blanck HM, Serdula MK. Maternal perceptions of weight status of children. Pediatrics 2003; 111 (supl. 1):1226-31.

77. McCormick DP, Sarpong K, Jordan L, Ray LA, Jain S. Infant obesity: are we ready to make this diagnosis? J Pediatr 2010; 157(1):15-9.

78. Minagawa AT, Oliveira IMV, Fujimori E, Laurenti D, Monteiro RMJM. Perfil do aleitamento materno em menores de 2 anos na cidade de Itupeva, SP, Brasil. Arch Latinoam Nutr 2005; 55(2):132-9.

79. Molina MCB, Faria CP, Montero P, Cade NV. Correspondence between children's nutritional status and mothers' perceptions: a population-based study. Cad Saúde Pública 2009; 25(10):2285-90.

80. Moore LC, Harris CV, Bradlyn AS. Exploring the relationship between parental concern and the management of childhood obesity. Matern Child Health J 2012; 16:902–8.

81. Moreira MA, Cabral PC, Ferreira HS, Lira PIC. Excesso de peso e fatores associados em crianças da região nordeste do Brasil. J Pediatr 2012; 88(4):347-52.

82. Muhammad NA, Omar K, Shah SA, Muthupalaniappen LAP, Arshad F. Parental perception of their children's weight status, and its association with their nutrition and obesity knowledge. Asia Pac J Clin Nutr 2008; 17 (4):597-602.

83. Myers S, Vargas Z. Parental perceptions of the preschool obese child. Pediatr Nurs 2000; 26 (1):23-8.

84. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud publica. Washington (DC); 2000. (OPAS Publicacion Científica, 576).

85. Parkinson KN, Drewett RF, Jones AR, Dale A, Pearce MS, Wright CM et al. When do mothers think their child is overweight?Int J Obes 2011; 35(4):510-6.

86. Pérez-Escamilla R, Kac G. Nutrition transition and obesity prevention throught the life-course. Int J Obes 2013; suppl 3: 6-8.

87. Perrin EM, Skinner AC, Steiner MJ. Parental Recall of Doctor Communication of Weight Status. Arch Pediatr Adolesc Med 2012;166(4):317-322.

88. Perrin EM, Vann JCJ, Benjamin JT, Skinner AC, Wegner S, Ammerman AS. Use of a pediatrician toolkit to address parental perception of children's weight status, nutrition, and activity behaviors. Acad Pediatr 2010; 10:274-81.

89. Petricevic N, Puharic Z, Posavec M, Simetin IP, Franelic IP. Family history and parental recognition of overweight in Croatian children. Eur J Pediatr 2012; 171:1209-14.

90. Popkin BM. Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases. Am J Clin Nutr 2006; 84:289-98.

91. Prado SRLA, Fujimori E. Registro em prontuário de crianças e a prática da integralidade. Rev Bras Enferm 2006; 59:67-71.

92. Prefeitura do município de Itupeva-SP. Relatório de Gestão Anual. São Paulo; 2010.

93. Regber S, Novak M, Eiben G, Bammann K, De Henauw S, Fernández-Alvira JM et al. Parental perceptions of and concerns about child's body weight in eight European countries - the IDEFICS study. Pediatric Obesity 2012; 8: 118-129.

94. Reifsnider E, Flores-Vela AR, Beckman-Mendez D, Nguyen H, Keller C, Dowdall-Smith S. Perceptions of children's body sizes among mothers living on the Texas-Mexico border (La frontera). Public Health Nurs 2006; 23(6):488-95.

95. Rhee KE, De Lago CW, Arscott-Mills T, Mehta SD, Davis RK. Factors associated with parental readiness to make changes for overweight children. Pediatrics 2005;116:e94-101.

96. Rietmeijer-Mentink M, Paulis WD, Middelkoop M, Bindels PJE, Wouden JC. Difference between parental perception and actual weight status of children: a systematic review. Matern Child Nutr 2013; 9(1):3-22.

97. Rivera-Soto WT, Rodríguez-Figueroa L. Childhood Obesity among Puerto Rican Children: Discrepancies Between Child's and Parent's Perception of Weight Status Int J Environ Res Public Health 2012; 9:1427-37.

98. Rodriguez Martín A, Ruiz JPN, Pérez SV, Nieto JMM, Campoy JLL. La percepción del sobrepeso y la obesidad infantil por parte de los progenitores. Rev Esp Salud Publica 2012; 86(5):483-94.

99. Silva LR, Christoffel MM, Fernández A, Santos IMM. A Importância da interação mãe-bebê no desenvolvimento infantil: a atuação da enfermagem materno-infantil. Rev Enferm UERJ 2006; 14(4):606-12.

100. Skelton JA, Busey SL, Havens P. Weight and health status of inner city African American children: Perceptions of children and their parents. Body Image 2006; 3:289-93.

101. Solymos GMB. A experiência vivida de mães de desnutridos: um novo enfoque para intervenção em desnutrição infantil. In: Ferrari AA, Sawaya AL (org.). Desnutrição Urbana no Brasil em um período de transição. São Paulo: Cortez, 1997. p. 127-160.

102. Swinburn B, Egger G, Raza F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. Prev Med 1999; 29(6):563-70.

103. Tavares MCGCF, Campana ANNB, Tavares Filho RF, Campana MB. Avaliação perceptiva da imagem corporal: história, reconceituação e perspectivas para o Brasil. Psicol estud 2010; 15(3):509-18.

104. Tenorio AS, Cobayashi F. Obesidade infantil na percepção dos pais. Rev Paul Pediatr 2011; 29(4):634-9.

105. Towns N, D'Auria J. Parental perceptions of their child's overweight: an integrative review of the literature. J Pediatr Nurs 2009; 24(2):115-30.

106. Tschamler JM, Conn KM, Cook SR, Halterman JS. Underestimation of children's weight status: views of parents in an urban community. Clin Pediatr 2010; 49(5):470-6.

107. UNICEF, WHO, World Bank. Levels and trends in child malnutrition. Joint child malnutrition estimates. New York, NY: United Nations International Children's Fund; Geneva: World Health Organization; Washington, DC: World Bank, 2012.

108. Victora CG, Aquino EM L, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Lancet. 2011; 377(9782): 1863-76.

109. Vieira VL, Souza JMP, Cervato-Mancuso AM. Insegurança alimentar, vínculo mãe-filho e desnutrição infantil em área de alta vulnerabilidade social. Rev. Bras. Saúde Matern Infant 2010; 10 (2): 199-207.

110. Vitolo MR, Gama CM, Bortolini GA, Campagnolo PDB, Drachler ML. Alguns fatores associados a excesso de peso, baixa estatura e déficit de peso em menores de 5 anos. J Pediatr 2008; 84(3):251-7.

111. Vuorela N, Saha Marja-Terttu, Salo MK. Parents underestimate their child‘s overweight. Acta Paediatr 2010; 99:1374-79.

112. Wald ER, Ewing LJ, Cluss P, Goldstrohm S, Cipriani L, Colborn DK et al. Parental perception of children’s weight in a paediatric primary care setting. Child Care Hlth Dev 2007; 33(6):738-43.

113. Wardle J, Cooke L. Genetic and environmental determinants of children’s food preferences. Br J Nutr 2008; 99 (Suppl 1):15-21.

114. Warschburger P, Kröller K. Maternal perception of weight status and health risks associated with obesity in children. Pediatrics 2009; 124:60-8.

115. Whitaker R, Wright J, Pepe M, Seidel K, Dietz W. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. N Engl J Med 1997; 337(13):869-73.

116. World Health Organization (WHO). Childhood overweight and obesity: Childhood overweight and obesity on the rise [online]. Disponível em: http://who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/en/index.html (8 jul. 2013).

117. World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva; 2010.

118. World Health Organization (WHO). Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva; 2004.

119. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of the WHO Consultation on Obesity. Geneva; 1998.

120. World Health Organization (WHO). Population-based approaches to childhood obesity prevention. Geneva; 2012.

121. World Health Organization (WHO). Who child growth standards: length/height-for-age,weight-for-age, weightfor- length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. WHO (nonserial publication). Geneva; 2006.

122. Young-Hyman D, Herman LJ, Scott DL, Schlundt DG. Care giver perception of children's obesity related health risk: a study of African American families. Obesity Research 2000; 8: 241-8.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, 2º andar – Cerqueira César
São Paulo/SP – CEP 05403-000 – e-mail: enssecre@usp.b r
Telefones: (11) 3061-7652 – Fax: (11)3061-7662

Efeito do aconselhamento nutricional sobre práticas alimentares, estado de nutrição e desenvolvimento infantil

1 IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA	
1.Nome do entrevistador:	1. entrev
2. Data da entrevista:	2. dataentr//
3. Unidade de saúde:	3. ubs
4. Nome da mãe:	4. nomemãe
5. Nome da criança:	5. nomecri
6. Data de nascimento da criança:	6. idade//
7. Sexo da criança: [1] Masculino [2] Feminino	7. sexocri
8. Há quanto tempo a sra mora em Itupeva?	8. temItup
9. Matrícula/Prontuário:	9. matric
10. Endereço:	10. endço
11. Fone de contato:	11. fone
12. Horário de início da entrevista: h min	12. duracao
2 INFORMAÇÕES SOBRE A GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO	
13. (Nome da mãe) quantos filhos a sra tem?	13. quantfilho
14. (Nome da mãe) qual a ordem de nascimento de (nome da criança)? [1] 1º filho [2] 2º filho [3] 3º filho [4] 4º filho ou mais	14. ordnasc
15. Fez pré-natal na gravidez de (nome da criança)? [0] Não → *pule para a questão nº* 22 [1] Sim [9] Não sabe/não lembra	15. prenatal
16. Onde fez o pré-natal? [1] Centro ou Posto de saúde [2] Hospital público [3] Hospital privado [4] Médico particular [5] Médico de convênio [9] Não sabe/não lembra	16. onprenat
17. Em que mês da gravidez fez a 1ª consulta de pré-natal? Meses [9]Não sabe/não lembra	17. inprenat
18. Quantas consultas de pré-natal fez na gravidez? Consultas [9]Não sabe/não lembra	18. ncprenat
19. O seu peso foi verificado nas consultas de pré-natal? [0] Não, em nenhuma consulta [1] Sim, em todas as consultas [2] Sim, apenas em algumas consultas [9]Não lembra/não sabe	19. ganhopes
20. A sua pressão foi medida nas consultas de pré-natal? [0] Não, em nenhuma das consultas [1] Sim, em todas as consultas [2] Sim, apenas em algumas consultas [9] Não sabe/não lembra	20. prespre
21. No pré-natal, a sra recebeu orientação sobre como evitar filhos após o parto? [0] Não [1] Sim [9] Não sabe/não lembra	21. orievfi
22. Quanto ganhou de peso nessa gravidez? Kg [99] Não sabe/não lembra	22. ganhopes
23. Durante a gravidez, recebeu visita domiciliária de algum profissional de saúde? (pode assinalar mais que uma resposta) [0] Não [1] Sim, ACS [2] Sim, enfermeiro [3] Sim, médico [4] Sim, outro [9] Não sabe/não lembra [8] Não se aplica	23. visitpn
24. A sra fuma? [0] Não → *pule para a questão nº* 29 [1] Sim	24. fuma
25. Há quantos anos a sra fuma? anos [99] Não sabe/não lembra	25. tempfum
26. Quantos cigarros por dia? cigarros [99] Não sabe/não lembra	26. ncigdia
27. Fumou durante a gravidez? [0] Não → *pule para a questão nº* 29 [1] Sim [9]Não lembra/não sabe	27. fumog
28. Quantos cigarros por dia fumava na gravidez? cigarros [99] Não sabe/não lembra	28. fumodiag
29. A sra tomou bebida alcoólica durante a gravidez? [0] Não bebe, nunca bebeu [1] Sim, sempre [2] Sim, algumas vezes [3] Não, mas bebia antes da gravidez [9] Não sabe/não lembra	29. alcolg

30. Durante a gravidez a sra teve: *(Pode assinalar várias respostas)* [1] Anemia [2] Infecção urinária [3] Pressão alta [4] Diabetes gestacional [5] Hemorragia [6] Internação por qualquer motivo [7] Outro: [0] Nenhum problema [9] Não sabe/não lembra	30. compgest
Durante a gravidez a sra tomou: 31. Sulfato Ferroso Tempo de uso:meses [99] Não sabe/não lembra [0] Não tomou 32. Ácido Fólico Tempo de uso:meses [99] Não sabe/não lembra [0] Não tomou	31. gestfe 32 acidfo
33. Qual foi o tipo de parto de (nome da criança)? [1] Normal [2] Cesárea [3] Fórceps	33. tipoparto
34. Em que lugar (nome da criança) nasceu? [1] Em casa → *pule para a questão nº37* [2] Hospital público [3] Hospital particular/convênio [9] Não sabe/não lembra	34. nasclocal
35. Na maternidade (nome da criança) ficou junto com a sra no quarto? [0] Não [1] Sim, o tempo todo [2] Sim, parte do tempo [9] Não sabe/não lembra	35.nascquat
36. (Nome da criança) saiu de alta da maternidade junto com a sra? [1] Sim [0] Não Motivo:[9] Não sabe/não lembra	36. altajunt
37. Durante o parto ou nos primeiros dias após o parto a sra ou (nome da criança) tiveram algum problema? [0] Não [2] Sim, mãe Qual problema? [3] Sim, bebê Qual problema? [9] Não sabe/não lembra	37. probnasc
38. A sra teve alguma consulta nos primeiros 42 dias após o parto (no posto de saúde, hospital ou recebeu visita domiciliária do médico ou enfermeiro)? [0] Não [1] Sim [9] Não sabe/não lembra	38. conspuer
3 CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA	
39. Com quanto de peso (nome da criança) nasceu? (Se necessário, veja caderneta ou prontuário) gramas [0] Sem informação	39. peson
40. Com qual tamanho (nome da criança) nasceu? (Se necessário, veja caderneta ou prontuário) cm [0] Sem informação	40. compn
41. (Nome da criança) frequenta creche? [0] Não → *pule para a questão nº* 44 [1] Sim	41. crech
42. Com qual idade (nome da criança) entrou na creche? anos meses	42. inicrech
43. Em qual período (nome da criança) fica na creche? [1] Integral [2] parcial	43. percrech
44. Se NÃO frequenta creche ou frequenta parcialmente, onde (nome da criança) fica? [1] Em casa [2] Com os Avós [3] Outro familiar [4] Na Vizinha [5] com Crecheira	44. crifica
45. Se NÃO frequenta creche ou frequenta parcialmente, quem cuida de (nome da criança) a maior parte do dia? (pode assinalar mais de uma resposta) [1] Mãe [2] Pai [3] Avó [4] Avô [5] Familiar < 10 anos [6] Familiar > 10 anos [7] Empregada [8] Crecheira [11] Outros, quem?	45. quemcrifica
46. (Nome da criança) está inscrita em algum desses programas? [1] Bolsa família [2] Leve Leite [3] Pastoral da criança [4] Outros [0] Não [9] Não sabe/não lembra	46. inscprog
47. (Nome da criança) recebe algum medicamento/vitamina como suplementação? [0] Não [1] Sulfato Ferroso [2] Aditil (Vitamina A+D) [3] Polivitamínico [4] Outro, qual [9] Não sabe/não lembra	47. suplem
48. Quanto ao uso de chupeta, (Nome da criança): [0] Nunca usou [1] Já usou, mas não usa mais [2] Ainda usa chupeta	48. usachupeta
49. (Nome da criança) já teve anemia ou diagnóstico de anemia em algum momento? [0] Não → *pule para a questão nº 51* [1] Sim [9] Não sabe/não lembra	49. anemia
50. Como a sra tratou a anemia de (nome da criança)? [0] Não tratou [1] Fez uso de ferro [2] Tratou com alimentos Quais? [9] Não sabe/não lembra	50. tranemia
51. (Nome da criança) teve nos últimos 15 dias: (pode assinalar mais que uma resposta) [1] febre [2] tosse/problema respiratório [3] problema de garganta [4] diarréia... Outro: [0] Não teve nenhum problema [9] Não sabe/não lembra	51. dçacr
52. (Nome da criança) foi internada alguma vez? [0] Não → *pule para a questão nº 55* [1] Sim [9] Não sabe/não lembra	52. internac
Se SIM, qual o motivo e o período da última internação? 53. Motivo:	53. motint

54. Período:	54. perint
55. Em média, quantas horas (nome da criança) dorme durante o dia? horas [0] Não dorme durante o dia [99] Não sabe	55. sonodia
56. Em média, quantas horas (nome da criança) dorme a noite? horas [99] Não sabe	56. sononoite
APENAS PARA CRIANÇAS MAIORES DE 1 ANO Quais são as atividades de lazer de (nome da criança) e quantas horas por dia ou vezes por semana? 57. TV/Videogame: horas/dia [0] Não 58. Boneca/carrinho/joguinhos: horas/dia [0] Não 59. Jogar bola/andar de triciclo/bicicleta: horas/dia e vezes/semana [0] Não 60. Natação/Ballet: horas/dia e vezes/semana [0] Não 61. Brincar na rua/playground/parque: horas/dia e vezes/semana [0] Não 62. Outros: horas/dia e vezes/semana	 57. ativtv 58. ativbon 59. atibol 60. ativnad 61. ativrua 62.
4 HISTÓRIA ALIMENTAR DA CRIANÇA	
63. (Nome da criança) mama no peito? [0] Não [1] Sim → *pule para a questão nº* 65	63. mampeit
64. Por que a sra não amamentou ou deixou de amamentar (nome da criança)? (pode assinalar mais que uma resposta) [1] Problemas mamários [2] Problemas durante o parto/puerpério [3] Retorno ao trabalho [4] Nova gravidez [5] Orientação profissional [6] Opção própria [7] Criança com idade maior de 2 anos Outro:	64. naomam
65. Quantas vezes por dia (nome da criança) mama no peito ?	65. mampeit
66. A sra amamenta no período noturno ? [0] Não [1] Sim	66. mamnot
67. Durante o pré-natal a senhora recebeu alguma orientação e/ou incentivo para a amamentação? [0] Não → *pule para a questão nº* 70 [1] Sim [9] Não lembra/não sabe	67. oripnmam
68. Quais profissionais forneceram orientação e/ou incentivo sobre amamentação? [1] Enfermeiro [2] Médico [3] Ambos [4] Outros	68. proforie
69. Como foi realizada essa orientação e/ou incentivo à amamentação? [1] Individual [2] Grupo/Curso [3] Outros	69. orimam
70. (Nome da criança) mamou no peito logo que nasceu (na 1ª hora após o parto)? [0] Não [1] Sim [9] Não sabe/não lembra	70. peitnasc
71. Na maternidade (nome da criança) mamou no peito? [0] Não [1] Sim, exclusivamente no peito [2] Sim, mas recebeu outros alimentos também (água glicosada, fórmulas lácteas) [8] Não se aplica [9] Não sabe/não lembra	71. matmam
72. Na maternidade a sra recebeu orientação e/ou ajuda para amamentar? [0] Não → *pule para a questão nº* 74 [1] Sim [8] Não se aplica [9] Não sabe/não lembra	72.orimatmam
73. Quem forneceu essa orientação e/ou ajuda na maternidade? [1] Enfermeiro [2] Médico [3] Ambos Outros: [9] Não sabe/não lembra	73. profmat
74. Logo que chegou em casa, a sra deu de mamar no peito? [0] Não [1] Sim, exclusivamente o peito [2] Sim, mas deu outros alimentos também (água, chá, fórmulas lácteas) [9] Não sabe/não lembra	74. casamam
75. A sra teve alguma dificuldade ou problema para amamentar em casa? (pode assinalar mais que uma resposta) [0] Não [9] Não sabe/não lembra [1] Sim Qual?	75. probmam
76. A sra amamentou o filho anterior? [0] Não [1] Sim [8] Não se aplica	76. filmam
77. A sra tinha o desejo de amamentar (nome da criança)? [0] Não [1] Sim [9] Não sabe/não lembra	77. desmam
78. Até que idade (nome da criança) recebeu só leite materno, sem nenhum outro alimento (água/chás)? dias ou meses [0] Nunca mamou no peito [99] Não sabe/não lembra [88] Ainda recebe só leite materno (sem água ou chá) → pule para a avaliação do desenvolvimento	78. iddpei
Qual outro alimento (nome da criança) recebe além do leite materno? 79. Água [0] Não [1] Sim [9] Não sabe 80. Chá [0] Não [1] Sim [9] Não sabe 81. Leite de vaca [0] Não [1] Sim [9] Não sabe 82. Leite em pó [0] Não [1] Sim [9] Não sabe 83. Outros:	 79. agua 80. cha 81. leitvac 82. leitpo 83.
84. Com que idade começou a receber leite diferente do leite materno? dias OU meses [999] Não sabe/não lembra	84. outrlm
85. Com que idade deixou de receber o leite materno? dias OU meses [999] Não sabe/não lembra	85. paroulm
86. Quanto ao uso de mamadeira: [0] Nunca usou → pule para a questão nº 89 [1] Já usou e ainda usa [2] Já usou e não usa mais [9] Não sabe/não lembra	86. mamde
87. Com qual idade iniciou o uso da mamadeira? dias OU meses [888] Não se aplica [999] Não sabe/não lembra	87. idmadei
88. Com qual idade deixou de usar a mamadeira? dias OU meses [888] Não se aplica [999] Não sabe/não lembra	88. semadei

89. Com que idade (nome da criança) começou a receber papa (frutas amassadas, alimentação pastosa)? dias OU meses [888] Ainda só recebe leite/líquidos [999] Não sabe/não lembra	89. pastosa
90. Com que idade (nome da criança) iniciou a alimentação sólida (comida de panela/ da família)? dias OU meses [888] Ainda só recebe leite/líquidos [999] Não sabe/não lembra	90. solida
91. (Somente para os maiores de 1 ano) (Nome da criança) costuma comer assistindo televisão? [0] Não [2] Sim, sempre [3] Sim, às vezes	91. comtv

5 CONSUMO ALIMENTAR HABITUAL DA CRIANÇA

Pergunte para mãe tudo que a criança come e bebe durante um dia comum de alimentação (rotineiro).

Horário	Quantidade (medida caseira)	Alimento

6 CONSUMO ALIMENTAR (SOMENTE PARA AS CRIANÇAS ACIMA DE 2 ANOS DE IDADE)

Agora serão feitas algumas perguntas sobre a alimentação de (nome da criança). Para cada alimento citado, favor informar se (nome da criança) come (SIM ou NÃO). Se come, quantas vezes come por dia, semana ou mês.
Marque somente um X para cada linha e responda todas as linhas. Não deixe linhas em branco.

ALIMENTOS	+6 x/dia	4-6 x/dia	2-3 x/dia	4-6 x/sem	1-3 x/sem	1-3 x/mês	1 x/mês	Não come/raramente
	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
92. Leites e derivados: queijo, requeijão, iogurte								
93. Suco de frutas (natural)								
94. Frutas: laranja, banana, mamão								
95. Cereais/pães e tubérculos: arroz, pão, macarrão, batatas, mandioca, farinhas (fubá, maisena)								
96. legumes/verduras: chuchu, cenoura, tomate, folhas cruas ou cozidas								
97. Feijões: ervilha, lentilha, grão de bico								
98. Carnes, miúdos, ovos: boi, porco, aves, peixe, lingüiça, salsicha								
99. Açúcares e doces: chocolate, bala, etc								
100. Alimentos industrializados: papinha, miojo, gelatina, suco industrializado ou refresco em pó (de saquinho)								
101. Refrigerantes								
102. Salgadinhos								

7 AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

Data de nascimento ___/___/___	Marcos do desenvolvimento *(resposta esperada)*	Idade (meses) 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15
	Abre e fecha os braços em resposta à estimulação *(Reflexo de Moro)*														
	Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada														
	Olha para a pessoa que a observa	■	■	■											
	Dá mostras de prazer e desconforto	■	■	■											
	Fixa e acompanha objetos em seu campo visual	■	■	■	■										
	Colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente	■	■	■											
	Arrulha e sorri espontaneamente		■	■	■										
	Começa a diferenciar dia/noite		■	■	■										
	Postura: passa da posição lateral para linha média		■	■	■	■									
	Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça apoiando-se no antebraço		■	■	■	■									
	Emite sons - Balbucia		■	■	■	■									
	Conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva			■	■	■	■								
	Rola da posição supina para prona				■	■	■	■							
	Levantada pelos braços, ajuda com o corpo				■	■	■	■							
	Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro				■	■	■	■	■	■					
	Reconhece quando se dirigem a ela					■	■	■	■	■					
	Senta-se sem apoio					■	■	■	■	■	■				
	Segura e transfere objetos de uma mão para a outra					■	■	■	■	■	■				
	Responde diferentemente a pessoas familiares e ou estranhos						■	■	■	■	■	■			
	Imita pequenos gestos ou brincadeiras						■	■	■	■	■	■	■		
	Arrasta-se ou engatinha						■	■	■	■	■	■	■	■	
	Pega objetos usando o polegar e o indicador									■	■	■	■	■	■
	Emprega pelo menos uma palavra com sentido									■	■	■	■	■	■
	Faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc.)									■	■	■	■	■	■

	Marcos do desenvolvimento *(resposta esperada)*	Idade (meses) 10	11	13	14	15	18	21	Idade (anos) 2	3	4	5	6
	Anda sozinha, raramente cai	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Tira sozinha qualquer peça do vestuário			■	■	■	■	■					
	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras			■	■	■	■	■	■				
	Distancia-se da mãe sem perdê-la de vista			■	■	■	■	■	■				
	Leva os alimentos à boca com sua própria mão			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Corre e/ou sobe degraus baixos				■	■	■	■	■				
	Aceita a companhia de outras crianças mas brinca isoladamente							■	■	■			
	Diz seu próprio nome e nomeia objetos como sendo seu							■	■	■			
	Veste-se com auxílio							■	■	■	■		
	Fica sobre um pé, momentaneamente							■	■	■	■		
	Usa frases							■	■	■	■		
	Começa o controle esfincteriano							■	■	■	■		
	Reconhece mais de duas cores								■	■	■		
	Pula sobre um pé só								■	■	■	■	
	Brinca com outras crianças								■	■	■		
	Imita pessoas da vida cotidiana (pai, mãe, médico, etc.)								■	■	■	■	
	Veste-se sozinha									■	■	■	
	Pula alternadamente com um e outro pé									■	■	■	■
	Alterna momentos cooperativos com agressivos									■	■	■	■
	Capaz de expressar preferências e idéias próprias									■	■	■	■

■ Período em que 90% das crianças adquirem o marco
□ Presentes até o 4º mês

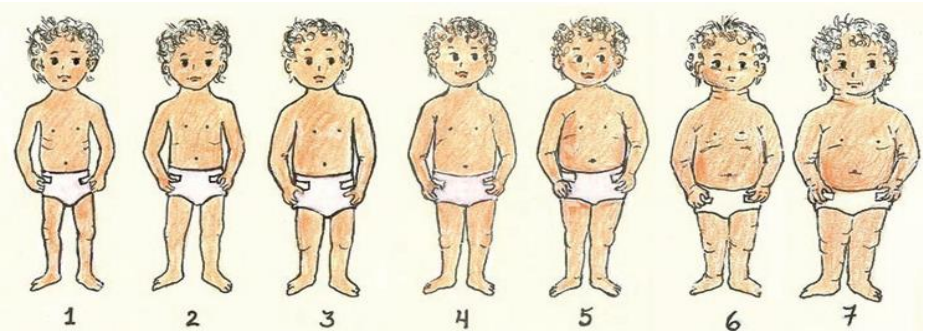
P= presente; A= ausente; NV = não verificado

Elaborado por Brant, J. A. C.; Jerusalinsky, A. N. e Zannon, C. M.L.C

8. ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

103. A sra faz acompanhamento de (nome da criança) com médico ou enfermeiro? [0] Não → *pule para a questão nº 105* [1] Sim, com que frequência e por quê [3] Só quando está doente	103. consfreq
104. Em que serviço de saúde costuma levar (nome da criança)? [1] Centro /Posto de Saúde [2] Médico do convênio/particular [3] Outro,qual[9] Não sabe/não lembra	104. consserv
105. Quando (nome da criança) tem consulta, a sra leva a caderneta de saúde? [0] Não [1] Sim [3] Às vezes	105. conscad
106. A sra foi orientada a trazer a caderneta de saúde nas consultas de (nome da criança)? [0] Não [1] Sim [9] Não lembra	106. orientcad
107. O profissional de saúde faz anotações na caderneta de (nome da criança)? [0] Não [1] Sim [3] Às vezes [9] Não sabe/não lembra	107.profanot
108. O profissional de saúde fala sobre o ganho de peso e do tamanho de (nome da criança)? [0] Não [1] Sim [3] Às vezes [9] Não lembra	108. profpeso
109. A sra está com a caderneta de saúde de [nome da criança] em mãos? [0] Não → *pule para a questão nº 117* [1] Sim	109. caderncr
Verificar o Cartão da Criança e anotar: 110. Identificação da criança [0] Sem preenchimento [1]Completo [2]Incompleto 111. Dados do nascimento [0] Sem preenchimento [1]Completo	110. identcad 111. nasccad

[2]Incompleto 112. Acompanhamento do crescimento [0] Sem preenchimento [1]Completo [2]Incompleto 113. Registro de peso no gráfico de crescimento [0] Sem preenchimento [1]Completo [2]Incompleto 114. Registro de altura no gráfico de crescimento [0] Sem preenchimento [1]Completo [2]Incompleto 115. Registro no gráfico de desenvolvimento [0] Sem preenchimento [1]Completo [2]Incompleto 116. Vacinação [0] Sem preenchimento [1]Completo [2]Incompleto	112. crescad 113. pesocad 114. altcad 115. descad 116. vacicad
117. O profissional de saúde costuma orientar a sra sobre como alimentar (nome da criança)? [0] Não → *pule para a questão nº 12*[1] Sim [3] Às vezes [9] Não sabe/não lembra	117. profalim
118. A sra consegue se lembrar das orientações sobre alimentação? [0] Não [1] Sim [3] Às vezes Quais	118. qualori
119. A sra costuma seguir as orientações fornecidas? [0] Não [1] Sim [3] Quando possível	119. seguiori
9 PERCEPÇÃO MATERNA	
120. Como a sra avalia o estado nutricional de (nome da criança)? [1] Muito magro [2] Magro [3] Peso adequado [5] Gordo [6] Muito gordo	120. perestnu
121. Você acha que (nome da criança) tem anemia? [0] Não → pule para a questão nº 123 [1] Sim	121.peranemi
122. Por que você acha que (nome da criança) tem anemia? [1] Muito branquinho [2] Come pouco, não se alimenta bem [3] Outro, qual	122.perpqane
Somente para as crianças maiores de 1 ano. 123. Com qual dessas figuras a sra acha que (nome da criança) se parece? Nº 124. Com qual dessas figuras a sra gostaria que (nome da criança) se parecesse?Nº	 123.permatfig 124. figmatcr



10. CARACTERÍSTICAS DAS FORMAS DE VIVER E TRABALHAR DA FAMÍLIA								
125. Primeiro nome dos integrantes da família	126. Relação	127. Sexo	128. Idade (em anos)	129. Anos completos de escolaridade:	130. Trabalha	131. Registro em carteira	132. Renda (em reais)	133. Benefícios
Identificar o Chefe da família com um "X"	[1] Pai [2] Mãe [3] Cr1 [4] Avó [5] Avô [6] Cr2 [7] Cr3 [8] Outros Qual?	[1] Masc [2] Fem		[1] 1ªsérie [2] 2ªsérie [3] 3ªsérie [4] 4ªsérie [5] 5ªsérie [6] 6ªsérie [7] 7ªsérie [8] 8ªsérie [9] Supl Ens Fund [10] 1ºEns médio [11] 2ºEns médio [12] 3ºEns médio [13] Supl Ens Médio [14] Sup. incompl. [15] Sup. compl. [16] Pós-Grad. [17] Nenhum	[0] Não [1] Não, mas está procurando emprego [2] Sim	[0] Não [1] Sim		[0] Nenhum [1] Vale transporte [2] Cesta básica [3] Assistência à saúde [4] Vale refeição [5] Outros

(As perguntas devem ser feitas mesmo que as pessoas não estejam trabalhando no momento)	
134. Chefe da família fez curso preparatório para o trabalho? [0] Não [1] Sim [8] Não se aplica [9]Não sabe/não lembra	134.curschef
135. Profissão/cargo/função/atividade no trabalho do chefe da família: [8] Não se aplica [9] Não sabe/não lembra	135.ocupchef
136. Profissão/cargo/função/atividade no trabalho da mãe: [8] Não se aplica	136. ocupmae
137. Mãe fez curso preparatório para o trabalho? [0] Não [1] Sim [8] Não se aplica	137. cursmae
138. Outros rendimentos? [0] Não [1] Aluguel [2] Aposentadoria [3] Pensão [4] Donativos [5] Outros: R$	138.outsrend
139. Propriedade do domicílio: [0] Cedida/Outros [1] Alugada [2] Financiada [3] Própria regular/irregular [9] Não sabe	139.propdom
140. Paga IPTU? [0] Não [1] Sim [2] Isento [9] Não sabe	140.iptu
141. Recebe conta de água? [0] Não [1] Sim [9] Não sabe	141.contagua
142. Recebe conta de luz? [0] Não [1] Sim [9] Não sabe	142.contaluz
143. Acesso ao serviço público de esgoto? [0] Não [1] Sim [9] Não sabe	143.esgoto
144. Quantos cômodos possui para dormir? [0] Nenhum [1] Um [2] Dois [3] Três ou +	144.comodos
145. Algum membro da família freqüenta cultos religiosos? [0] Não [1] Sim	145.cultost
146. Qual a principal atividade de lazer da família? [1] TV/ vídeo [2] esporte [3] Parque [4] Shopping [5] videogame [9] Outra:	146.outlazer
147. Alguma pessoa da família participa de algum grupo/associação/sindicato ligado a (pode ter mais de uma resposta): [0] Não [1] Escola [2] Igreja [3] Bairro [4] Trabalho [5] Trabalho voluntário [6] Outro tipo de agrupamento [9] Não sabe	147.partgrup

11. ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS E DAS MÃES	
CRIANÇA:	
148. Peso (em gramas): gr	148. pesocr
149. Comprimento (em centímetros): cm	149. compcr
150. Hemoglobina: mg/dL	150. Hbcr
MÃE:	
151. Peso (em gramas): kg	151. pesomae
152. Altura (em centímetros): cm	152. alturmae
Horário de término da entrevista: h min	

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, 2º andar – Cerqueira César
São Paulo/SP – CEP 05403-000 – e-mail: enssecre@usp.b r
Telefones: (11) 3061-7652 – Fax: (11)3061-7662

Pesquisa: Efeito do aconselhamento nutricional sobre práticas alimentares, estado de nutrição e desenvolvimento infantil.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ fui convidada a participar de uma pesquisa que busca avaliar o efeito de um aconselhamento nutricional dos profissionais de saúde na prática alimentar e estado nutricional e de desenvolvimento das crianças de Itupeva. A pesquisa será desenvolvida com minha participação em duas entrevistas, respondendo questionário com perguntas sobre as condições sócio-econômicas de minha família, cuidados que tive na gestação e parto de meu filho e sobre sua saúde e alimentação. Além disso, fui informada sobre a necessidade de verificação do meu peso e altura, bem como a de meu filho, e a realização de exame para avaliar presença de anemia em mim e em meu filho através da coleta de uma gota de sangue do dedo médio (no caso de bebês com menos de 4 meses, do calcanhar). Também fui informada que a coleta de sangue será feita por profissional treinado e não implicará em risco para a criança, pois todo o material utilizado é estéril e descartável. Receberei o resultado logo após a realização do exame, e caso seja necessário, meu filho receberá tratamento no próprio serviço ou será encaminhado. Minha participação é voluntária e terei total liberdade de não participar da pesquisa, ou se aceitar participar, poderei retirar meu consentimento a qualquer momento. Foi-me garantido que as informações são sigilosas e confidenciais. Satisfeita com as explicações, concordo em participar como voluntário da pesquisa e assino duas cópias deste documento, uma para mim e outra para o pesquisador. Caso eu tenha alguma dúvida, reclamação ou necessite algum tipo de esclarecimento poderei entrar em contato com a pesquisadora responsável, Dra. Elizabeth Fujimori (11) 3061 7652 ou (11) 9835 9399 ou se for relacionado aos aspectos éticos, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP no fone (11) 3061-7548.

ITUPEVA, ____/_____/ 2013.

_____ _____

Assinatura da Mãe Assinatura do entrevistador

APÊNDICE 3 - FICHA DE RESULTADO/ENCAMINHAMENTO

Nome da mãe: _____Idade: _____
Peso:_____Altura:_____IMC:_____Hb:_____
Encaminhamento: ( ) Não ( ) Sim
Motivo:_____
Nome da criança:_____ Idade:_____
Peso:_____Altura:_____Hb:_____
Encaminhamento: ( ) Não ( ) Sim
Motivo: _____

ITUPEVA,_____de_____de 2013.

Carimbo e assinatura do profissional responsável:_____

ANEXO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFEITO DO ACONSELHAMENTO NUTRICIONAL DA ESTRATÉGIA AIDPI SOBRE PRÁTICAS ALIMENTARES, DESENVOLVIMENTO INFANTIL E ESTADO NUTRICIONAL INFANTIL E MATERNO

Pesquisador: ELIZABETH FUJIMORI

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 02081612.7.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Fundação de Amparo a Pesquisa de São Paulo ((FAPESP))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 193.468

Data da Relatoria: 05/02/2013

Apresentação do Projeto:

A pesquisa parte da hipo¿tese de que a capacitac¿a¿o em aconselhamento nutricional contribui para melhorar conhecimentos e pra¿ticas das ma¿es em relac¿a¿o ao correto manejo da alimentac¿a¿o infantil; contribui para melhorar o consumo alimentar, o crescimento e o desenvolvimento das crianc¿as e tambe¿m a capacidade de ma¿es reconhecerem o estado nutricional das crianc¿as. Afirma que ha¿ associac¿a¿o entre estado nutricional da crianc¿a e da ma¿e.

ME¿TODO: o estudo sera¿ desenvolvido com crianc¿as cadastradas nos servic¿os de sau¿de da atenc¿a¿o ba¿sica de Itupeva, SP, que conta com 12 UBS, 8 tradicionais, 1 mista com Programa Agentes Comunita¿rios de Sau¿de e 3 unidades de sau¿de da fami¿lia. Crite¿rio de Inclusa¿o dos sujeitos do estudo:

Crianc¿as 3 anos cadastradas nas unidade ba¿sicas de sau¿de (UBS) e suas ma¿es. Para se obter a amostra, todas as crianc¿as que buscarem atendimento de puericultura nas UBS, em determinado peri¿odo, sera¿o inclui¿das, ate¿ se alcanc¿ar a amostra mi¿nima.

Crite¿rio de Exclusa¿o:

Crianc¿as com diagtno¿stico de problemas de sau¿de que afetem o crescimento/desenvolvimento

Trata-se de um estudo de intervenc¿a¿o do tipo antes-depois a ser desenvolvido em tre¿s fases.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

Na 1a fase (antes), de abordagem quantitativa, sera¿o avaliados cerca de 375 pares ma¿e-crianc¿a (10 atendimentos de cada profissional de sau¿de, me¿dico e enfermeiro) para verificar, por meio de modelagem de equac¿o¿es estruturais, o efeito dos construtos condic¿o¿es socio-econo¿micas, caracteri¿sticas maternas e da crianc¿a, conhecimento e pra¿tica materna relacionadas a¿ alimentac¿a¿o da crianc¿a sobre o estado de nutric¿a¿o, desenvolvimento infantil e estado nutricional materno. Na 2a fase (intervenc¿a¿o), de abordagem qualitativa, os profissionais de sau¿de (me¿dicos e enfermeiros) sera¿o convidados a participar de capacitac¿a¿o com foco no aconselhamento nutricional da estrate¿gia AIDPI, que sera¿ avaliada por grupo focal ao final, para documentar a efetividade do treinamento. A 3a fase (depois), de abordagem quantitativa avaliara¿ o efeito do aconselhamento nutricional (capacitac¿a¿o), por meio da re-avaliac¿a¿o do consumo alimentar, estado nutricional, desenvolvimento das crianc¿as e conhecimento e pra¿tica materna e sua capacidade de reconhecer o estado nutricional das crianc¿as. O efeito sera¿ avaliado em sub-amostra das crianc¿as inicialmente avaliadas, cerca de 60 dias apo¿s consulta po¿s-intervenc¿a¿o, incluindo- se 4 pares ma¿e-crianc¿as atendidas por profissional capacitado, que devera¿ resultar em cerca de 100 pares. Na 1a e 3a fase, o estado nutricional da crianc¿a sera¿ caracterizado por avaliac¿a¿o antropome¿trica do crescimento, comparando-se ganhos em escore Z e classificac¿a¿o segundo i¿ndices antropome¿tricos de peso/idade (P/I), estatura/idade (E/I) e peso/estatura (P/E) e da ma¿e pelo ca¿lculo do i¿ndice de massa corporal. Anemia sera¿ avaliada por meio da dosagem de hemoglobina em Hemocue, a ser realizada na 1a fase, na crianc¿a e na ma¿e. A pra¿tica alimentar sera¿ obtida por recordato¿rio de 24h e sera¿ avaliada segundo recomendac¿a¿o de energia, nutrientes, presenc¿a dos grupos alimentos e no de refeic¿o¿es. O desenvolvimento sera¿ avaliado pela aplicac¿a¿o do teste de Denver.

Pesquisa com financiamento FAPESP.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Prima¿rio:

Avaliar o efeito do aconselhamento nutricional da estrate¿gia AIDPI sobre a pra¿tica alimentar, estado de nutric¿a¿o e desenvolvimento de¿¿¿¿ crianc¿as menores de tre¿s anos, capacidade de ma¿es reconhecerem o estado nutricional das crianc¿as e estado nutricional materno.

Objetivo Secunda¿rio:

a) avaliar condic¿o¿es socioecono¿micas, caracteri¿sticas maternas, incluindo seu estado nutricional e caracteri¿sticas infantis, estado de nutric¿a¿o e de desenvolvimento da crianc¿a, conhecimento e pra¿tica materna relativa a¿ alimentac¿a¿o da crianc¿a, ale¿m da capacidade de ma¿es reconhecerem o estado nutricional das crianc¿as; b) avaliar efetividade da capacitac¿a¿o em aconselhamento nutricional por grupo focal ao final; c) avaliar o efeito do aconselhamento

nutricional sobre o estado nutricional e de desenvolvimento da crianc¿a; d) avaliar o efeito do aconselhamento nutricional sobre o conhecimento e a pra¿tica materna relativa a¿ alimentac¿a¿o da crianc¿a e capacidade de ma¿es reconhecerem o estado nutricional das crianc¿as.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Pode-se considerar que a punctura digital para colheita de sangue para determinac¿a¿o da concentrac¿a¿o de hemoglobina sangui¿nea possa causar dor fi¿sica leve em algumas crianc¿as.

Benefi¿cios:

1) Espera-se que as crianc¿as participantes do estudo sejam beneficiadas com o atendimento prestado por profissionais capacitados e que as ma¿es sejam orientadas para ampliar conhecimentos e pra¿ticas sobre alimentac¿a¿o e nutric¿a¿o infantil, com vistas a¿ formac¿a¿o de ha¿bitos alimentares sauda¿veis. 2) Espera-se que os resultados fornec¿am uma ampla base de refere¿ncia diagno¿stica sobre o estado de nutric¿a¿o e desenvolvimento infantil que oriente as poli¿ticas locais de sau¿de. 3) Espera-se contribuir para aumentar o conhecimento sobre a efica¿cia do modelo de intervenc¿a¿o proposto (aconselhamento nutricional) para a melhoria dos indicadores de morbi-mortalidade infantil, de forma a subsidiar o aperfeic¿oamento, tanto das poli¿ticas de educac¿a¿o permanente, como da implementac¿a¿o de estrate¿gias de sensibilizac¿a¿o e capacitac¿a¿o de profissionais com vistas a¿ formac¿a¿o de ha¿bitos alimentares sauda¿veis na prevenc¿a¿o e controle dos problemas nutricionais e de desenvolvimento infantil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é relevante, partindo-se da justificativa do estudo, em que a pesquisadora afirmou que: "apesar da melhoria nas condic¿o¿es de sau¿de e nutric¿a¿o observada nas u¿ltimas tre¿s de¿cadas, a reduc¿a¿o das disparidades regionais permanece como desafio (Victora et al 2011), pois ainda persistem desigualdades importantes, refletindo as diferentes condic¿o¿es de acesso a¿s tecnologias disponi¿veis para prevenc¿a¿o e controle de doenc¿as e a¿ informac¿a¿o, que confere poder para evitar mortes por doenc¿as preveni¿veis (Brasil 2006; 2009). A estrate¿gia de Atenc¿a¿o Integrada a¿s Doenc¿as Prevalentes na Infa¿ncia-AIDPI foi concebida para reduzir a mortalidade infantil e contribuir para que a crianc¿a atinja o seu potencial ma¿ximo de crescimento e desenvolvimento, sobretudo nos pai¿ses emergentes, por meio da capacitac¿a¿o dos profissionais para resoluc¿a¿o dos problemas no ni¿vel prima¿rio, colocando a¿ disposic¿a¿o do pessoal da sau¿de, ferramentas apropriadas para lidar com os agravos prevalentes na infa¿ncia (Benguigui 2001). Uma dessas ferramentas e¿ o aconselhamento nutricional, que inclui recomendac¿o¿es sobre importa¿ncia e frequ¿e¿ncia da amamentac¿a¿o e introduc¿a¿o da alimentac¿a¿o complementar de qualidade, em tempo oportuno para promover a formac¿a¿o de ha¿bitos alimentares sauda¿veis (Brasil 2002a)".

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, nos quais explicita a coleta de dados com a criança e com a mãe, dirigidos às mães, que concordarão ou não com a coleta de dados. Os Termos incorporaram as recomendações da resolução 196/96.

Recomendações:

devolução dos resultados da pesquisa às instituições envolvidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências, a pesquisadora incorporou as recomendações deste CEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do projeto por este CEP não substitui a aprovação das instituições co-participantes antes do início da coleta de dados.

O CEP EEUSP informa que há necessidade de registro dos relatórios: parcial e final da pesquisa, na plataforma Brasil.

SAO PAULO, 05 de Fevereiro de 2013

Assinador por:
Celia Maria Sivalli Campos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br