

JÉSSICA PEDROSO DA SILVA

Atitudes, crenças e práticas maternas sobre alimentação infantil e percepção e insatisfação materna em relação ao estado nutricional de crianças em escolas particulares do Distrito Federal, Brasil

Brasília – DF
2016

JÉSSICA PEDROSO DA SILVA

Atitudes, crenças e práticas maternas sobre alimentação infantil e percepção e insatisfação materna em relação ao estado nutricional de crianças em escolas particulares do Distrito Federal, Brasil

Dissertação de mestrado apresentada como requisito para o título de Mestre em Nutrição Humana, pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana, Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Muriel Bauermann Gubert

Co-orientadora: Profa. Dra. Maria Natacha Toral Bertolin

Brasília – DF
2016

JÉSSICA PEDROSO DA SILVA

Atitudes, crenças e práticas maternas sobre alimentação infantil e percepção e insatisfação materna em relação ao estado nutricional de crianças em escolas particulares do Distrito Federal, Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana, Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de Mestre em Nutrição Humana, à seguinte banca examinadora:

Dra. Leonor Maria Pacheco Santos (presidente)
Faculdade de Ciências da Saúde/ Departamento de Saúde Coletiva
Universidade de Brasília

Dra. Muriel Bauermann Gubert (membro efetivo)
Faculdade de Ciências da Saúde/ Departamento de Nutrição
Universidade de Brasília

Dra. Bethsáida de Abreu Soares Schmitz (membro efetivo)
Faculdade de Ciências da Saúde/ Departamento de Nutrição
Universidade de Brasília

Dra. Kênia Mara Baiocchi de Carvalho (membro suplente)
Faculdade de Ciências da Saúde/ Departamento de Nutrição
Universidade de Brasília

Dedico este trabalho aos meus pais, Mari e Joáz, por todo amor, ajuda e incentivo.

Agradecimentos

A Deus, por me dar a oportunidade de realizar este sonho, guiar todos os meus passos, pelo amor incondicional e por ser meu porto seguro.

A Muriel, pela orientação, confiança, amizade, ensinamentos valiosos, por estar sempre disponível para me ajudar e por ter me proporcionado oportunidades de aprendizado e crescimento.

A Natacha, pela co-orientação, dedicação, apoio, amizade e contribuição para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos membros da banca examinadora pela dedicação ao avaliarem meu trabalho e pelas importantes contribuições.

Aos meus pais e meu irmão, por todas as palavras de incentivo, paciência, amor e por toda a ajuda para a realização deste trabalho.

Ao Carlos Eduardo, companheiro de todas as horas, por estar sempre ao meu lado e me apoiar em todos os momentos, sendo meu maior incentivador.

As minhas amigas Cristiana, Renata e Camilla, por todo apoio e amizade incondicional.

Aos meus amigos, por todos os momentos de descontração e por me darem palavras amigas para superar todas as dificuldades encontradas.

As minhas colegas de profissão, Ana Maria, Stefanie e Klébya, pela ajuda e apoio na realização desta pesquisa.

A todas as escolas, mães e crianças participantes desta pesquisa, pela dedicação de seu tempo e fornecimento de informações que permitissem que este estudo fosse realizado.

À CAPES, pela bolsa de mestrado concedida que possibilitou dedicação exclusiva a esta pesquisa.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste sonho.

“Àquele que é capaz de fazer infinitamente mais do que tudo o que pedimos ou pensamos, de acordo com o seu poder que atua em nós, a Ele seja a glória”.

Efésios 3:20-21

Sumário

Resumo.....	10
Abstract.....	12
1. Introdução.....	14
1.1. Transição nutricional.....	15
1.2. Excesso de peso e Doenças Crônicas Não Transmissíveis na infância	15
1.3. Imagem corporal	15
1.4. Percepção e insatisfação materna em relação ao estado nutricional da criança	16
1.5. Determinantes do consumo alimentar na infância	18
1.6. Práticas de controle sobre a alimentação infantil	20
2. Justificativa.....	22
3. Objetivos	23
3.1. Geral	23
3.2. Específicos	23
4. Metodologia.....	24
4.1. Amostra	24
4.2. Logística do estudo	25
4.3. Questionário online	26
4.4. Avaliação do estado nutricional das crianças	33
4.5. Análise de dados	33
4.6. Aspectos éticos	34
5. Resultados e Discussão	35
5.1. Artigo 1 - Percepção materna do estado nutricional de crianças em escolas particulares do Distrito Federal, Brasil	36
5.2. Artigo 2 - Insatisfação materna com imagem corporal de crianças em escolas particulares do Distrito Federal, Brasil	66
5.3. Artigo 3 - Relação das atitudes, crenças e práticas maternas com o consumo e o estado nutricional de escolares em escolas particulares do Distrito Federal, Brasil	91
6. Conclusões gerais	114
Referências bibliográficas	116
Apêndice A – Carta convite enviada aos diretores	123
Apêndice B – Carta convite enviada às mães	124

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Questionário aplicado na pesquisa	126
Apêndice D – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido	144
Anexo A – Documento referente à aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília	145

Resumo

Objetivo: Avaliar a percepção e a insatisfação materna em relação ao estado nutricional de crianças entre o 1º e o 3º ano do ensino fundamental de escolas particulares do Distrito Federal e as atitudes, crenças e práticas maternas em relação à alimentação infantil. *Metodologia:* estudo de caráter transversal realizado com amostra total de 559 pares mães-escolares. O estado nutricional das crianças foi avaliado pela aferição do peso e da estatura. As mães responderam questionário online que avaliou dados sociodemográficos, estado nutricional materno, percepção e insatisfação materna em relação ao próprio estado nutricional (Escala de Silhuetas para adultos do sexo feminino), percepção e insatisfação materna em relação ao estado nutricional da criança (Escala de Silhuetas para crianças), consumo alimentar da criança e atitudes, crenças e práticas maternas sobre alimentação infantil e propensão à obesidade (Questionário de Alimentação da Criança). *Resultados:* 70,0% das mães apresentaram distorção na percepção do estado nutricional infantil e 50,9% delas era insatisfeitas com a imagem corporal da criança. Os meninos apresentavam maior chance de terem mães que subestimavam seu estado nutricional e que desejavam seu ganho de peso. Já as meninas apresentavam maior chance de terem mães que superestimavam seu estado nutricional e que desejavam sua perda de peso. Mães de crianças sem excesso de peso apresentavam maior chance de subestimar o estado nutricional de seus filhos e de desejar seu ganho de peso. Já mães de crianças com excesso de peso tinham maior chance de superestimar o estado nutricional infantil e de desejar sua perda de peso. Verificou-se também correlação positiva entre a insatisfação materna com a imagem corporal da criança e a insatisfação com a própria imagem corporal. Em relação ao consumo alimentar, verificou-se que 77,3% das crianças consumiam alimentação de alta qualidade e que mães de crianças com alimentação de alta qualidade apresentaram maiores médias nas subescalas percepção de responsabilidade e monitoramento. Quanto maior era o IMC da criança, mais as mães restringiam a alimentação infantil e menos as mães pressionavam a criança para comer. Quanto maior era o IMC da mãe, mais preocupadas elas eram com o peso de seus filhos. *Conclusão:* foi observada elevada prevalência de distorção e insatisfação materna em relação ao estado nutricional de seus filhos. Verificou-se, ainda, que a presença de insatisfação, assim como as atitudes, crenças e práticas

maternas sobre alimentação infantil estão associadas ao estado nutricional materno e da criança. São necessárias intervenções que busquem um melhor reconhecimento do estado nutricional da criança e que conscientizem as famílias a promoverem hábitos alimentares e estilo de vida saudáveis nesta faixa etária, levando em consideração a complexidade do fator materno envolvido.

Palavras-chave: criança; percepção materna; nutrição da criança; estado nutricional; imagem corporal; silhueta; relações mãe-filho; alimentação infantil; consumo alimentar.

Abstract

Objective: to evaluate maternal perception and dissatisfaction with the nutritional status of children between the 1st and the 3rd year of primary education in private schools in Distrito Federal and maternal attitudes, beliefs and practices about child feeding. *Methodology:* transversal study carried out with 559 mothers-child pairs. The child's nutritional status was assessed by measurement of weight and height. The mothers answered an online questionnaire that assessed demographic data, maternal nutritional status, maternal perception and dissatisfaction with their own nutritional status (Silhouette Scale for female adults), maternal perception and dissatisfaction with their child's nutritional status (Silhouette Scale for Children), child's food consumption and maternal attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness (Child Feeding Questionnaire). *Results:* 70.0% of mothers had a distorted perception of child's nutritional status and 50.9% of them were dissatisfied with their child's body image. The boys were more likely to have mothers who underestimated their nutritional status and wanted their weight gain. The girls were more likely to have mothers who overestimated their nutritional status and wanted their weight loss. Mothers with non-overweight children were more likely to underestimate the nutritional status of their children and to wish their weight gain. Mothers of overweight children were more likely to overestimate the nutritional status of the child and to want their weight loss. It was found also a positive correlation between maternal dissatisfaction with her child's body image and dissatisfaction with her own body image. In relation to food intake, it was found that 77.3% of children consumed high quality food and those mothers of children with high quality food showed higher means on the subscales perception of responsibility and monitoring. The greater the child's BMI, more mothers restricted their children's feeding and less they pressured the child to eat. The higher the mother's BMI, the more concerned they were with the weight of their children. *Conclusion:* it was observed high prevalence of distortion and maternal dissatisfaction with the nutritional status of their children. There was also found that the presence of dissatisfaction, as well as

the maternal attitudes, beliefs and practices about child feeding are associated with nutritional status of mother and child. Interventions that seek to better recognition of children's nutritional status and aware families to promote healthy eating habits and lifestyle to this age group are needed, taking into account the complexity of the maternal factor involved.

Keywords: child; maternal perception; child nutrition; nutritional status; body image; silhouette; mother-child relations; child feeding; food consumption.

1. Introdução

1.1. Transição Alimentar e Nutricional

O Brasil passou por intensas transformações nas condições sociais, demográficas e epidemiológicas da população nas últimas décadas. Neste período, houve um aumento na expectativa de vida, redução da prevalência de doenças infecciosas, desnutrição e carências nutricionais, verificando-se também, concomitantemente, um aumento no número de indivíduos apresentando Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (FILHO & BATISTA, 2010; FERREIRA, 2010; RTVELADZE et al., 2013; BRASIL, 2014; JAIME & SANTOS, 2014).

A alimentação também sofreu grandes mudanças neste período. Com o desenvolvimento tecnológico na produção de alimentos, estes tornaram-se mais acessíveis e baratos para a população. O estilo de vida atual, o aumento dos afazeres no dia a dia e a inserção das mulheres no mercado formal de trabalho afetaram o tempo dedicado à elaboração e realização das refeições (RINALDI et al., 2008; FERREIRA, 2010; RTVELADZE et al., 2013; BRASIL, 2014). Neste contexto, já pode ser verificada uma relativa divisão das tarefas familiares, com uma maior participação dos pais. Entretanto, as mães ainda tendem a ser as principais envolvidas nestes papéis (BORSA & NUNES, 2011).

Diante do exposto, constata-se que esse, então criado ambiente obesogênico, propiciou o aumento da ingestão de alimentos industrializados com elevada densidade energética, ricos em açúcar, sódio e gorduras em detrimento do consumo de alimentos in natura (FERREIRA, 2010; RTVELADZE et al., 2013; BRASIL, 2014). Conseqüentemente, verifica-se um aumento das prevalências de sobrepeso e

obesidade no Brasil, entre adultos e crianças (IBGE, 2010; CONDE & MONTEIRO, 2014).

1.2. Excesso de peso e Doenças Crônicas Não Transmissíveis na infância

A obesidade infantil é considerada um problema de saúde pública mundial (GOBATO et al., 2014; DE PAULA et al., 2014). Atualmente, uma em cada três crianças apresenta excesso de peso no Brasil (IBGE, 2010). Os hábitos alimentares e o sedentarismo são os principais determinantes do sobrepeso e da obesidade nesta faixa etária (SAHOO et al., 2015). Verifica-se também associação do excesso de peso na infância com as condições socioeconômicas da família, escolaridade materna, histórico familiar de obesidade, comportamentos alimentares e desmame precoce (DE SOUZA et al., 2014).

A situação é grave, visto que crianças obesas apresentam maior chance de serem adolescentes e adultos obesos, podendo apresentar também doenças crônicas associadas (LEAL et al., 2012; DE SOUZA et al., 2014; SAHOO et al., 2015). Os prejuízos do excesso de peso não englobam apenas o maior risco de DCNT, mas também o desencadeamento de problemas ortopédicos e psicossociais, como a baixa autoestima, insatisfação corporal e o *bullying* (BOA SORTE et al., 2007; PUHL & KING, 2013; JENSEN et al., 2014).

1.3. Imagem corporal

Atualmente, existe uma pressão sociocultural para que os indivíduos apresentem corpos idealizados, com a valorização de corpos magros para as

mulheres e musculosos para os homens. Neste contexto, verifica-se uma elevada prevalência de preocupações e insatisfações com a imagem corporal em todas as faixas etárias, inclusive na infância (MCCABE & RICCIARDELLI, 2005; DAMASCENO et al., 2006).

A imagem corporal pode ser definida como um construto multidimensional que afeta a maneira como o indivíduo visualiza o próprio corpo e o corpo das outras pessoas, sendo esta influenciada diretamente por fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, como a mídia, a família e os amigos. A repercussão na mídia de corpos cada vez mais inatingíveis vem contribuindo para maiores índices de insatisfação corporal, o que pode resultar em baixa autoestima, depressão, transtornos alimentares e dismorfia muscular (DAMASCENO et al., 2006).

1.4. Percepção e insatisfação materna em relação ao estado nutricional da criança

A percepção materna adequada do estado nutricional da criança é fundamental, já que a distorção desta percepção pode influenciar a alimentação infantil, as práticas maternas de controle da alimentação da criança, a oferta de alimentos, bem como a identificação, prevenção e tratamento do excesso de peso nesta fase do ciclo da vida (WEBBER et al., 2010a; GUEVARA-CRUZ et al., 2012; APARÍCIO et al., 2013; BINKIN et al., 2013; ARPINI et al., 2014; FRANCESCOTTO et al. 2014).

Estudos verificam uma dificuldade materna em reconhecer o estado nutricional de seus filhos, com as mães tendendo a subestimar o estado nutricional da criança e, conseqüentemente, apresentando despreocupação com as

repercussões do excesso de peso na infância (RIETMEIJER-MENTINK et al., 2013; APARÍCIO et al., 2013; FRANCESCATTO et al., 2014; ARPINI et al., 2014). Tompkins et al. (2015), em revisão sistemática, constataram uma elevada prevalência de subestimação do estado nutricional de crianças com excesso de peso, destacando que em 6 dos 13 estudos incluídos na pesquisa, mais de 70% dos pais subestimaram o estado nutricional de filhos com excesso de peso (TOMPKINS et al., 2015).

A distorção materna na percepção do estado nutricional de seus filhos pode ser causada por vários fatores, incluindo o sexo, o estado nutricional e a faixa etária da criança (APARÍCIO et al., 2013; BINKIN et al., 2013; ARPINI et al., 2015). O excesso de peso também é visto como sinal de saúde por muitas mães, as quais acreditam que, com o crescimento da criança, o peso se distribuirá uniformemente e o problema desaparecerá por si só (GIACOMOSSI et al., 2011; APARÍCIO et al., 2013).

A percepção de que a criança apresenta o peso abaixo ou acima do normal é geralmente a causa da insatisfação materna com a imagem corporal de seus filhos, gerando desejo de perda ou ganho de peso infantil (HAGER et al., 2012). Estudos revelam que é alta a prevalência de mães insatisfeitas, desejando que seus filhos ganhem peso, o que pode afetar as práticas e atitudes relacionadas com o consumo alimentar infantil (APARÍCIO et al., 2013; DUCHIN et al., 2016). Entretanto, no caso de crianças com excesso de peso, a ausência de insatisfação materna com o estado nutricional infantil pode fazer com que as mães não modifiquem hábitos alimentares inadequados e o estilo de vida das crianças, perpetuando o problema

de excesso de peso nessa população (WARSCHBURGER & KRÖLLER, 2012; HAGER et al., 2012; ARPINI et al., 2015).

A percepção e a insatisfação materna em relação ao estado nutricional da criança geralmente são avaliadas a partir de escalas de silhuetas (ROSAS et al., 2010; WARSCHBURGER & KRÖLLER, 2012; HAGER et al., 2012; APARÍCIO et al., 2013; DUCHIN et al., 2016). Entretanto, são verificados também estudos que utilizam perguntas de múltipla escolha para examinar a percepção materna do estado nutricional de seus filhos, solicitando que as mães classifiquem o estado nutricional da criança como baixo peso, eutrofia, sobrepeso, obesidade ou obesidade grave (LAZZERI et al., 2006; MOLINA et al., 2009; BINKIN et al., 2013). As perguntas de múltipla escolha podem fazer com que as mães se sintam desconfortáveis em identificar que seus filhos apresentam excesso de peso. Já a escala de silhuetas evita que a mãe precise classificar o estado nutricional da criança em categorias (LAZZERI et al. 2006; ROSAS et al. 2010; RIETMEIJER-MENTINK et al. 2013).

1.5. Determinantes do consumo alimentar na infância

A formação dos hábitos alimentares ocorre na infância e os mesmos perduram até a vida adulta (SCAGLIONI et al., 2008). Segundo Mitchell et al. (2013), uma criança que apresenta alimentação de baixa qualidade tende a apresentar o mesmo hábito durante o restante de sua vida, sendo este um fator preditivo para a obesidade e DCNT (MITCHELL et al., 2013). Diante disso, torna-se relevante a avaliação do consumo alimentar na infância bem como dos seus determinantes.

O consumo alimentar é determinado por diversos fatores, dentre eles a situação socioeconômica, a cultura, as interações sociais, os fatores biológicos, psicológicos e emocionais (VIANA et al., 2009). Ao nascer, a criança já apresenta preferências inatas por alimentos doces e salgados e evita alimentos amargos e azedos. Entretanto, as experiências modificam as preferências alimentares da criança, sendo estas formadas a partir de uma interação entre fatores genéticos e ambientais (SCAGLIONI et al., 2008; SCAGLIONI et al., 2011; BIRCH & DOUB, 2014).

A família exerce papel de destaque na formação dos hábitos alimentares, com filhos, que tendem a imitar as preferências, atitudes, crenças e comportamentos dos pais (PAUL et al., 2014; TOMPKINS et al., 2015; ARPINI et al., 2015). Além de influenciarem geneticamente as preferências alimentares das crianças, os pais estabelecem a quantidade e a qualidade dos alimentos consumidos, o ambiente no qual a família prepara e consome os alimentos, o contexto emocional nas refeições e as práticas de controle da alimentação da criança, fatores determinantes da alimentação infantil (CAMPBELL et al., 2010; APARÍCIO et al., 2013; BIRCH & DOUB, 2014; HART et al., 2014; ARPINI et al., 2015).

Diante disso, é importante que os pais incentivem a criança a apresentar uma alimentação de qualidade, essencial para o seu crescimento e desenvolvimento, especialmente na fase escolar, que se caracteriza por um aumento da independência das crianças em relação à alimentação (ARPINI et al., 2015).

A avaliação do consumo alimentar da criança pode ocorrer a partir de diversos métodos, como o recordatório de 24 horas, registros alimentares,

questionários de frequência alimentar e índices de qualidade da dieta (FERNANDES et al., 2009; DA CONCEIÇÃO et al., 2010; MOLINA et al., 2010). Os índices podem ser destacados para a avaliação da qualidade da alimentação, por serem de rápida aplicação, contemplarem a alimentação de forma global, basearem-se em recomendações nutricionais específicas e apresentarem uma única medida (MOLINA et al., 2010).

1.6. Práticas de controle sobre a alimentação infantil

As práticas de controle sobre a alimentação infantil são atitudes exercidas pelos pais que influenciam o consumo alimentar da criança. As principais práticas por eles exercidas incluem a pressão para a criança comer e os comportamentos restritivos. A pressão para a criança comer pode envolver apenas os alimentos saudáveis ou pode buscar um aumento da quantidade geral de alimentos consumidos. Já os comportamentos restritivos buscam limitar o consumo de alimentos não saudáveis (GREGORY et al., 2010; WEBBER et al., 2010a; VIANA et al., 2011; MATTON et al., 2013).

A associação entre o controle parental e o estado nutricional da criança foi observada em diversos estudos (CARNELL & WARDLE, 2007; WEBBER et al., 2010a; JANSEN et al., 2012). Os pais tendem a restringir o consumo alimentar de seus filhos se estes apresentam sobrepeso e especialmente se forem do sexo feminino (BIRTH & FISHER, 2000; WEBBER et al., 2010a; JANSEN et al., 2012). Webber et al. (2010b) verificaram que um maior Índice de Massa Corporal da criança predizia a redução da pressão para comer e o aumento no monitoramento

pelas mães. Já o menor IMC infantil predizia uma aumento da pressão para comer exercida pelas mães (WEBBER et al., 2010b).

As práticas maternas de controle sobre a alimentação infantil relacionam-se com a percepção do estado nutricional da criança e a percepção do próprio estado nutricional (MAY et al., 2007; WEBBER et al., 2010a; ARPINI et al., 2014). Birch & Fisher (2000) verificaram que esforços maternos para controle do próprio peso corporal e a percepção do risco de sobrepeso em suas filhas estavam associados a comportamentos restritivos na alimentação das meninas (BIRTH & FISHER, 2000). Isto sugere que durante a fase pré-escolar, as mães já podem transferir seus problemas com alimentação e controle do peso corporal para suas filhas (LORENZATO, 2012; LOTH et al., 2013).

Estudos revelam que as práticas de controle sobre a alimentação infantil podem gerar inúmeras consequências, afetando a capacidade de auto-regulação de consumo alimentar da criança e diminuição do reconhecimento e resposta às sensações de fome e saciedade (WEBBER et al., 2010a; MITCHELL et al., 2013; MATTON et al., 2013; LOTH et al., 2013; MCPHIE et al., 2014). Os comportamentos restritivos podem aumentar a preferência pelo alimento proibido, fazendo com que as crianças os consumam em maior quantidade quando o mesmo estiver disponível, o que pode gerar ganho de peso (ROLLINS et al., 2014; MCPHIE et al., 2014). Já a pressão para a criança comer associa-se à diminuição do consumo e da preferência pelo alimento, podendo gerar neofobia alimentar (relutância em consumir alimentos que não sejam familiares), aumento do consumo alimentar geral e ganho de peso (ZEINSTRA et al., 2009; FAITH et al., 2013; MITCHELL et al., 2013; MCPHIE et al., 2014).

2. Justificativa

Constata-se a complexidade dos fatores associados ao estado nutricional e à determinação da alimentação infantil. A elevada prevalência de crianças com excesso de peso justifica a necessidade do estudo dos fatores que influenciam o consumo alimentar e o estado nutricional nesta faixa etária. No Brasil, há uma lacuna de estudos que buscam avaliar a percepção e a insatisfação das mães em relação ao estado nutricional da criança, bem como as atitudes, crenças e práticas maternas sobre alimentação infantil e propensão à obesidade.

As mães geralmente são as responsáveis pela preparação das refeições e pela alimentação dos filhos, influenciando os hábitos alimentares o estilo de vida das crianças. Neste contexto, torna-se importante verificar como as mães percebem o estado nutricional de seus filhos e se existe insatisfação ou distorção em relação ao mesmo, além de verificar a presença de atitudes, crenças e práticas maternas de controle da alimentação infantil.

3. Objetivos

3.1 Geral

Avaliar a percepção e a insatisfação materna em relação ao estado nutricional de crianças entre o 1º e o 3º ano do ensino fundamental de escolas particulares do Distrito Federal e as atitudes, crenças e práticas maternas em relação à alimentação infantil.

3.2. Específicos

Avaliar o estado nutricional e o consumo alimentar dos escolares;

Avaliar o estado nutricional, a percepção e a insatisfação materna em relação ao próprio estado nutricional;

Verificar as atitudes, crenças e práticas maternas sobre alimentação infantil e propensão à obesidade;

Avaliar a prevalência de distorção e fatores associados à percepção materna do estado nutricional das crianças;

Verificar a prevalência e fatores associados à insatisfação materna com a imagem corporal das crianças;

Avaliar a associação das atitudes, crenças e práticas maternas com o estado nutricional das mães, sexo, consumo e o estado nutricional da criança.

4. Metodologia

4.1. Amostra

O presente estudo é de caráter transversal e sua amostra foi constituída por crianças, de ambos os sexos, e suas respectivas mães. A amostra foi calculada considerando uma população de 34.413 escolares, equivalente ao número de crianças matriculadas em escolas particulares no Distrito Federal, de 1° a 3° ano do ensino fundamental, no ano de 2013, segundo censo do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (INEP, 2014) e é representativa para esta população. Considerando o poder amostral de 95%, um erro amostral de 5% e uma perda de até 20% dos questionários, a amostra mínima foi estimada em 474 crianças. A amostra final estudada foi de 559 pares mães-filhos. Para cada artigo, o número de pares mães-escolares sofreu alterações, de acordo com os critérios de exclusão utilizados.

Os critérios de inclusão da pesquisa foram mães com acesso à internet e crianças formalmente matriculadas em escolas particulares do Distrito Federal e que moravam com suas mães. Foram excluídos pares cujas crianças apresentavam patologias que influenciavam diretamente o estado nutricional ou práticas e escolhas alimentares; incapacidades físicas que limitassem a avaliação antropométrica nos equipamentos utilizados na pesquisa; ou que não tiveram peso e estatura aferidos. Foram excluídos ainda pares cujas mães estavam gestantes ou não responderam o questionário por completo.

4.2. Logística do estudo

Escolas privadas de Ensino Fundamental foram convidadas a participar da pesquisa, mediante lista de aleatoriedade gerada anteriormente. Esta lista foi elaborada a partir da listagem de escolas particulares do Distrito Federal fornecida pela Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal. As escolas foram numeradas, e posteriormente, foi gerada uma listagem online de números aleatórios que determinou a ordem na qual elas seriam convidadas para participar da pesquisa.

O convite às escolas, a partir da carta convite enviada aos diretores (Apêndice A), ocorreu até que a amostra mínima fosse atingida, totalizando 19 escolas participantes. Todos os pares mães-escolares que atendiam aos critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa.

Foi enviada às mães uma carta convite impressa (Apêndice B), que apresentava a pesquisa, continha o link de um questionário online, disposto na plataforma Survey Monkey®, e um código que ligava as informações das mães às respectivas crianças. Foi acrescentada à carta convite uma autorização para o controle das professoras e da escola, buscando facilitar o conhecimento sobre quais crianças foram autorizadas a serem pesadas e medidas. Além disso, a carta convite foi enviada também via e-mail por algumas escolas, buscando facilitar o acesso da mãe ao questionário.

A participação das mães na pesquisa ocorreu a partir da resposta ao questionário online (Apêndice C), enquanto a participação das crianças se deu pela aferição do peso e da estatura em dia previamente agendado com a escola.

Após o término da pesquisa, as escolas participantes receberam relatório com os principais resultados da avaliação do estado nutricional das crianças e foram enviadas por e-mail, para as mães que participaram da pesquisa, orientações de uma alimentação saudável para a família.

4.3. Questionário online

O questionário online (Apêndice C) visava avaliar dados sociodemográficos, estado nutricional da mãe, percepção e insatisfação materna em relação ao próprio estado nutricional, percepção e insatisfação materna em relação ao estado nutricional da criança, consumo alimentar da criança e atitudes, crenças e práticas maternas sobre alimentação infantil e propensão à obesidade.

Teste piloto com mães de crianças entre o 1º e o 3º ano de escolas particulares não selecionadas verificou a adequação do questionário para a população estudada.

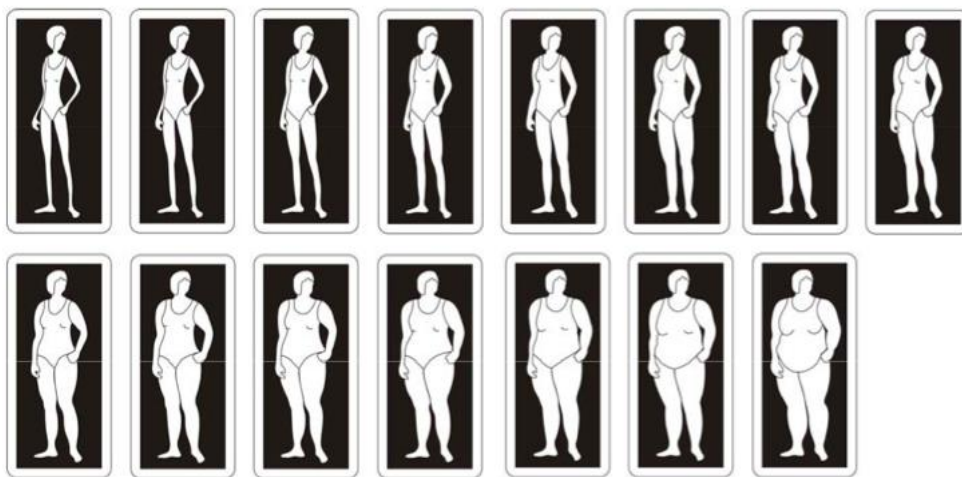
Foram avaliados os seguintes dados sociodemográficos: renda familiar; idade, sexo e ordem de nascimento da criança; escolaridade, idade, cor da pele e estado civil das mães.

As mães informaram seu peso e estatura (auto referidos), utilizados para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). A classificação do estado nutricional foi realizada de acordo com os pontos de corte propostos pela OMS (1997).

A percepção e a insatisfação materna em relação ao próprio estado nutricional foram avaliadas a partir da Escala de Silhuetas para adultos do sexo feminino (Figura 1), desenvolvida no Brasil e composta de 15 silhuetas que variavam de magreza a obesidade grave (KAKESHITA et al., 2009). Inicialmente, foi

identificada a silhueta correspondente ao IMC da mãe, sendo nomeada Silhueta Materna Real (SMR). No questionário, as mães assinalavam a silhueta que representava melhor seu corpo atual, sendo esta denominada Silhueta Materna Percebida (SMP) e a que melhor representava o corpo que ela desejava ter, sendo esta nomeada Silhueta Materna Desejada (SMD).

Figura 1. Escala de Silhuetas para adultos do sexo feminino (KAKESHITA, 2008).



Para verificar a existência de distorção materna em relação ao próprio estado nutricional, avaliou-se a concordância entre SMR e SMP. Se a SMR fosse menor que a SMP, considerava-se que a mãe superestimava seu estado nutricional, e se a SMR fosse maior que a SMP considerava-se que a mãe subestimava seu estado nutricional.

Para avaliar a insatisfação materna com sua imagem corporal, foi verificada a diferença entre SMP e SMD. Se a SMP fosse igual a SMD, a mãe era classificada como satisfeita com sua imagem corporal, caso contrário, era considerada insatisfeita com sua imagem corporal. Uma diferença positiva indicava que a mãe desejava ter uma silhueta menor que a percebida por ela (perder peso), enquanto

uma diferença negativa indicava que ela desejava ter uma silhueta maior do que a percebida por ela (ganhar peso).

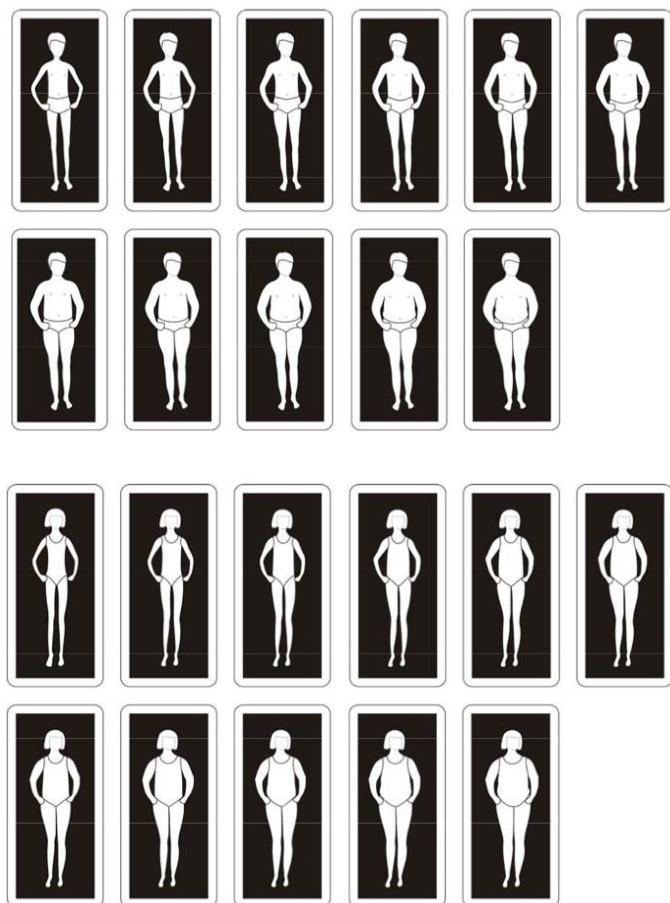
A percepção e a insatisfação materna em relação ao estado nutricional da criança foram avaliadas através da Escala de Silhuetas para crianças (Figura 2), desenvolvida no Brasil e composta de 11 silhuetas femininas e 11 masculinas que variavam de magreza a obesidade grave (KAKESHITA et al., 2009). Inicialmente, foi identificada a silhueta correspondente ao IMC da criança, sendo nomeada Silhueta da Criança Real (SCR). No questionário, as mães assinalavam a silhueta que representava melhor o corpo atual de sua criança, sendo esta denominada Silhueta da Criança Percebida (SCP) e a que melhor representava o corpo que ela desejava que sua criança tivesse, sendo esta nomeada Silhueta da Criança Desejada (SCD).

Para verificar a existência de distorção materna em relação ao estado nutricional da criança, avaliou-se a concordância entre SCR e SCP. Se a SCR fosse menor que a SCP, considerava-se que a mãe superestimava o estado nutricional da criança, e se a SCR fosse maior que a SCP considerava-se que a mãe subestimava o estado nutricional da criança. A distorção na percepção foi classificada como leve (quando a diferença entre o SCR e SCP era de ± 1), moderada (diferença de ± 2) ou grave (diferença maior ou igual a ± 3).

Para avaliar a insatisfação materna com a imagem corporal da criança, foi verificada a diferença entre SCP e SCD. Se a SCP fosse igual a SCD, a mãe era classificada como satisfeita com a imagem corporal da criança, caso contrário, era considerada insatisfeita com a imagem corporal da criança. Uma diferença positiva indicava que a mãe desejava que a criança tivesse uma silhueta menor que a percebida por ela (perdesse peso), enquanto uma diferença negativa indicava que

ela desejava que a criança tivesse uma silhueta maior do que a percebida por ela (ganhasse peso).

Figura 2. Escala de Silhuetas para crianças, meninos e meninas (KAKESHITA, 2008).



O consumo alimentar das crianças foi avaliado a partir de um Questionário de Frequência Alimentar (QFA), desenvolvido por Molina et al. (2010). O QFA avaliou a frequência semanal do consumo do café-da-manhã, bem como dos seguintes alimentos: feijão; macarrão instantâneo; peixes; batata frita ou mandioca frita ou banana frita; salada crua; vegetais cozidos (exceto batata e mandioca); maionese; hambúrguer; leite; frutas; suco de fruta natural; refrigerante; salgados fritos (coxinha,

pastel); doces ou balas; biscoito (chips ou recheado). Além disso, perguntou-se às mães sobre quais refeições a criança normalmente realizava na escola.

O Índice Alimentação do Escolar (índice ALES), desenvolvido por Molina et al. (2010), avaliou a qualidade da alimentação dos escolares, baseando-se nas recomendações nutricionais para a população brasileira (BRASIL, 2006). A partir da frequência da realização do café da manhã e do consumo de alguns alimentos, mensuradas a partir do QFA, foram atribuídas pontuações, criando um escore para cada criança, de acordo com o Quadro 1. A classificação da qualidade da alimentação da criança ocorreu de acordo com a pontuação obtida, sendo considerada uma alimentação de baixa qualidade quando a pontuação fosse ≤ 3 , uma alimentação de qualidade intermediária quando a pontuação fosse entre 3 e 6 e de alta qualidade quando a pontuação fosse ≥ 6 (MOLINA et al., 2010; MOMM & HOFELMANN, 2013; ARPINI et al., 2015). O índice ALES vem sendo utilizado no Brasil para avaliação da qualidade da alimentação na infância, sendo aplicado com mães, pais ou responsáveis pela criança (MOLINA et al., 2010; MOMM & HOFELMANN, 2013; MICHEREFF et al., 2014; KNEIPP et al., 2015).

Quadro 1 - Avaliação do consumo alimentar pelo Índice de Alimentação Escolar (Molina et al., 2010).

Característica do consumo alimentar	Pontuação
Come fruta todos os dias	+1
Come verdura crua todos os dias	+1
Come legume todos os dias	+1
Come feijão todos os dias	+1
Toma leite todos os dias	+1
Come peixe pelo menos 1x/semana	+1
Come balas ou doces 2 ou menos x/semana	+1
Come biscoito recheado ou chips 2 ou menos x/semana	+1
Toma refrigerante 2 ou menos x/semana	+1
Não come hambúrguer ou come raramente	+1

Come salgado frito 2 ou menos x/semana	+1
Come batata frita, mandioca frita ou banana frita 1 ou menos x/semana	+1
Não come maionese ou come raramente	+1
Não come macarrão instantâneo ou come raramente	+1
Realiza desjejum todos os dias	+1
Toma suco natural todos os dias	+1
Come fruta 2 ou menos x/semana	-1
Come verdura crua menos de 4 x/semana	-1
Come legume menos de 4 x/semana	-1
Come feijão menos de 2 x/semana	-1
Toma leite menos de 4 x/semana	-1
Não come peixe nem 1 x/semana	-1
Com doces ou balas todos os dias	-1
Come biscoito recheado ou chips todos os dias	-1
Toma refrigerante todos os dias	-1
Come hambúrguer todos os dias	-1
Come salgado frito todos os dias	-1
Come batata frita, mandioca frita ou banana frita todos os dias	-1
Come maionese todos os dias	-1
Come macarrão instantâneo todos os dias	-1
Não costuma realizar desjejum	-1

Para verificar as atitudes, crenças e práticas maternas sobre alimentação infantil foi aplicado o Questionário de Alimentação da Criança (QAC), desenvolvido e validado por Birch et al. (2001), sendo nomeado originalmente *Child Feeding Questionnaire*. Da Cruz (2009) realizou a tradução para a língua portuguesa, retro- tradução e testou a fidedignidade do instrumento no Brasil. O QAC busca avaliar as atitudes, crenças e práticas dos pais em relação à alimentação infantil, podendo ser aplicado com pais de crianças entre 2 e 11 anos (BIRCH et al., 2001; DA CRUZ, 2009).

O QAC é composto por 31 afirmativas, que avaliam a percepção de responsabilidade, percepção do peso dos pais, percepção do peso da criança, preocupação com o peso da criança e práticas de controle da alimentação da

criança, abrangendo os comportamentos restritivos, pressão para a criança comer e monitoramento. Os itens do questionário são avaliados de acordo com a escala *likert* de 5 pontos (BIRCH et al., 2001; DA CRUZ, 2009).

A percepção de reponsabilidade é avaliada a partir de 3 itens que buscam investigar como os pais percebem sua responsabilidade em relação à alimentação da criança. A percepção do peso dos pais é avaliada por 4 itens que verificam a percepção do histórico de peso ao longo da vida. A percepção do peso da criança é avaliada por 6 itens que examinam a como os pais percebem o histórico de peso corporal de sua criança. A preocupação dos pais com o peso da sua criança é avaliada por meio de 3 itens que verificam se os pais apresentam preocupações com o risco de sua criança apresentar excesso de peso. Os comportamentos restritivos são mensurados por 8 itens, os quais verificam o quanto os pais restringem o acesso da criança aos alimentos. Já a pressão para a criança comer é acessada a partir de 4 itens, que buscam avaliar se os pais pressionam sua criança para comer uma quantidade maior de alimentos durante as refeições. O monitoramento avalia, a partir de 3 itens, o quanto os pais supervisionam o consumo de alimentos da criança (BIRCH et al., 2001).

Diante disso, o QAC é um instrumento amplamente utilizado no exterior para o entendimento da influência dos pais na alimentação infantil, sendo possível a partir dele a elucidação do impacto das práticas parentais sobre o estado nutricional e consumo alimentar de seus filhos (LORENZATO, 2012).

4.4. Avaliação do estado nutricional das crianças

Foi realizada a aferição do peso e da estatura das crianças utilizando balança digital da marca Dayhome, com capacidade máxima de 150Kg e sensibilidade de 0,1Kg e estadiômetro portátil da marca Stanley com capacidade de 2 metros e graduação em centímetros. Para a aferição do peso, a criança utilizava roupas leves e ficava descalça. Já para a aferição da estatura, a criança ficava descalça, em posição ereta, com a cabeça posicionada no plano de Frankfurt, com os pés juntos e com ombros, nádegas, calcanhares e panturrilha em contato com a parede. Em seguida, calculou-se o IMC das crianças. A classificação para determinar o estado nutricional, de acordo com o IMC por idade (IMC/idade) em escores-z, foi obtida segundo os pontos de corte propostos pela OMS (2007), com a utilização do software Anthro plus (WHO, 2009).

4.5 Análise dos dados

Foram realizadas inicialmente análises descritivas, com o cálculo de média, desvio-padrão e distribuição em frequência. O teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado para associações entre as variáveis categóricas. A correlação de Spearman foi usada para verificar a relação entre variáveis contínuas. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparação de condições independentes. Análises multivariadas por regressão logística foram realizadas para a obtenção das razões de prevalência brutas e ajustadas, de acordo com cada objetivo do presente trabalho. Foi utilizado o software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. O nível de significância adotado para as análises foi de 5% e o intervalo de confiança de 95%.

4.6 Aspectos éticos

Antes do início do preenchimento do questionário, foi apresentado às mães o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). Assim, a mãe aceitava participar da pesquisa, bem como consentia a participação do seu (sua) filho (a) no estudo. Na data da aferição do peso e da estatura das crianças, foi apresentado o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) e mediante a sua assinatura, as crianças concordavam em participar da pesquisa. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob número 39116314.3.0000.0030 (Anexo A).

5. Resultados e discussão

Os resultados e discussão serão apresentados em três artigos.

Títulos:

1. Percepção materna do estado nutricional de crianças em escolas particulares do Distrito Federal, Brasil
2. Insatisfação materna com a imagem corporal de crianças em escolas particulares do Distrito Federal, Brasil
3. Atitudes, crenças e práticas maternas em relação à alimentação de escolares no Distrito Federal, Brasil

5.1. Artigo 1 - Percepção materna do estado nutricional de crianças em escolas particulares do Distrito Federal, Brasil

Percepção materna do estado nutricional de crianças em escolas particulares do Distrito Federal, Brasil

Jéssica Pedroso¹, Muriel Bauermann Gubert¹, Natacha Toral¹.

¹Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana

Resumo

A percepção materna do estado nutricional da criança tem potencial impacto na identificação, prevenção e tratamento do excesso de peso infantil. Assim, o objetivo do estudo foi avaliar a prevalência de distorção e fatores associados à percepção materna do estado nutricional de crianças entre o 1º e o 3º ano do ensino fundamental de escolas particulares do Distrito Federal, Brasil. O estudo foi transversal, realizado com 554 pares de mães-crianças. Foi avaliado o estado nutricional da criança pela aferição do peso e estatura. Questionário online respondido pelas mães avaliou dados sociodemográficos, estado nutricional da mãe (medidas antropométricas referidas), percepção materna do próprio estado nutricional (Escala de Silhuetas para adultos do sexo feminino) e percepção materna do estado nutricional do seu filho (Escala de Silhuetas para crianças). Apenas 30.0% das mães apontaram adequadamente a silhueta que representava o estado nutricional da criança. Mães com maior escolaridade e com crianças do sexo masculino e com crianças sem excesso de peso apresentaram maior chance de subestimar o estado nutricional da criança. Já as mães com idade menor que 35 anos e com crianças do sexo feminino e com crianças com excesso de peso tinham

maior chance de superestimar o estado nutricional da criança. Constata-se a alta prevalência de distorção, havendo a necessidade de intervenções que auxiliem as mães no reconhecimento adequado do estado nutricional infantil.

Palavras-chave: criança; percepção materna; nutrição da criança; estado nutricional; imagem corporal; silhueta.

Introdução

O aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade na infância é considerado um problema de saúde pública no Brasil (Conde & Monteiro 2014). Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008/2009, 33.5% das crianças de 5 a 9 anos apresentavam excesso de peso, enquanto 14.3% delas eram obesas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2010). Esta situação é importante, uma vez que a obesidade na infância se associa diretamente com a persistência da doença na idade adulta e com uma maior ocorrência de comorbidades associadas (Sahoo et al. 2015).

Entre os determinantes do problema nesta faixa etária, destacam-se os hábitos alimentares como a principal causa do excesso de peso, juntamente com o sedentarismo (Sahoo et al. 2015). Os hábitos e preferências alimentares, formados na infância, perduram por toda a vida, sendo a família um fator de forte influência na alimentação e no estilo de vida das crianças (Scaglioni et al. 2011; Alm et al. 2015). Os pais exercem papel fundamental na prevenção do sobrepeso e obesidade nesta faixa etária (Francescatto et al. 2014; Sahoo et al. 2015).

Neste contexto, a percepção adequada do estado nutricional da criança por parte dos pais (especialmente da mãe) torna-se crucial para o reconhecimento precoce do sobrepeso e da obesidade infantil. (Guevara-Cruz *et al.* 2012; Aparício *et al.* 2013; Francescatto *et al.* 2014). As mães apresentam, de maneira geral, grande responsabilidade na determinação da alimentação e na educação dos filhos, sendo a percepção do estado nutricional da criança fator que influencia as atitudes e práticas maternas relacionadas com o consumo alimentar da criança (Webber *et al.* 2010; Aparício *et al.* 2013; Binkin *et al.* 2013).

Estudos revelam uma alta prevalência de percepção materna inadequada do estado nutricional de crianças, mostrando que geralmente as mães de crianças com excesso de peso tendem a subestimar o estado nutricional, mantendo-se despreocupadas em relação às consequências do excesso de peso nesta faixa etária (Aparício *et al.* 2013; Rietmeijer-Mentink *et al.* 2013; Francescatto *et al.* 2014). Além disso, muitas mães acreditam que o excesso de peso na infância é um sinal de saúde, e que posteriormente, com o crescimento da criança, o excesso de peso será revertido (Aparício *et al.* 2013). Com o recorrente aumento da prevalência de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade, é possível também que as mães passem a reconhecer esse excesso de peso como condição normal, principalmente se sua família ou comunidade incluir muitos indivíduos nesta situação (Francescatto *et al.* 2014).

Diante da importância da percepção materna do estado nutricional de seus filhos e seu potencial impacto na identificação e manejo do sobrepeso e obesidade na infância, o objetivo do presente estudo é avaliar a prevalência de distorção e

fatores associados à percepção materna do estado nutricional de crianças entre o 1º e o 3º ano do ensino fundamental de escolas particulares do Distrito Federal, Brasil.

Participantes e métodos

Trata-se de um estudo transversal com amostra final composta por 554 pares de mães-filhos, cujas crianças estavam matriculadas em escolas particulares do Distrito Federal. A amostra é representativa para crianças do 1º ao 3º ano do ensino fundamental de escolas particulares no Distrito Federal, com erro máximo de 5% e intervalo de confiança de 95%, considerando como universo amostral o número de crianças matriculadas no ano de 2013 (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas 2014).

As escolas foram convidadas a participar da pesquisa, mediante lista de aleatoriedade gerada previamente, até que a amostra mínima (estimada em 474 crianças, considerando o poder amostral e uma perda de até 20% dos questionários) fosse alcançada. Todos os alunos cursando do 1º ao 3º ano das escolas selecionadas (e respectivas mães) eram elegíveis e foram convidados a participar da pesquisa. Ao todo participaram da amostra 19 escolas e a coleta de dados ocorreu de abril a novembro de 2015.

Os critérios de inclusão da pesquisa foram: as crianças deveriam estar formalmente matriculadas e morar com as mães. As mães deveriam ter acesso à internet, uma vez que o questionário era administrado online. Foram excluídos da pesquisa os pares cujas crianças possuíssem patologias que apresentavam relação direta com o estado nutricional, como erro no metabolismo, síndrome de Turner,

tireoidite de Hashimoto, Diabetes Mellitus, fenilcetonúria e doença celíaca; ou incapacidades físicas que limitassem a avaliação antropométrica nos equipamentos utilizados na pesquisa (balança e estadiômetro); ou ainda cujas mães estavam gestantes. Os pares cujas mães não responderam ao questionário por completo ou cujas crianças não tiveram peso e estatura aferidos também foram excluídos.

Coleta de dados

Primeiramente, foi enviada às mães uma carta convite impressa para a participação na pesquisa, que continha o link para um questionário online, disponibilizado na plataforma *Survey Monkey*[®] e um código, gerado para identificação de cada criança elegível (código que permitia o link entre o questionário e o resultado da antropometria). Antes do início do preenchimento do questionário, era apresentado à mãe o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido online. Assim, a mãe aceitava participar da pesquisa, bem como consentia a participação do seu (sua) filho (a) no estudo. Para facilitar o acesso ao questionário, algumas escolas enviaram também convites às mães elegíveis para a participação na pesquisa via e-mail.

Posteriormente, em dia previamente agendado com a escola, foi realizada a avaliação antropométrica das crianças cujas mães autorizaram a participação na pesquisa. Neste momento a criança assinava o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, aceitando sua participação. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob número 39116314.3.0000.0030.

Aferição de peso e estatura das crianças

A estatura e o peso das crianças foram aferidos com a utilização de balança e estadiômetro portáteis. Posteriormente, foi realizada a avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC). A classificação para determinar o estado nutricional foi obtida a partir do IMC por idade (IMC/idade), de acordo com os pontos de corte propostos pela OMS (World Health Organization 2007), com auxílio do software Anthro plus (World Health Organization 2009).

Os dados antropométricos das crianças foram vinculados pelo código aos respectivos questionários respondidos por suas mães.

Questionário on-line

Foi realizado teste piloto com mães de crianças entre o 1º e o 3º ano de escolas particulares não selecionadas, para adequação. O questionário online foi preenchido pelas mães e coletava dados sociodemográficos, estado nutricional materno, percepção materna do próprio estado nutricional e percepção materna do estado nutricional de seu filho. Foram avaliadas as seguintes variáveis sociodemográficas: idade e sexo da criança; idade, escolaridade, estado civil e cor da pele materna; e renda familiar em salários mínimos (equivalente a 209.6 dólares na época da pesquisa).

O estado nutricional das mães foi obtido a partir do peso e da estatura auto referidos, procedimento validado e utilizado em inquéritos populacionais anuais no Brasil (da Fonseca *et al.* 2004; Peixoto *et al.* 2006; Brasil, 2015). Estes dados foram

avaliados pelo Índice de Massa Corporal (IMC). A classificação do estado nutricional foi realizada de acordo com os pontos de corte propostos pela OMS (World Health Organization 1997).

A percepção materna do próprio estado nutricional foi avaliada através da Escala de Silhuetas para adultos do sexo feminino (Kakeshita 2009). A escala foi desenvolvida no Brasil e apresentava 15 silhuetas, que variavam de magreza (silhueta 1 – IMC médio = 12.5 Kg/m²) a obesidade grave (silhueta 15 – IMC médio = 47.5 Kg/m²). Primeiramente, foi realizada a correspondência entre o IMC calculado da mãe e a silhueta que representava este valor, sendo esta denominada Silhueta Materna Real (SMR). Posteriormente, foi solicitado que as mães identificassem das 15 silhuetas apresentadas a que melhor representava seu corpo atual, sendo esta denominada Silhueta Materna Percebida (SMP). Desta maneira, foi avaliada a concordância entre SMP e SMR, buscando observar a existência de distorção na percepção do estado nutricional da mãe. Qualquer discordância de silhueta nesta fase foi categorizada como distorção na percepção do estado nutricional materno. Quando a SMP era menor que a SMR, foi considerado que a mãe subestimava seu próprio estado nutricional, e se a SMP era maior que a SMR, foi considerado que a mãe superestimava seu próprio estado nutricional.

A percepção materna do estado nutricional da criança foi avaliada através da Escala de Silhuetas para crianças, desenvolvida no Brasil (Kakeshita 2009). A escala apresenta 11 silhuetas femininas e 11 masculinas, que variavam de magreza (silhueta 1 – IMC médio = 12.0 Kg/m²) a obesidade grave (silhueta 11 – IMC médio = 29.0 Kg/m²). Primeiramente, foi realizada a correspondência entre o IMC real da criança e a silhueta que representava este valor, sendo esta denominada Silhueta

da Criança Real (SCR). Foi solicitado que as mães participantes da pesquisa identificassem, dentre as 11 silhuetas apresentadas, aquela que melhor representava o corpo atual de seu filho, sendo esta denominada Silhueta da Criança Percebida (SCP). Assim, foi avaliada a concordância entre a SCP e a SCR, buscando observar a existência de distorção na percepção do estado nutricional da criança. Quando a SCP era menor que a SCR, foi considerado que a mãe subestimava o estado nutricional da criança, e se a SCP era maior que a SCR, foi considerado que a mãe superestimava o estado nutricional da criança. A distorção na percepção foi classificada como 1) leve quando a diferença entre o SCR e SCP era de ± 1 silhueta; 2) distorção moderada com uma diferença de ± 2 silhuetas; 3) distorção grave para diferenças maiores ou iguais a ± 3 silhuetas.

Análises estatísticas

Foram excluídos das análises pares cujas crianças apresentavam magreza, por sua baixa prevalência ($n = 4$, prevalência 0.72%). Foram realizadas inicialmente análises descritivas, com o cálculo de média, desvio-padrão e distribuição em frequência. O pressuposto de normalidade foi checado a partir dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. Como a distribuição dos dados não era normal, foram utilizadas análises não-paramétricas.

O índice Kappa foi utilizado para avaliar a concordância entre a SMR e a SMP e a concordância entre a SCR e a SCP. Para esta análise, foram considerados os pontos de corte propostos por Landis & Koch (1997) (Landis & Koch 1997).

Para as análises bivariadas e multivariadas, houve um agrupamento na classificação de algumas variáveis: idade da criança foi agrupada em três categorias: 5 e 6 anos, 7 anos ou 8 e 9 anos; o estado nutricional da criança e da mãe foram classificados como: sem excesso de peso e com excesso de peso (a partir do IMC 25 Kg/m² para as mães e IMC/idade no percentil 85 para crianças); idade materna foi classificada como: menor ou igual a 35 anos ou maior ou igual a 36 anos; estado civil foi classificado como: casada/ união estável ou lares monoparentais (solteira/ divorciada/ separada/ viúva); nível de escolaridade materno foi classificado como: até ensino superior completo ou a partir de pós-graduação; cor de pele materna foi classificada como: branca ou não branca; renda familiar foi agrupada em até 9 salários mínimos, 9 a 15 salários mínimos e mais que 15 salários mínimos; a distorção materna em relação ao próprio estado nutricional foi classificada dicotomicamente, em subestima e superestima.

Para a análise bivariada, foi utilizado o teste qui-quadrado, buscando avaliar as associações das variáveis sociodemográficas, maternas e infantis com as variáveis de desfecho: presença/ausência de subestimação e superestimação materna em relação ao estado nutricional da criança.

Posteriormente, para o cálculo das razões de prevalência brutas e ajustadas e intervalos de confiança de 95%, realizou-se análise multivariada por regressão logística. Foram incluídas nos modelos as variáveis com $p \leq 0.20$ em relação à associação com a presença/ausência de subestimação ou de superestimação, na análise bivariada. As variáveis sexo, estado nutricional da criança, nível de escolaridade materna e distorção da mãe em relação ao próprio estado nutricional foram utilizadas como controle no modelo presença/ausência de subestimação. Já

no modelo presença/ausência de superestimação, foram utilizadas como controle as variáveis sexo da criança, estado nutricional da criança, idade materna, nível de escolaridade materna e distorção da mãe em relação ao próprio estado nutricional.

O nível de significância adotado para as análises foi de 5% e intervalo de confiança de 95%. As análises foram conduzidas no software Statistical Package for the Social Sciences versão 20.0 (SPSS 2011).

Resultados

Análises descritivas

A média de idade das crianças foi de 7.12 anos ($SD \pm 0.85$ anos) e a média de idade das mães foi de 37.57 anos ($SD \pm 5.17$ anos). Em relação ao IMC por idade, 21.1% das crianças apresentava sobrepeso e 12.8% obesidade. As mães apresentaram uma prevalência de sobrepeso de 28.3% e 11.2% apresentavam obesidade (dados não apresentados em Tabelas).

A maior parte das mães participantes do estudo era branca (64.4%), casada ou em união estável (87.2%), e possuía renda maior que 9 salários mínimos (68.4%) (Tabela 1).

Percepção materna do estado nutricional da criança

Observou-se que apenas 30.0% das mães apontaram de maneira adequada a silhueta que representava a SCR, caracterizando uma concordância *slight*

(kappa = 0.150, IC95% [0.104 – 0.194], p <0.001) (Tabela 2).

Ainda, 28.0% superestimaram o estado nutricional da criança, escolhendo uma silhueta maior do que aquela que representava a SCR e 42.0% o subestimaram, escolhendo uma silhueta menor do que a SCR. Em relação ao grau de distorção apresentado pelas mães, houve maior prevalência de distorção leve (47.1%), sendo que 29.6% e 17.5% das mães tinham distorção leve para subestimação e superestimação, respectivamente (Tabela 2).

Percepção Materna Segundo estado nutricional da Criança

Segundo o IMC/idade das crianças, observou-se que 46.2% das mães de crianças eutróficas subestimaram o estado nutricional de seus filhos (escolhendo uma SCP menor do que a SCR), sendo 13.1% de forma moderada ou grave. Já 16.7% das mães superestimaram o estado nutricional da criança de maneira leve, enquanto 6.8% o superestimaram de maneira moderada ou grave (Tabela 2).

Em relação às crianças com sobrepeso, 39.3% delas tiveram seu estado nutricional subestimado pelas mães. Ainda, 29.9% das mães superestimaram o estado nutricional da criança (escolhendo uma SCP maior do que a SCR), sendo a superestimação leve em 20.5% dos casos (Tabela 2).

As mães de crianças obesas apresentaram maior prevalência de distorção quando comparadas às demais, visto que 73.2% não identificaram adequadamente a SCR (Tabela 2). Destas, 25.3% subestimaram o estado nutricional e quase metade das mães superestimaram o estado nutricional de seus filhos (47.9%). Essa superestimação foi moderada ou grave por 31.0% das mães.

Percepção materna do próprio estado nutricional

A prevalência de distorção materna em relação ao próprio estado nutricional foi elevada, visto que apenas 17.3% das mães escolheram adequadamente a silhueta que representava a SMR, caracterizando uma concordância *slight* ($\kappa = 0.016$, IC95% [0.033 – 0.096], $p < 0.001$) (dados não apresentados em tabelas). Verificou-se que 67.9% das mães superestimavam seu estado nutricional e 14.8% o subestimavam, escolhendo uma SMP menor que a correspondente à SMR (dados não apresentados em tabelas).

Análises bivariadas da percepção materna do estado nutricional da criança

Quando analisados os casos de subestimação comparados com o restante da amostra (agrupando mães sem distorção e mães que superestimavam o estado nutricional da criança) (Tabela 3), observou-se que a subestimação materna do estado nutricional da criança está associada com o sexo ($X_1^2 = 23.63$, $p < 0,001$), estado nutricional da criança ($X_1^2 = 7.50$, $p < 0,01$), nível de escolaridade materna ($X_1^2 = 4.51$, $p = 0.03$) e distorção materna em relação ao próprio estado nutricional (superestima estado nutricional) ($X_1^2 = 4.21$, $p = 0.04$) (Tabela 3).

Analisando os casos de superestimação comparados com o restante da amostra (agrupando mães sem distorção e mães que subestimavam o estado nutricional da criança), observou-se que a superestimação materna do estado nutricional da criança está associada com o sexo ($X_1^2 = 14.82$, $p < 0,001$), estado nutricional da criança ($X_1^2 = 10.75$, $p < 0,01$), idade materna ($X_1^2 = 10.10$, $p < 0,01$) e

com a distorção materna em relação ao seu próprio estado nutricional (subestima estado nutricional) ($X_1^2 = 4.48$, $p=0,03$) (Tabela 3).

Análises multivariadas da percepção materna do estado nutricional da criança

O sexo da criança, o estado nutricional da criança e o nível de escolaridade materna foram as variáveis que se mantiveram associadas significativamente à distorção por subestimação, mesmo após o ajuste no modelo (Tabela 4). Verificou-se que a chance de uma criança do sexo masculino ter seu estado nutricional subestimado é 153.0% maior do que a das crianças do sexo feminino. Já as crianças que não apresentam excesso de peso tem a chance 1.65 vezes maior de ter seu estado nutricional subestimado. Ainda, observou-se que mães com maior grau de escolaridade possuem maior chance de subestimarem o estado nutricional de seus filhos ($OR_{aj} = 1.51$) (Tabela 4).

Em relação à superestimação materna do estado nutricional da criança, pode-se verificar que as variáveis sexo, estado nutricional da criança e idade materna se mantiveram associadas significativamente, mesmo após o ajuste no modelo (Tabela 4). Observa-se que a chance de uma criança do sexo feminino ter seu estado nutricional superestimado é 124% maior do que a das crianças do sexo masculino. Já as crianças que apresentam excesso de peso tem 94,0% mais chance de ter seu estado nutricional superestimado. Ainda, observou-se que mães mais jovens, com até 35 anos, possuem a chance 1.85 vezes maior de superestimarem o estado nutricional de seus filhos (Tabela 4).

As associações entre a presença de superestimação ou subestimação com a distorção da mãe em relação ao próprio estado nutricional não se mantiveram após os ajustes no modelo de regressão logística (Tabela 4).

Discussão

As prevalências de excesso de peso entre crianças e mulheres encontradas neste estudo são semelhantes às verificadas em estudos anteriores, demonstrando alta prevalência de sobrepeso e obesidade entre crianças e mulheres no Brasil (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2010; Bernardo *et al.* 2012; Trude *et al.* 2013).

Apenas um terço das mães apontou adequadamente a silhueta dos seus filhos. Estudos anteriores mostram que existe uma dificuldade materna em reconhecer adequadamente o estado nutricional da criança (Molina *et al.* 2009; Rosas *et al.* 2010; Warschburger & Kröller 2009). Molina *et al.* (2009) verificaram uma baixa correspondência entre a percepção materna e o estado nutricional da criança, especialmente para crianças com excesso de peso (Molina *et al.* 2009). Os motivos que justificam a dificuldade no reconhecimento do estado nutricional da criança ainda não foram bem elucidados, mas sugere-se que a percepção materna inadequada possa ocorrer pela preocupação excessiva com o estado nutricional da criança, com as mães tendendo a achar sempre que suas crianças apresentam peso abaixo ou acima do normal. O presente estudo não é capaz de comprovar esta suposição, merecendo esse tópico ser melhor explorado em estudos posteriores.

Um elevado percentual de crianças com sobrepeso teve seu estado nutricional subestimado pelas mães (39,3%). Essa tendência dos pais em subestimarem o estado nutricional de crianças com excesso de peso já foi verificada anteriormente (Guevara-Cruz *et al.* 2012; Binkin *et al.* 2013; Rietmeijer-Mentink *et al.* 2013; Francescatto *et al.* 2014; Arpini *et al.* 2015). Entretanto, ao contrário do encontrado na literatura, 29.9% das mães de crianças com sobrepeso e 47.9% das de crianças obesas superestimaram o estado nutricional de seus filhos. Essa elevada frequência de mães superestimando o estado nutricional de crianças com excesso de peso não foi verificada em estudos anteriores. Essa maior tendência de superestimação do estado nutricional de crianças obesas pode ser resultado do método escolhido para avaliar a percepção materna (escala de silhuetas). Lazzeri *et al.* (2006) revelaram que as mães tendem a subestimar menos o estado nutricional de crianças obesas com a utilização da escala de silhuetas se comparadas às perguntas de múltipla escolha (Lazzeri *et al.* 2006). As perguntas de múltipla escolha solicitam que as mães classifiquem o estado nutricional da sua criança como baixo peso, eutrofia, sobrepeso ou obesidade. Essa técnica pode fazer com que, por fatores emocionais, as mães tenham relutância em apontar que seus filhos apresentam excesso de peso, tendendo a subestimá-lo. Desta forma, ao utilizar escala de silhuetas, as mães sentem-se mais confortáveis em apontar a silhueta infantil sem necessidade de classificar a criança em categorias (Lazzeri *et al.* 2006; Rosas *et al.* 2010; Parkinson *et al.* 2013; Rietmeijer-Mentink *et al.* 2013).

Constatou-se também que 46.2% das mães de crianças eutróficas subestimavam o estado nutricional da criança, enquanto 23.5% delas o superestimava. Tanto a subestimação quanto a superestimação do estado

nutricional de crianças eutróficas é preocupante, pois pode fazer com que as mães apresentem insatisfação com uma suposta magreza ou excesso de peso da criança, afetando a maneira como as mães se comportam em relação ao consumo alimentar, no intuito de perda ou ganho de peso em crianças saudáveis (Webber *et al.* 2010; Aparício *et al.* 2013; Arpini *et al.* 2015).

A percepção materna influencia as práticas de controle da alimentação da criança, podendo esta relação ser mediada pela preocupação que a mãe possui em relação ao estado nutricional da criança (Arpini *et al.* 2014). As mães que percebem que seus filhos apresentam baixo peso ou excesso de peso tendem a ser mais preocupadas. Estudos verificam que, quanto maior é a preocupação da mãe com o excesso de peso da sua criança, mais propensa ela é a restringir a alimentação da criança. Já as mães que se preocupam com o baixo peso de seus filhos tendem a pressionar a criança a comer (Arpini *et al.* 2014). Desta forma, a percepção materna em relação ao estado nutricional de seus filhos afeta a quantidade e a qualidade dos alimentos oferecidos à criança (Molina *et al.* 2009). Os comportamentos de restrição e pressão para comer podem afetar negativamente a alimentação do indivíduo, sendo associados a um menor controle da sensação inata de fome e saciedade (Loth *et al.* 2013).

Apesar de apontar elevada prevalência de distorção materna em relação ao estado nutricional da criança, o presente estudo não explorou a associação dessa distorção com o consumo alimentar infantil e as práticas maternas para controle do mesmo, sendo importante que novos estudos se detenham nestes aspectos.

Observou-se um elevado percentual de mães que superestimaram seu próprio estado nutricional. A maneira como a mulher visualiza a própria imagem

corporal pode influenciar a percepção do estado nutricional de seus filhos e as atitudes maternas em relação ao estado nutricional dos mesmos (Aparício *et al.* 2013). Porém, no presente estudo não foram encontradas associações entre a percepção materna do próprio estado nutricional e a percepção materna do estado nutricional da criança após o ajuste nos modelos.

Em relação ao sexo da criança, pode-se perceber que os meninos apresentaram maior chance de ter seu estado nutricional subestimado por suas mães, enquanto as meninas apresentaram maior chance de ter o estado nutricional superestimado. Outros estudos também verificaram associações do sexo da criança com a percepção materna do estado nutricional (Molina *et al.* 2009; Parkinson *et al.* 2013; Binkin *et al.* 2013; Arpini *et al.* 2015). As mães tendem a apresentar maiores preocupações com o estado nutricional das meninas, desejando que elas sejam mais magras. Isso pode ser reflexo do padrão de beleza imposto pela mídia, e pode trazer graves consequências, como o aumento da prevalência de distúrbios alimentares (Aparício *et al.* 2013; Arpini *et al.* 2015; Larsen *et al.* 2015).

Crianças sem excesso de peso possuíam maior chance de ter seu estado nutricional subestimado, enquanto as crianças com excesso de peso apresentaram maior chance de ter o estado nutricional superestimado. Aparício *et al.* (2013) constataram em estudo anterior que o IMC da criança foi um preditor da percepção materna, pois, quanto maior o IMC da criança, maior foi a silhueta apontada pela mãe (Aparício *et al.* 2013).

Pode-se verificar também que mães com maior grau de escolaridade possuem uma chance maior de subestimarem o estado nutricional de seus filhos. Isso foi divergente do usualmente verificado em outros estudos, nos quais as mães

com menor nível de escolaridade tendem a distorcer mais o estado nutricional de sua criança (Molina *et al.* 2009; Manios *et al.* 2010; Giacomossi *et al.* 2011; Binkin *et al.* 2013). Esta diferença pode ser justificada pelo elevado grau de escolaridade de todas as mães participantes neste estudo, visto que, no Brasil, a educação privada possui preço elevado e somente famílias com renda média e alta conseguem manter seus filhos em tais escolas. Os outros estudos avaliaram populações com a escolaridade mais heterogênea, o que não permite a comparação estrita dos estudos.

Observou-se também que mães mais jovens possuem maior chance de superestimarem o estado nutricional de seus filhos, quando comparadas às mães com mais de 35 anos. Giacomossi *et al.* (2011) verificaram que as mães entre 24 e 35 anos tinham uma frequência menor de erros na classificação do estado nutricional da criança, em comparação com mães que tinham menos de 24 anos (Giacomossi *et al.* 2011). Já Aparício *et al.* (2013) observaram em seu estudo que mães com maior faixa etária (≥ 40 anos) tendiam a subestimar o estado nutricional de sua criança (Aparício *et al.* 2013).

Diante do exposto no presente estudo e considerando a influência da família na formação das preferências e hábitos alimentares, a percepção adequada das mães sobre o estado nutricional das crianças é muito importante, pois pode associar-se com práticas restritivas ou de incentivo de consumo alimentar das crianças. Assim, observando a baixa correspondência entre a percepção materna e o estado nutricional da criança, constata-se a necessidade de intervenções que levem em consideração o importante papel das mães, ajudando no reconhecimento adequado do estado nutricional de seus filhos.

O presente estudo apresenta como limitação a elevada renda da população estudada, que limita a extrapolação dos resultados.

Mensagens-chave

- Alta prevalência de distorção materna em relação ao estado nutricional da criança.
- A chance de subestimar o estado nutricional da criança foi maior para mães com maior nível de escolaridade, mães de crianças do sexo masculino e de crianças sem excesso de peso.
- A chance de superestimar o estado nutricional da criança foi maior para mães mais jovens, mães de crianças do sexo feminino e de crianças com excesso de peso.

Referências

Alm S., Olsen S.O. & Honkanen P. (2015) The role of family communication and parents' feeding practices in children's food preferences. *Appetite* **89**, 112-121.

Aparício G., Cunha M., Duarte J., Pereira A. & Albuquerque C. (2013) Nutritional status in preschool children: current trends of mother's body perception and concerns. *Atencion Primaria* **45** (Supl. 2), 194-200.

Arpini Lda S.B., Queiroz D.M.F., Correa M.M., Salaroli L.B. & Molina Mdel C.B. (2014) Relação entre a percepção materna do peso corporal do filho e as práticas alimentares infantis. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde* **16**, 140-153.

Arpini Lda S.B., Arpini A.F., Barbosa G.C., Justo G.F., Salaroli L.B. & Molina Mdel C.B. (2015) Correspondência entre a percepção materna e o estado nutricional de escolares. *Demetra* **10**, 891-904.

Bernardo Cde O., Pudla K.J., Longo G.Z. & De Vasconcelos F. deA.G. (2012) Fatores associados ao estado nutricional de escolares de 7 a 10 anos: aspectos sociodemográficos, de consumo alimentar e estado nutricional dos pais. *Revista Brasileira de Epidemiologia* **15**, 651-661.

Binkin N., Spinelli A., Baglio G. & Lamberti A. (2013) What is common becomes normal: The effect of obesity prevalence on maternal perception. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases* **23**, 410-416.

BRASIL (2015) Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.

Conde W.L. & Monteiro C.A. (2014) Nutrition transition and double burden of undernutrition and excess of weight in Brazil. *The American Journal of Clinical Nutrition* **100** (Suppl), 1617S-1622S.

da Fonseca Mde J.M., Faerstein E., Chor D. & Lopes C.S. (2004) Validade de peso e estatura informados e índice de massa corporal: estudo pró-saúde. *Revista de Saúde Pública* **38**, 392-398.

Francescato C., Santos N.S., Coutinho V.F. & Costa R.F. (2014) Mothers' perceptions about the nutritional status of their overweight children: a systematic review. *Jornal de Pediatria* **90**, 332-343.

Giacomossi M.C., Zanella T. & Höfelmann D.A. (2011) Percepção materna do estado nutricional de crianças de creches de cidade do Sul do Brasil. *Revista de Nutrição* **24**, 689-702.

Guevara-Cruz M., Serralde-Zúñiga A.E., Vázquez-Vela M.E.F., Galicia L.B. & Islas-Ortega L. (2012) Association between maternal perceptions and actual nutritional status for children in a study group in Mexico. *Nutrición Hospitalaria* **27**, 209-212.

IBGE (2010) Pesquisa de Orçamentos Familiares: Avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. Rio de Janeiro, Brasil: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Inep.gov.br, (2014). Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira's Official Website. [online] Available at: <http://www.inep.gov.br/> [Accessed 11 Sep. 2014].

Kakeshita I.S., Silva A.I.P., Zanatta D.P. & Almeida S.S. (2009) Construção e Fidedignidade Teste-Reteste de Escalas de Silhuetas Brasileiras para Adultos e Crianças. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* **25**, 263-270.

Landis J.R. & Koch G.G. (1977) The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* **33**, 159-174.

Larsen P.S., Strandberg-Larsen K., Micali N. & Andersen A.M. (2015) Parental and Child Characteristics Related to Early-Onset Disordered Eating: A Systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry* **23**, 395-412.

Lazzeri G., Casorelli A., Giallombardo D., Grasso A., Guidoni C., Menoni E. *et al.* (2006) Nutritional surveillance in Tuscany: maternal perception of nutritional status of 8-9 y-old school-children. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene* **47**, 16-21.

Loth K.A., MacLehose R.F., Fulkerson J.A., Crow S. & Neumark-Sztainer D. (2013) Eat this, not that! Parental demographic correlates of food-related parenting practices. *Appetite* **60**, 140-147.

Manios Y., Moschonis G., Grammatikaki E., Anastasiadou A. & Liarigkovinos T. (2010) Determinants of Childhood Obesity and Association with Maternal Perceptions of Their Children's Weight Status: The "GENESIS" Study. *Journal of the American Dietetic Association* **110**, 1527-1531.

Molina Mdel C.B., De Faria C.P., Montero P. & Cade N.V. (2009) Correspondência entre o estado nutricional de crianças e a percepção materna: um estudo populacional. *Cadernos de Saúde Pública* **25**, 2285-2290.

Parkinson K.N., Drewett R.F., Jones A.R. & Adamson A.J. (2013) Mothers' judgements about their child's weight: distinguishing facts from values. *Child: care, health and development* **39**, 722-127.

Peixoto Mdo R.G., Benício M.H.A. & Jardim P.C.B.V. (2006) Validade do peso e da altura auto-referidos: o estudo de Goiânia. *Revista de Saúde Pública* **40**, 1065-1072.

Rietmeijer-Mentink M., Paulis W.D., Van Middelkoop M., Bindels P.J.E. & Van Der Wouden J.C. (2013) Difference between parental perception and actual weight status of children: a systematic review. *Maternal & Child Nutrition* **9**, 13-22.

Rosas L.G., Harley K.G., Guendelman S., Fernald L.C.H., Mejia F. & Eskenazi B. (2010) Maternal Perception of Child Weight Among Mexicans in California and Mexico. *Maternal and Child Health Journal* **14**, 886–894.

Sahoo K., Sahoo B., Choudhury A.K., Sofi N.Y., Kumar R. & Bhadoria A.S. (2015) Childhood obesity: causes and consequences. *Journal of Family Medicine and Primary Care* **4**, 187-192.

Scaglioni S., Arrizza C., Vecchi F. & Tedeschi S. (2011) Determinants of children's eating behavior. *The American Journal of Clinical Nutrition* **94** (Suppl 6), 2006S–11S.

SPSS (2011) Statistical Package for the Social Sciences. 20 ed. Chicago, USA.

Trude A.C.B., Cremm E., Oliveira M.A. & Martins P. (2013) Prática de atividade física e perfil nutricional de mães com filhos de até 10 anos de idade residentes na área urbana do município de Santos-SP. *Nutrire* **38**, 291-305.

Warschburger P. & Kröller K. (2009) Maternal perception of weight status and health risks associated with obesity in children. *Pediatrics* **124**, 60-68.

Webber L., Cooke L., Hill C. & Wardle J. (2010) Child adiposity and maternal feeding practices: a longitudinal analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition* **92**, 1423–1428.

WHO (1997) Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO (2007) Growth reference data for 5-19 year. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO (2009) AnthroPlus for personal computers Manual: Software for assessing growth of the world's children and adolescents. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Tabela 1. Análise descritiva sociodemográfica e de estado nutricional das 554 crianças estudantes do 1º ao 3º ano do ensino fundamental em escolas particulares e de suas respectivas mães. Brasília (DF). 2015.

Variáveis de estudo	n	%
Sexo da criança		
Masculino	280	50.5
Feminino	274	49.5
Estado nutricional da criança		
Sem excesso de peso	366	66.1
Com excesso de peso	188	33.9
Estado nutricional da mãe		
Sem excesso de peso	335	60.5
Com excesso de peso	219	39.5
Idade materna		
≤ 35 anos	193	34.8
≥ 36 anos	361	65.2
Estado civil		
Solteira/ Divorciada/ Separada/ Viúva	71	12.8
Casada/ União estável	483	87.2
Nível de escolaridade materna		
Até ensino superior completo	279	50.4
A partir de Pós-Graduação	275	49.6
Cor de pele materna		
Branca	357	64.4
Não Branca	197	35.6
Renda familiar ^a		
Até 9 salários mínimos	175	31.6
9 a 15 salários mínimos	142	25.6
Mais que 15 salários mínimos	237	42.8

^a : salário mínimo em vigor: 788.0 reais, equivalente a 209.6 dólares na data da pesquisa.

Tabela 2. Percepção materna do estado nutricional de 554 crianças, estudantes do 1º ao 3º ano do ensino fundamental em escolas particulares, segundo tipo e grau de distorção. Brasília (DF). 2015.

	Sem distorção	Tipo e grau de distorção				Total
		Subestima estado nutricional ^a		Superestima estado nutricional ^b		
		Leve	Moderado ou grave	Leve	Moderado ou grave	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Todas as crianças da amostra	166 (30.0)	164 (29.6)	69 (12.4)	97 (17.5)	58 (10.5)	554 (100.0)
Estado nutricional da criança						
Eutrofia	111 (30.3)	121 (33.1)	48 (13.1)	61 (16.7)	25 (6.8)	366 (100.0)
Sobrepeso	36 (30.8)	34 (29.1)	12 (10.2)	24 (20.5)	11 (9.4)	117 (100.0)
Obesidade	19 (26.8)	9 (12.7)	9 (12.6)	12 (16.9)	22 (31.0)	71 (100.0)

^a n = 233, prevalência = 42.0%; ^b n = 155, prevalência = 28.0%.

Tabela 3. Associação bivariada das variáveis sociodemográficas e maternas com a presença/ausência de subestimação e superestimação do estado nutricional da crianças. Brasília (DF). 2015.

Variáveis	Subestima	Não Subestima	<i>p</i>	Superestima	Não Superestima	<i>p</i>
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Sexo da criança			<0.001			<0.001
Masculino	146 (52.1)	134 (47.9)		58 (20.7)	222 (79.3)	
Feminino	87 (31.8)	187 (68.2)		97 (35.4)	177 (64.6)	
Idade da criança			0.41			0.63
5 e 6 anos	55 (37.4)	92 (62.6)		45 (30.6)	102 (69.4)	
7 anos	89 (43.8)	114 (56.2)		57 (28.1)	146 (71.9)	
8 e 9 anos	89 (43.6)	115 (56.4)		53 (26.0)	151 (74.0)	
Estado nutricional da criança			<0.01			<0.01
Sem excesso de peso	169 (46.2)	197 (53.8)		86 (23.5)	280 (76.5)	
Com excesso de peso	64 (34.0)	124 (66.0)		69 (36.7)	119 (63.3)	
Estado nutricional da mãe			0.30			0.66
Sem excesso de peso	135 (40.3)	200 (59.7)		96 (28.7)	239 (71.3)	
Com excesso de peso	98 (44.7)	121 (55.3)		59 (26.9)	160 (73.1)	
Idade materna			0.58			< 0.01
≤ 35 anos	78 (40.4)	115 (59.6)		70 (36.3)	123 (63.7)	
≥ 36 anos	155 (42.9)	206 (57.1)		85 (23.5)	276 (76.5)	
Estado civil			0.58			0.60
Solteira/Divorciada/Separada/ Viúva	32 (45.1)	39 (54.9)		18 (25.4)	53 (74.6)	
Casada/ União estável	201 (41.6)	282 (58.4)		137 (28.4)	346 (71.6)	
Nível de escolaridade materna			0.03			0.06
Até ensino superior completo	105 (37.6)	174 (62.4)		88 (31.5)	191 (68.5)	
A partir de pós graduação	128 (46.5)	147 (53.5)		67 (24.4)	208 (75.6)	
Cor de pele materna			0.46			0.57
Branca	146 (40.9)	211 (59.1)		97 (27.2)	260 (72.8)	

Não Branca	87 (44.2)	110 (55.8)		58 (29.4)	139 (70.6)	
Renda familiar			0.92			0.89
Até 9 salários mínimos	72 (41.1)	103 (58.9)		48 (27.4)	127 (72.6)	
9 a 15 salários mínimos	59 (41.5)	83 (58.5)		42 (29.6)	100 (70.4)	
Mais que 15 salários mínimos	102 (43.0)	135 (57.0)		65 (27.4)	172 (72.6)	
Distorção da mãe em relação ao próprio EN			0.18			0.03
Subestima	40 (48.8)	42 (51.2)		15 (18.3)	67 (81.7)	
Não Subestima	193 (40.9)	279 (59.1)		140 (29.7)	332 (70.3)	
Distorção da mãe em relação ao próprio EN			0.04			0.17
Superestima	147 (39.1)	229 (60.9)		112 (29.8)	264 (70.2)	
Não superestima	86 (48.3)	92 (51.7)		43 (24.2)	135 (75.8)	

Tabela 4. Odds ratio bruto e ajustado para subestimação e superestimação do estado nutricional da criança de acordo com fatores associados. Brasília (DF). 2015.

Fatores Associados	Presença de subestimação		Presença de superestimação	
	OR (95%IC)	OR ajustado (95%IC) ^a	OR (95%IC)	OR ajustado (95%IC) ^b
Sexo da criança				
Masculino	2.34 (1.66 – 3.31)	2.53 (1.77 – 3.61)	1	1
Feminino	1	1	2.10 (1.43 – 3.07)	2.24 (1.51 – 3.32)
Estado nutricional da criança				
Sem excesso de peso	1.66 (1.15 – 2.39)	1.65 (1.12 – 2.41)	1	1
Com excesso de peso	1	1	1.89 (1.29 – 2.77)	1.94 (1.30 – 2.91)
Idade materna ^c				
≤ 35 anos			1.85 (1.26 – 2.71)	1.85 (1.23 – 2.77)
≥ 36 anos			1	1
Nível de escolaridade materna				
Até ensino superior completo	1	1	1.43 (0.98 – 2.08)	1.31 (0.85 – 1.95)
A partir de pós graduação	1.44 (1.03 – 2.03)	1.51 (1.06 – 2.16)	1	1
Distorção da mãe em relação ao próprio EN				
Subestima	1.38 (0.86 – 2.20)	0.95 (0.51 – 1.75)	0.53 (0.29 – 0.96)	0.61 (0.29 – 1.28)
Não Subestima	1	1	1	1
Distorção da mãe em relação ao próprio EN				
Superestima	0.69 (0.48 – 0.98)	0.67 (0.42 – 1.07)	1.33 (0.89 – 2.00)	1.09 (0.65 – 1.83)
Não superestima	1	1	1	1

OR: Odds Ratio. IC: Intervalo de confiança. OR ajustado^a: odds ratio ajustado por regressão logística para sexo da criança, estado nutricional da criança, nível de escolaridade materna e distorção da mãe em relação ao próprio estado nutricional. OR ajustado^b: odds ratio ajustado por regressão logística para sexo da criança, estado nutricional da criança, idade materna, nível de escolaridade materna e distorção da mãe em relação ao próprio estado nutricional. ^c: A variável idade materna não foi testada para a presença de subestimação pois apresentou $p > 0.20$ nas análises bivariadas.

5.2. Artigo 2 - Insatisfação materna com a imagem corporal de crianças em escolas particulares do Distrito Federal, Brasil

Insatisfação materna com a imagem corporal de crianças em escolas particulares do Distrito Federal, Brasil

Jéssica Pedroso¹, Muriel Bauermann Gubert¹, Natacha Toral¹.

¹Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana

Resumo

Foi verificada a prevalência e fatores associados à insatisfação materna com a imagem corporal de crianças entre o 1º e o 3º ano do ensino fundamental de escolas particulares do Distrito Federal, Brasil. Estudo transversal com 554 pares mães-escolares. Mães responderam questionário online e crianças tiveram peso e estatura aferidos. A maioria das mães era insatisfeita com a imagem corporal da criança. Mães de meninos apresentavam maior chance de desejarem ganho de peso da criança. Mães de meninas e de crianças com excesso de peso tinham maior chance de desejarem perda de peso infantil. Observou-se correlação positiva entre insatisfação materna com a própria imagem corporal e com a imagem corporal da criança. Conclusão: observou-se elevada prevalência de insatisfação materna com a imagem corporal da criança. Sugere-se a realização de novos estudos para melhor entender os fatores associados e os possíveis impactos dessa insatisfação materna na saúde e alimentação infantil.

Palavras-chave: estado nutricional; imagem corporal; criança; relações mãe-filho.

Introdução

A família influencia os hábitos alimentares das crianças (Scaglioni et al., 2011; Alm et al., 2015; Larsen et al., 2015) e neste contexto, as mães possuem importante papel na educação e na escolha dos alimentos

consumidos pelos filhos (Gualdi-Russo et al., 2012; Aparício et al., 2013). A maneira como o corpo da criança é percebido pela mãe e a presença de insatisfação materna com a imagem corporal da criança podem afetar diretamente as atitudes e práticas maternas relacionadas com o consumo alimentar infantil (Webber et al., 2010; Aparício et al., 2013; Binkin et al., 2013; Duchin et al., 2016).

A imagem corporal consiste em um construto multidimensional que resulta na maneira como o indivíduo vê o seu próprio corpo e o corpo das pessoas que o cercam. A formação e a valorização da imagem corporal são influenciadas por diversos fatores, como a etnia, cultura e ambiente, que ajudam a determinar o corpo idealizado pelo indivíduo (Damasceno et al., 2006; Gualdi-Russo et al., 2012; Aparício et al., 2013). Esses conceitos podem gerar satisfação ou insatisfação parental em relação ao corpo de seus filhos. O reconhecimento, por parte dos pais, de que a criança está acima ou abaixo do peso idealizado é o que leva à essa insatisfação. (Hager et al., 2012). Em se tratando de imagem corporal infantil, estudos apontam que as mães tendem, de maneira geral, a idealizar uma silhueta maior para a sua criança, sendo esta visualizada como sinal de saúde (Aparício et al., 2013; Duchin et al., 2016). Essa percepção inadequada é preocupante, especialmente para crianças com excesso de peso, pois pode limitar a procura por estratégias que busquem adequar o estado nutricional da criança à parâmetros nutricionais saudáveis (Hager et al., 2012).

Estudos revelam que a insatisfação materna está associada ao sexo, idade e estado nutricional da criança (Lindsay et al., 2009; Warschburger & Kröller, 2012). Além disso, características das mães e o modo como ela percebe o próprio corpo também podem influenciar na forma como ela percebe o corpo de sua criança (Warschburger & Kröller, 2009; Warschburger & Kröller, 2012; Aparício et al., 2013; Duchin et al., 2016).

A maneira como os pais manifestam a insatisfação com o corpo de seus filhos também pode afetar a relação deles com o próprio corpo e com os alimentos. Sugere-se que comentários sobre a aparência da criança, encorajamento para perda de peso ou restrição e pressão para o consumo de determinados alimentos podem fazer com que a criança tenha maior insatisfação corporal, desejo pela magreza e associa-se também à adoção de

dietas na infância (Ricca et al., 2010; Gualdi-Russo et al., 2012; Yamazaki & Omori, 2016).

Diante do potencial impacto da insatisfação materna nas práticas e atitudes relacionadas com o consumo alimentar infantil, o objetivo do presente estudo é verificar a prevalência e fatores associados à insatisfação materna com a imagem corporal de crianças entre o 1º e o 3º ano do ensino fundamental de escolas particulares do Distrito Federal, Brasil.

Metodologia

O presente estudo tem caráter transversal e a amostra final foi constituída por 554 alunos de escolas particulares do Distrito Federal (e suas respectivas mães). A amostra é representativa para crianças entre o 1º e o 3º ano do ensino fundamental de escolas particulares no Distrito Federal e foi calculada a partir do número de crianças matriculadas nestas séries em escolas particulares no Distrito Federal (DF), no ano de 2013 (INEP, 2014), considerando intervalo de confiança de 95% e erro máximo de 5%.

Primeiramente, foi gerada uma lista de aleatoriedade, que estabeleceu a ordem pela qual as escolas seriam convidadas para participar da pesquisa. Todas as escolas particulares do DF eram elegíveis nesse momento. O convite às escolas foi realizado sistematicamente segundo essa lista, até obter-se a amostra mínima definida de alunos (474 era a amostra inicial mínima, considerando uma perda amostral de 20%). O número final de escolas participantes foi de 19 escolas.

Nas escolas selecionadas, todos os alunos do 1º ao 3º ano do ensino fundamental eram elegíveis e foram convidados a participar da pesquisa, assim como suas mães. Foram considerados como critérios de inclusão crianças que moravam com as mães, que estavam matriculadas formalmente e cujas mães tinham acesso à internet. Já os critérios de exclusão consistiam em pares cujas mães estavam grávidas ou cujas crianças apresentassem patologias relacionadas diretamente com o estado nutricional (por exemplo, doença celíaca, fenilcetonúria, Diabetes Mellitus, síndrome de Turner, erro no metabolismo e tireoidite de Hashimoto) ou incapacidades físicas que limitassem a avaliação antropométrica nos equipamentos utilizados na

pesquisa (balança e estadiômetro). Foram excluídos também pares cujas mães não responderam ao questionário inteiramente ou cujas crianças não tiveram peso e estatura mensurados.

Após a seleção da escola, os pares mães-filhos foram convidados a participar da pesquisa, mediante carta convite, que apresentava o projeto de pesquisa, link do questionário online (disponibilizado na plataforma Survey Monkey®) e um código, que permitia o *link* entre o questionário e a criança. Esse código permitia a ligação dos dados antropométricos com os questionários. O envio da carta convite via e-mail também foi realizado, buscando facilitar o acesso ao questionário.

As mães aceitavam sua participação no estudo e consentiam a participação de sua criança a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido online, disponibilizado antes do início do preenchimento do questionário. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob número 39116314.3.0000.0030.

A participação das mães na pesquisa se deu mediante a resposta ao questionário online. Com objetivo de verificar a adequação do questionário, realizou-se teste piloto em escolas particulares não selecionadas. O questionário avaliava dados sociodemográficos, estado nutricional da mãe, insatisfação materna com a própria imagem corporal e insatisfação materna com a imagem corporal da criança.

Em relação aos dados sociodemográficos, foram coletados dados como a idade e sexo da criança; idade, escolaridade, estado civil e cor da pele materna; além de renda familiar.

A avaliação do estado nutricional das mães foi realizada a partir do Índice de Massa Corporal (IMC), de acordo com os pontos de corte propostos pela OMS (World Health Organization, 1997). O peso e a estatura foram obtidos de forma auto referida, metodologia validada no Brasil e utilizada em inquéritos populacionais anuais (Fonseca et al., 2004; Peixoto et al., 2006; Ministério da Saúde, 2015).

A insatisfação materna com a própria imagem corporal foi avaliada a partir da Escala de Silhuetas para adultos do sexo feminino, desenvolvida no Brasil (Kakeshita et al., 2009). Na escala constavam 15 silhuetas, que

variavam de magreza (silhueta 1 – IMC médio = 12.5 Kg/m²) até obesidade grave (silhueta 15 – IMC médio = 47.5 Kg/m²). Primeiramente, solicitou-se que as mães assinalassem das 15 silhuetas apresentadas a que melhor representava seu corpo atual, sendo esta denominada Silhueta Materna Percebida (SMP), e a que melhor representava o corpo que ela gostaria de ter, sendo esta denominada Silhueta Materna Desejada (SMD). A diferença entre a SMP e a SMD foi utilizada para determinar o nível de insatisfação com a imagem corporal. Se a diferença fosse igual a zero, a mãe era classificada como satisfeita, já um valor diferente de zero representava insatisfação com sua imagem corporal. A diferença positiva indicava que a mãe desejava diminuir a silhueta (perda de peso materno - PPM), enquanto uma diferença negativa indicava que ela desejava aumentar a silhueta (ganho de peso materno - GPM).

A insatisfação materna com a imagem corporal de seu filho foi avaliada a partir da Escala de Silhuetas para crianças, desenvolvida no Brasil (Kakeshita et al., 2009). A escala possui 22 silhuetas, sendo 11 masculinas e 11 femininas, as quais variavam de magreza (silhueta 1 – IMC médio = 12.0 Kg/m²) a obesidade grave (silhueta 11 – IMC médio = 29.0 Kg/m²). Primeiramente, foi solicitado que as mães assinalassem, dentre as 11 silhuetas apresentadas, a que melhor representava o corpo atual da criança, sendo esta denominada Silhueta da Criança Percebida (SCP), e a que melhor representava o corpo que ela gostaria que a criança tivesse, sendo esta denominada Silhueta da Criança Desejada (SCD). A diferença entre a SCP e a SCD foi utilizada para determinar o nível de insatisfação materna com a imagem corporal da criança. Se a diferença fosse igual a zero, a mãe era classificada como satisfeita com a imagem corporal de seu filho, já um valor diferente de zero representava insatisfação com a imagem corporal da criança. A diferença positiva indicava que a mãe desejava que seu filho diminuísse a silhueta (perda de peso da criança - PPC), enquanto uma diferença negativa indicava que ela desejava que a criança aumentasse a silhueta (ganho de peso da criança - GPC).

As crianças autorizadas pelas mães e que aceitaram participar da pesquisa (a partir da assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido) tiveram seu peso e estatura aferidos em dia agendado

previamente com a escola. Os equipamentos utilizados foram balança e estadiômetro portáteis. Foi feita a avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC) e a classificação do estado nutricional foi obtida a partir IMC por idade (IMC/idade) em escore-z. Para classificação, foram utilizados os pontos de corte propostos pela OMS (World Health Organization, 2007), sendo utilizado o software Anthro plus (World Health Organization, 2009).

Análises estatísticas

Devido à baixa prevalência ($n = 4$, 0.72%), foram excluídas das análises as crianças que apresentavam magreza e suas respectivas mães.

Foram efetuadas análises descritivas, com o cálculo de média, distribuição em frequência e desvio-padrão.

Utilizou-se análises não-paramétricas pois a distribuição dos dados não apresentava normalidade.

O teste de qui-quadrado foi utilizado para avaliar as associações das variáveis sociodemográficas, maternas e infantis com as variáveis de desfecho (1) insatisfação com a imagem corporal da criança, (2) desejo materno de ganho de peso da criança (GPC) (3) desejo materno de perda de peso da criança (PPC).

Para as análises bivariadas e multivariadas foi realizado o agrupamento das seguintes variáveis: idade da criança em: 5 e 6 anos, 7 anos ou 8 e 9 anos; estado nutricional da criança e estado nutricional materno em: sem excesso de peso ou com excesso de peso (ponto de corte de 25 Kg/m² para as mães e percentil 85 para as crianças); idade materna em: menor ou igual a 35 anos ou maior ou igual a 36 anos; estado civil em: lares monoparentais (mães solteiras, divorciadas, separadas ou viúvas) ou biparentais (mães casadas ou em união estável); nível de escolaridade em: até ensino superior completo ou a partir de pós graduação; cor de pele materna em: branca ou não branca; renda familiar em: até 9 salários mínimos, 9 a 15 salários mínimos ou mais que 15 salários mínimos; insatisfação materna em relação a própria imagem corporal em: presença/ausência de desejo de ganho de peso materno (GPM) e presença/ausência de desejo de perda de peso materno (PPM).

Realizou-se também análise multivariada por regressão logística para obtenção de razões de prevalência brutas e ajustadas, além de intervalos de confiança de 95%. Foram inseridas nestas análises as variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$ com as variáveis de desfecho, considerando a análise bivariada. As variáveis sexo da criança, idade da criança, estado nutricional da criança, estado nutricional da mãe, nível de escolaridade materna, renda familiar e desejo de GPM foram utilizadas como controle no modelo de insatisfação materna com a imagem corporal da criança. Já as variáveis sexo da criança, idade da criança, estado nutricional da criança, idade materna e insatisfação materna em relação à própria imagem corporal foram utilizadas como controle no modelo de desejo de GPC. Ainda, as variáveis sexo da criança, idade da criança, estado nutricional da criança, estado nutricional da mãe, nível de escolaridade materna, renda familiar e insatisfação materna em relação à própria imagem corporal foram utilizadas como controle no modelo de desejo de PPC.

Utilizou-se também a correlação de Spearman para verificar a existência de correlação entre a insatisfação materna em relação ao próprio estado nutricional e insatisfação materna em relação ao estado nutricional da criança.

As análises foram realizadas no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0, sendo o nível de significância adotado para as análises 5% e o intervalo de confiança de 95%.

Resultados

Análises descritivas

A média de idade das crianças foi de 7,12 anos ($SD \pm 0,85$ anos). Em relação ao estado nutricional, verificou-se que 33,9% das crianças apresentavam excesso de peso (Tabela 1), destas, 12,8% eram obesas. Já as mães apresentavam idade média de 37,57 anos ($SD \pm 5,17$ anos) e prevalência de excesso de peso de 39,5% (Tabela 1), sendo 11,2% delas obesas (dados de obesidade e idade não apresentados em Tabelas).

Na amostra 42,8% das mães possuía renda familiar maior que 15 salários mínimos, 64,4% eram brancas e 65,2% apresentavam faixa etária maior ou igual a 36 anos (Tabela 1).

Insatisfação materna em relação à Silhueta da Criança Percebida (SCP)

Avaliando a amostra, identificou-se que 50,9% das mães estavam insatisfeitas com a imagem corporal de sua criança, 27,1% desejavam GPC e 23,8% desejavam PPC (Tabela 2).

A maior parte das mães de crianças eutróficas estava satisfeita com a imagem corporal do seu filho (56,5%), mas 39,1% delas gostaria que a criança ganhasse peso. Para as crianças com sobrepeso, observou-se que 46,2% das mães estavam satisfeitas com a imagem corporal da criança, enquanto 48,7% delas manifestaram o desejo de PPC. A maior parte das mães de crianças obesas (83,1%) identificaram uma silhueta menor para seus filhos como ideal, isto é, desejavam PPC (Tabela 2).

Insatisfação da mãe em relação à própria imagem corporal

Em relação à insatisfação da mãe com sua própria imagem corporal (diferença entre SMP e SMD), pode-se constatar que apenas 12,5% das mães estava satisfeita com sua imagem corporal, enquanto 79,1% desejava perder peso (dados não apresentados em tabelas).

Análises bivariadas da insatisfação materna em relação à Silhueta da Criança Percebida (SCP)

Em relação ao sexo da criança, observa-se que as mães tendem a estar mais insatisfeitas com a imagem corporal da criança se esta for do sexo masculino (55,7%). Além disso, as mães de meninos tendem a desejar mais o GPC (34,6%) (Tabela 3).

Quanto ao estado nutricional da criança, as mães de crianças com excesso de peso eram mais insatisfeitas com a imagem corporal de seus filhos (65,4%). Constatou-se também uma tendência das mães de crianças

com excesso de peso desejarem mais frequentemente PPC (61,7%), enquanto as mães de crianças sem excesso desejavam mais GPC (39,1%) (Tabela 3).

Em relação à idade da criança, observa-se que as mães com filhos mais novos tendem a desejar GPC (33,3%), já as mães de crianças com 7 anos tendem a ser mais insatisfeitas (56,7%), desejando PPC (28,1%) (Tabela 3).

Mães com excesso de peso são mais insatisfeitas com a imagem corporal de seu filho (61,2%), tendendo também a desejarem mais a PPC (33,8%) quando comparadas às mães sem excesso de peso (Tabela 3).

Considerando a insatisfação da mãe com sua própria imagem corporal, observou-se que mães que desejam ganhar peso tendem a desejar que sua criança ganhe peso (55,3%), enquanto as mães que desejam perder peso tendem a desejar que sua criança também perca peso (27,5%) (Tabela 3).

Foi observada também uma correlação positiva significativa entre a insatisfação da mãe com a imagem corporal da criança e a insatisfação da mãe com a própria imagem corporal, $r_s = 0,199$, IC95% [0,113, 0,283], $p < 0,001$.

Análises multivariadas da insatisfação materna em relação à Silhueta da Criança Percebida (SCP)

Insatisfação Materna

As variáveis que se mantiveram associadas significativamente à insatisfação com a imagem corporal da criança, após o ajuste no modelo (Tabela 4) foram: idade da criança, estado nutricional da criança, estado nutricional da mãe e desejo materno de ganho de peso - GPM.

Contatou-se que a chance de uma mãe de criança com 7 anos ser insatisfeita com a imagem corporal de seu filho é 60% maior do que a das mães de crianças com 8 ou 9 anos. Ainda, observou-se que as crianças com excesso de peso apresentavam maior chance de terem mães insatisfeitas com sua imagem corporal (ORaj 2,18). As mães com excesso de peso

tinham quase duas vezes mais chances de serem insatisfeitas com a imagem corporal da sua criança (ORaj 1,99). Já as mães que desejavam ganhar peso tinham chance 2,23 vezes maior de serem insatisfeitas com a imagem corporal da sua criança.

Desejo de Ganho de peso da Criança

Os meninos apresentaram chance 2,74 vezes maior de terem mães desejando GPC. Crianças sem excesso de peso apresentaram chance 21,51 vezes maior de terem mães desejando GPC. Já as mães que desejavam ganhar peso tinham chance 5,62 vezes maior de desejarem GPC.

Desejo de Perda de Peso da Criança

O sexo da criança, estado nutricional da criança e a escolaridade materna foram as variáveis que se mantiveram associadas ao desejo de PPC, mesmo após o ajuste. As meninas apresentaram chance 2,37 vezes maior de terem mães que desejavam sua PP. Já as crianças com excesso de peso tiveram chance 39,98 vezes maior de terem mães desejando PPC. Ainda, mães com menor escolaridade também apresentaram maiores ORaj para PPC (ORaj 2,68).

Discussão

Observando a insatisfação da mãe em relação a imagem corporal da criança, constatou-se que aproximadamente metade delas estava satisfeita com a imagem corporal de seu filho. Estudo anterior com pré-escolares observou maior porcentagem de mães satisfeitas com a imagem corporal da criança que o presente estudo (67,2%) (Aparício et al., 2013). Já Duchin et al. (2016) constataram que apenas 39,0% das mães estavam satisfeitas com o corpo de seus filhos, enquanto 47,0% desejavam que a criança apresentasse uma silhueta maior do que a percebida por elas (Duchin et al., 2016).

Verificou-se que 39,1% das mães de crianças eutróficas gostariam que a criança ganhasse peso. A satisfação ou insatisfação com o corpo da

criança pode influenciar diretamente as práticas e atitudes maternas em relação à alimentação infantil (Aparício et al., 2013; Duchin et al., 2016). O desejo de GPC para crianças eutróficas pode fazer com que as mães pressionem a criança para comer uma maior quantidade de alimentos, o que pode mascarar a sensação inata de fome e saciedade, fazendo com que a criança se alimente de acordo com estímulos externos, o que pode resultar em sobrepeso e obesidade futuras (May et al., 2007; Webber et al., 2010; Lorenzato, 2012; Loth et al., 2013).

Verificou-se que 48,7% e 83,1% das mães de crianças com sobrepeso e obesidade desejavam que sua criança perdesse peso, respectivamente. Killion et al. (2006) observaram que metade das mães de crianças com excesso de peso desejavam que seu filho apresentasse um silhueta menor do que a percebida por ela (Killion et al., 2006). Guendelman et al. (2010), ao avaliarem mães mexicanas imigrantes na Califórnia, verificaram que, das mães que perceberam que sua criança apresentava excesso de peso, 82,3% estavam insatisfeitas com o peso do filho (Guendelman et al., 2010). Sugere-se que a correta percepção materna da condição nutricional inadequada de seus filhos pode fazer com que as mães melhorem os hábitos alimentares e o estilo de vida de suas crianças, sendo necessários estudos posteriores que avaliem esta associação, uma vez que o presente estudo não é capaz de avaliar esse pressuposto.

A maior parte das mães declarou desejar perder parte do próprio peso. Duchin et al. (2016) também observaram elevada porcentagem de mães insatisfeitas com seu próprio estado nutricional (58,0% gostariam de apresentar uma silhueta menor) (Duchin et al., 2016). A internalização dos ideais de magreza e da pressão sociocultural para que mulheres sejam magras podem ser fatores relacionados a estes altos percentuais de insatisfação das mulheres com seus corpos, o que pode trazer como consequência baixa autoestima, depressão e transtornos alimentares (Fitzsimmons-Craft et al., 2012; Runfola et al., 2013). A elevada porcentagem de mães que apresentam insatisfação em relação ao próprio corpo é preocupante, pois isso pode afetar a maneira como elas percebem o corpo de sua criança e como elas se comportam em relação ao mesmo, podendo

acarretar a adoção de estratégias para controlar o peso corporal do seu filho (Gualdi-Russo et al., 2012; Aparício et al., 2013).

Avaliando o sexo da criança, observa-se que as meninas têm maior chance de terem mães que desejam PPC, enquanto os meninos têm maior chance de terem mães que desejam GPC. Estes achados são corroborados por estudo anterior (Aparício et al., 2013). A insatisfação materna com a imagem corporal de meninas pode fazer com que as mães pressionem e encorajem suas filhas a manifestarem comportamentos para controle de peso corporal (Maynard et al., 2003). Segundo Schreiber et al. (2014), as meninas eutróficas eram mais pressionadas por suas mães a controlar o peso corporal, quando comparadas aos meninos eutróficos. Sugere-se que essas diferenças de gênero podem estar ocorrendo devido aos padrões de beleza femininos impostos pela mídia, os quais valorizam mulheres cada vez mais magras (Schreiber et al., 2014). Sugere-se ainda que o desejo GPC nos meninos pode ocorrer pelas mães acreditarem que as silhuetas maiores representam corpos com maior musculatura, considerado padrão de beleza para o sexo masculino, sendo necessários novos estudos que detenham-se nestes aspectos (Gualdi-Russo et al., 2012; Damiano et al., 2015). Importante ressaltar que as crianças estudadas são pré-púberes, a idealização de corpos musculosos é equivocada nesta faixa etária. McCabe e Ricciardelli (2005) verificaram, em estudo com crianças de 8 a 12 anos, que os meninos eram encorajados a ganhar massa muscular. Isso pode fazer com que cresçam insatisfeitos com seus corpos ou utilizem suplementos e esteroides quando mais velhos, buscando atingir este objetivo (McCabe & Ricciardelli, 2005).

Mães de crianças mais novas desejaram mais o GPC. Esses dados na literatura são controversos (Warschburger & Kröller, 2012; Aparício et al., 2013). Sugere-se que o desejo de GPC seja maior entre as crianças menores porque as mais velhas, com 8 e 9 anos estão entrando em período de repleção energética, quando há aumento da velocidade de ganho de peso (normalmente entre os 7 e 10 anos de idade) com objetivo de acumular energia para o estirão pubertário. As mães de crianças mais velhas, percebendo esse ganho de peso, sentem-se mais confortáveis com o EN de seu filho (Bertin et al., 2010).

Mães de crianças com excesso de peso desejavam mais a PPC. A preferência por silhuetas mais magras por mães de crianças com excesso de peso também foi observada em estudos anteriores (Warschburger & Kröller, 2012; Rosas et al., 2010). Warschburger e Kröller (2012) verificaram uma associação entre o desejo de PPC e a percepção parental de necessidade de inclusão de atividades que previnam o excesso de peso na rotina infantil (Warschburger & Kröller, 2012). Entretanto o presente estudo não é capaz de explorar esse aspecto, sendo recomendados estudos que verifiquem se essa percepção pode, de alguma forma, incentivar a procura por tratamento ou a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

Observou-se também que mães com excesso de peso apresentavam maior chance de serem insatisfeitas com o estado nutricional da criança. Warschburger e Kröller (2012) verificaram que mães com excesso de peso preferiam silhuetas mais magras para seus filhos (Warschburger & Kröller, 2012). Pais com sobrepeso e obesidade parecem estar mais atentos às mudanças no corpo das crianças, sendo mais preocupados com o ganho de peso, pela própria experiência vivenciada (Warschburger & Kröller, 2012). Antagonicamente, mães que desejavam ganhar peso tinham maior chance de serem insatisfeitas com a imagem corporal da criança desejando GPC, o que também foi observado anteriormente por Duchin et al. (2016) (Duchin et al., 2016). Segundo Schreiber et al. (2014), as mães que se preocupam com o próprio peso corporal apresentam maior propensão a encorajar sua criança a controlar o peso corporal, o que pode ser prejudicial, estando associado com transtornos alimentares futuros (Schreiber et al., 2014). Os pais moldam os comportamentos alimentares e as relações que a criança possui com o próprio corpo (Gualdi-Russo et al., 2012). Desta forma, intervenções que instruem a família em como abordar essa insatisfação com a imagem corporal da criança de forma não danosa, procurando mudanças adequadas na alimentação e no estilo de vida, devem ser incentivadas.

Este estudo apresenta como limitação a dificuldade na generalização dos resultados para outras populações, devido ao elevado grau de escolaridade e renda das mães. Além disso, como apresenta caráter transversal, não puderam ser verificadas relações causais. Sugere-se a realização de estudos longitudinais que avaliem a influência da insatisfação

materna com a imagem corporal da criança nas práticas e atitudes maternas relacionadas com o consumo alimentar infantil.

Conclusão

No presente estudo, verificou-se que a maior parte das mães era insatisfeita com a imagem corporal de sua criança. Constatou-se que as mães dos meninos apresentavam maior chance de desejarem o ganho de peso da criança, enquanto as mães das meninas apresentavam maior chance de desejarem a perda de peso da criança. Observou-se também que as mães de crianças com menor faixa etária tendem a desejar mais o ganho de peso da criança e que as mães de crianças com excesso de peso tem maior chance de desejarem a perda de peso da criança. Verificou-se também correlação positiva entre a insatisfação materna com a própria imagem corporal e a insatisfação com a imagem corporal da criança. Este estudo sugere que as mães tendem a transferir a insatisfação com a própria imagem corporal para a imagem corporal de sua criança.

Diante disso, torna-se importante a discussão dos padrões de saúde e beleza atualmente adotados e o impacto disto na percepção do estado nutricional infantil. Sugere-se que outros estudos devem ser realizados para melhor entender os fatores associados e os possíveis impactos dessa insatisfação materna na saúde e alimentação infantil.

Referências

Alm, S., Olsen, S. O., & Honkanen P. (2015). The role of family communication and parents' feeding practices in children's food preferences. *Appetite*, 89, 112-121.

Aparício, G., Cunha, M., Duarte, J., Pereira, A., Bonito, J., & Albuquerque, C. (2013). Nutritional status in preschool children: current trends of mother's body perception and concerns. *Atención Primaria*, 45, 194-200.

Bertin, R. L., Malkowski, J., Zutter, L. C. I., & Ulbrich, A. Z. (2010). Estado nutricional, hábitos alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. *Revista Paulista de Pediatria*, 28(3), 303-308.

Binkin, N., Spinelli, A., Baglio, G., & Lamberti, A. (2013). What is common becomes normal: The effect of obesity prevalence on maternal perception. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 23, 410-416.

Ministério da Saúde. (2015). *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Fonseca, MJM, Faerstein, E., Chor, D., & Lopes, C. S. (2004). Validade de peso e estatura informados e índice de massa corporal: estudo pró-saúde. *Revista de Saúde Pública*, 38(3), 392-398.

Damasceno, V. O., Vianna, V. R. A., Vianna, J. M., Lacio, M., Lima, J. R. P., & Novaes, J. S. (2006). Imagem corporal e corpo ideal. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 14(2), 81-94.

Damiano, S. R., Gregg, K. J., Spiel, E. C., McLean, S. A., Wertheim, E. H., & Paxton, S. J. (2015). Relationships between body size attitudes and body image of 4-year-old boys and girls, and attitudes of their fathers and mothers. *Journal of Eating Disorders*, 3, 16-26.

Duchin, O., Marin, C., Mora-Plazas, M., & Villamor, E. (2016). Maternal body image dissatisfaction and BMI change in school-age children. *Public Health Nutrition*, 19(2), 287-292.

Fitzsimmons-Craft, E. E., Harney, M. B., Koehler, L. G., Danzi, L. E., Riddell, M. K., & Bardone-Cone, A. M. (2012). Explaining the relation between thin

ideal internalization and body dissatisfaction among college women: The roles of social comparison and body surveillance. *Body Image*, 9(1), 43–49.

Gualdi-Russo, E., Manzon, V. S., Masotti, S., Toselli, S., Albertini, A., Celenza, F., et al. (2012). Weight status and perception of body image in children: the effect of maternal immigrant status. *Nutrition Journal*, 11, 85.

Guendelman, S., Fernald, L. C. H., Neufeld, L. M., & Fuentes-Afflick, E. (2010). Maternal perceptions of early childhood ideal body weight differ among mexican-origin mothers residing in Mexico compared to California. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(2), 222-229.

Hager, E. R., Candelaria, M., Latta, L. W., Hurley, K. M., Wang, Y., Caulfield L. E., et al. (2012). Maternal perceptions of toddler body size: accuracy and satisfaction differ by toddler weight status. *Archives Pediatrics Adolescent Medicine*, 166(5), 417-422.

INEP. (2014). Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. (2014). Recuperado de <http://www.inep.gov.br/>

Kakeshita, I. S., Silva, A. I. P., Zanatta, D. P., & Almeida, S. S. (2009). Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(2), 263-270.

Killion, L., Hughes, S. O., Wendt, J. C., Pease, D., & Nicklas, T. A. (2006). Minority mothers' perceptions of children's body size. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1(2), 96-102.

Larsen, P. S., Strandberg-Larsen, K., Micali, N., & Andersen, A. M. (2015). Parental and child characteristics related to early-onset disordered eating: A systematic review. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(6), 395-412.

Lindsay, A. C., Machado, M. T., Sussner, K. M., Hardwick, C. K., Kerr, L. R. F. S., & Peterson, K. E. (2009). Brazilian mothers' beliefs, attitudes and practices related to child weight status and early feeding within the context of nutrition transition. *Journal of Biosocial Science*, 41(1), 21-37.

Lorenzato L. (2012). Avaliação de atitudes, crenças e práticas de mães em relação à alimentação e obesidade de seus filhos através do uso do Questionário de Alimentação da criança (QAC) (Dissertação de mestrado).

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Loth, K. A., MacLehose, R. F., Fulkerson, J. A., Crow, S., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Eat this, not that! Parental demographic correlates of food-related parenting practices. *Appetite*, 60, 140-147.

May, A. L., Donohue, M., Scanlon, K. S., Sherry, B., Dalenius, K., Faulkner, P., et al. (2007). Child-feeding strategies are associated with maternal concern about children becoming overweight, but not children's weight status. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(7), 1167-1174.

Maynard, L. M., Galuska, D. A., Blanck, H. M., & Serdula, M. K. (2003). Maternal perceptions of weight status of children. *Pediatrics*, 111(5), 1226-1231.

McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2005). A longitudinal study of body image and strategies to lose weight and increase muscles among children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 26, 559-577.

Peixoto MRG., Benício, M. H. A., & Jardim, P. C. B. V. (2006). Validade do peso e da altura auto-referidos: o estudo de Goiânia. *Revista de Saúde Pública*, 40(6), 1065-1072.

Ricca, V., Rotella, F., Mannucci, E., Ravaldi, C., Castellini, G., Lapi, F., et al. (2010). Eating behaviour and body satisfaction in mediterranean children: the role of the parents. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 6, 59-65.

Rodgers, R. F., Paxton, S. J., McLean, S. A., Campbell, K. J., Wertheim, E. H., Skouteris, H., et al. (2013). Do maternal body dissatisfaction and dietary restraint predict weight gain in young pre-school children? A 1-year follow-up study. *Appetite*, 67, 30-36.

Rosas, L. G., Harley, K. G., Guendelman, S., Fernald, L. C. H., Mejia, F., & Eskenazi, B. (2010). Maternal perception of child weight among mexicans in California and Mexico. *Maternal and Child Health Journal*, 14(6), 886-894.

Runfola, C. D., Von Holle, A., Trace, S. E., Brownley, K. A., Hofmeier, S. M., Gagne, D. A., et al. (2013). Body dissatisfaction in women across the lifespan: results of the UNC-SELF and Gender and Body Image (GABI) studies.

European Eating Disorders Review Journal, 21(1), 52–59.

Scaglioni, S., Arrizza, C., Vecchi, F., & Tedeschi, S. (2011). Determinants of children's eating behavior. *American Journal of Clinical Nutrition*, 94, S2006–S2011.

Schreiber, A. C., Kesztyüs, D., Wirt, T., Erkelenz, N., Kobel, S., & Steinacker, J. M. (2014). Why do mothers encourage their children to control their weight? A cross-sectional study of possible contributing factors. *BMC Public Health*, 14, 450.

Warschburger, P., & Kröller, K. (2009). Maternal perception of weight status and health risks associated with obesity in children. *Pediatrics*, 124(1), 60-68.

Warschburger, P., & Kröller, K. (2012). Childhood overweight and obesity: maternal perceptions of the time for engaging in child. *BMC Public Health*, 12, 295.

Webber, L., Cooke, L., Hill, C., & Wardle, J. (2010). Child adiposity and maternal feeding practices: a longitudinal analysis. *American Journal of Clinical Nutrition*, 92, 1423–1428.

World Health Organization. (1997). *Obesity. Preventing and Managing the Global Epidemic*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2007). *Growth reference data for 5-19 year. Report*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2009). *AnthroPlus for personal computers Manual: Software for assessing growth of the world's children and adolescents*. Geneva: WHO.

Yamazaki, Y., & Omori, M. (2016). The relationship between mothers' thin-ideal and children's drive for thinness: A survey of Japanese early adolescents and their mothers. *Journal of Health Psychology*, 21(1), 100-111.

Tabela 1. Análise descritiva das mães e suas respectivas crianças, 554 estudantes do 1º ao 3º ano do ensino fundamental em escolas particulares. Brasília (DF). 2015.

Variáveis de estudo	n	%
Sexo da criança		
Masculino	280	50,5
Feminino	274	49,5
Estado nutricional da criança		
Sem excesso de peso	366	66,1
Com excesso de peso	188	33,9
Estado nutricional da mãe		
Sem excesso de peso	335	60,5
Com excesso de peso	219	39,5
Idade materna		
≤ 35 anos	193	34,8
≥ 36 anos	361	65,2
Estado civil		
Solteira/ Divorciada/ Separada/ Viúva	71	12,8
Casada/ União estável	483	87,2
Nível de escolaridade materna		
Até ensino superior completo	279	50,4
A partir de Pós-Graduação	275	49,6
Cor de pele materna		
Branca	357	64,4
Não Branca	197	35,6
Renda familiar		
Até 9 salários mínimos	175	31,6
9 a 15 salários mínimos	142	25,6
Mais que 15 salários mínimos	237	42,8

Tabela 2. Presença/ausência de satisfação materna, desejo materno da perda de peso da criança e desejo materno do ganho de peso da criança em relação à imagem corporal de 554 crianças, cursando do 1º ao 3º ano do ensino fundamental em escolas particulares. Brasília (DF). 2015.

	Satisfeita	Deseja ganho de peso da criança (GPC)	Deseja perda de peso da criança (PPC)	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Todas as crianças da amostra	272 (49,1)	150 (27,1)	132 (23,8)	554 (100,0)
Estado nutricional da criança				
Eutrofia	207 (56,5)	143 (39,1)	16 (4,4)	366 (100,0)
Sobrepeso	54 (46,2)	6 (5,1)	57 (48,7)	117 (100,0)
Obesidade	11 (15,5)	1 (1,4)	59 (83,1)	71 (100,0)

Tabela 3. Associação bivariada das variáveis sociodemográficas e maternas com a presença/ausência de insatisfação materna, desejo de ganho de peso da criança e desejo de perda de peso da criança em relação à imagem corporal da criança. Brasília (DF). 2015.

Variáveis	Insatisfeita	Satisfeita	<i>p</i>	Deseja ganho de peso da criança (GPC)	Não deseja ganho de peso da criança	<i>p</i>	Deseja perda de peso da criança (PPC)	Não deseja perda de peso da criança	<i>p</i>
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Sexo da criança			0,022			<0,001			0,124
Masculino	156 (55,7)	124 (44,3)		97 (34,6)	183 (65,4)		59 (21,1)	221 (78,9)	
Feminino	126 (46,0)	148 (54,0)		53 (19,3)	221 (80,7)		73 (26,6)	201 (73,4)	
Idade da criança			0,097			0,032			0,035
5 e 6 anos	73 (49,7)	74 (50,3)		49 (33,3)	98 (66,7)		24 (16,3)	123 (83,7)	
7 anos	115 (56,7)	88 (43,3)		58 (28,6)	145 (71,4)		57 (28,1)	146 (71,9)	
8 e 9 anos	94 (46,1)	110 (53,9)		43 (21,1)	161 (78,9)		51 (25,0)	153 (75,0)	
Estado nutricional da criança			<0,001			<0,001			<0,001
Sem excesso de peso	159 (43,4)	207 (56,6)		143 (39,1)	223 (60,9)		16 (4,4)	350 (95,6)	
Com excesso de peso	123 (65,4)	65 (34,6)		7 (3,7)	181 (96,3)		116 (61,7)	72 (38,3)	
Estado nutricional da mãe			<0,001			0,891			<0,001
Sem excesso de peso	148 (44,2)	187 (55,8)		90 (26,9)	245 (73,1)		58 (17,3)	277 (82,7)	
Com excesso de peso	134 (61,2)	85 (38,8)		60 (27,4)	159 (72,6)		74 (33,8)	145 (66,2)	
Idade materna			0,396			0,051			0,297
≤ 35 anos	103 (53,4)	90 (46,6)		62 (32,1)	131 (67,9)		41 (21,2)	152 (78,8)	
≥ 36 anos	179 (49,6)	182 (50,4)		88 (24,4)	273 (75,6)		91 (25,2)	270 (74,8)	
Estado civil			0,772			0,427			0,243
Solteira/Divorciada/Separada/ Viúva	35 (49,3)	36 (50,7)		22 (31,0)	49 (69,0)		13 (18,3)	58 (81,7)	
Casada/ União estável	247 (51,1)	136 (48,9)		128 (26,5)	355 (73,5)		119 (24,6)	364 (75,4)	
Nível de escolaridade materna			0,007			0,918			0,001
Até ensino superior completo	158 (56,6)	121 (43,4)		75 (26,9)	204 (73,1)		83 (29,7)	196 (70,3)	

A partir de pós graduação	124 (45,1)	151 (54,9)		75 (27,3)	200 (72,7)		49 (17,8)	226 (82,2)	
Cor de pele materna			0,898			0,595			0,686
Branca	181 (50,7)	176 (49,3)		94 (26,3)	263 (73,7)		87 (24,4)	270 (75,6)	
Não Branca	101 (51,3)	96 (48,7)		56 (28,4)	141 (71,6)		45 (22,8)	152 (77,2)	
Renda familiar			0,051			0,481			0,135
Até 9 salários mínimos	101 (57,7)	74 (42,3)		50 (28,6)	125 (71,4)		51 (29,1)	124 (70,9)	
9 a 15 salários mínimos	73 (51,4)	69 (48,6)		42 (29,6)	100 (70,4)		31 (21,8)	111 (78,2)	
Mais que 15 salários mínimos	108 (45,6)	129 (54,4)		58 (24,5)	179 (75,5)		50 (21,1)	187 (78,9)	
Insatisfação materna em relação à própria imagem corporal			0,064			<0,001			0,010
Deseja ganhar peso	30 (63,8)	17 (36,2)		26 (55,3)	21 (44,7)		4 (8,5)	43 (91,5)	
Não deseja ganhar peso	252 (49,7)	255 (50,3)		124 (24,5)	383 (75,5)		128 (25,2)	379 (74,8)	
Insatisfação materna em relação à própria imagem corporal			0,292			0,006			<0,001
Deseja perder peso	228 (52,1)	210 (47,9)		107 (24,4)	331 (75,6)		121 (27,6)	317 (72,4)	
Não deseja perder peso	54 (46,6)	62 (53,4)		43 (37,1)	73 (62,9)		11 (9,5)	105 (90,5)	

Tabela 4. Odds ratio bruto e ajustado para presença de insatisfação, desejo materno de ganho de peso da criança e desejo materno de perda de peso da criança de acordo com fatores associados. Brasília (DF). 2015.

Fatores Associados	Presença de insatisfação		Desejo materno de ganho de peso da criança (GPC)		Desejo materno de perda de peso da criança (PPC)	
	OR (95%IC)	OR ajustado (95%IC) ^a	OR (95%IC)	OR ajustado (95%IC) ^b	OR (95%IC)	OR ajustado (95%IC) ^c
Sexo da criança						
Masculino	1,48 (1,06 - 2,07)	1,36 (0,96 - 1,94)	2,21 (1,50 - 3,26)	2,74 (1,77 - 4,25)	1	1
Feminino	1	1	1	1	1,36 (0,92 - 2,02)	2,37 (1,34 - 4,17)
Idade da criança						
5 e 6 anos	1,15 (0,76 - 1,77)	1,19 (0,76 - 1,86)	1,87 (1,16 - 3,03)	1,79 (1,03 - 3,09)	1	1
7 anos	1,53 (1,03 - 2,26)	1,60 (1,06 - 2,41)	1,50 (0,95 - 2,36)	1,74 (1,03 - 2,93)	2,00 (1,17 - 3,41)	1,96 (0,96 - 4,04)
8 e 9 anos	1	1	1	1	1,71 (1,00 - 2,93)	1,75 (0,85 - 3,59)
Estado nutricional da criança						
Sem excesso de peso	1	1	16,58 (7,57 - 36,30)	21,51 (9,53 - 48,54)	1	1
Com excesso de peso	2,46 (1,71 - 3,55)	2,18 (1,49 - 3,18)	1	1	35,24 (19,71 - 63,01)	39,98 (21,24 - 75,26)
Estado nutricional da mãe^d						
Sem excesso de peso	1	1			1	1
Com excesso de peso	1,99 (1,41 - 2,82)	1,99 (1,37 - 2,89)			2,44 (1,64 - 3,63)	1,67 (0,94 - 2,95)
Idade materna^d						
≤ 35 anos			1,47 (1,00 - 2,16)	1,27 (0,80 - 2,00)		
≥ 36 anos			1	1		
Nível de escolaridade materna^d						
Até ensino superior completo	1,59 (1,14 - 2,22)	1,37 (0,93 - 2,01)			1,95 (1,31 - 2,92)	2,68 (1,46 - 4,92)
A partir de pós graduação	1	1			1	1
Renda familiar^d						
Até 9 salários mínimos	1,63 (1,10 - 2,42)	1,22 (0,78 - 1,91)			1,54 (0,98 - 2,42)	0,94 (0,47 - 1,86)
9 a 15 salários mínimos	1,26 (0,83 - 1,92)	1,14 (0,73 - 1,78)			1,05 (0,63 - 1,73)	1,03 (0,51 - 2,07)
Mais que 15 salários mínimos	1	1			1	1

Insatisfação materna em relação à própria imagem corporal

Deseja ganhar peso	1,79 (0,96 – 3,32)	2,23 (1,14 – 4,35)	3,82 (2,08 – 7,04)	5,62 (2,23 – 14,17)	0,28 (0,10 – 0,78)	0,48 (0,10 – 2,31)
Não deseja ganhar peso	1	1	1	1	1	1

Insatisfação materna em relação à própria imagem corporal^d

Deseja perder peso			0,55 (0,36 – 0,85)	1,46 (0,77 – 2,75)	3,64 (1,82 – 7,02)	1,90 (0,64 – 5,58)
Não deseja perder peso			1	1	1	1

OR: Odds Ratio. IC: Intervalo de confiança. OR ajustado^a: odds ratio ajustado por regressão logística para sexo da criança, idade da criança, estado nutricional da criança, estado nutricional da mãe, nível de escolaridade materna, renda familiar e desejo materno de ganho de peso. OR ajustado^b: odds ratio ajustado por regressão logística para sexo da criança, idade da criança, estado nutricional da criança, idade materna e insatisfação materna em relação à própria imagem corporal. OR ajustado^c: odds ratio ajustado por regressão logística para sexo da criança, idade da criança, estado nutricional da criança, estado nutricional da mãe, nível de escolaridade materna, renda familiar e insatisfação materna em relação à própria imagem corporal. ^d Variáveis não testadas em todos os modelos por apresentar $p > 0,20$ nas análises bivariadas.

5.3. Artigo 3 - Atitudes, crenças e práticas maternas em relação à alimentação de escolares no Distrito Federal, Brasil

Atitudes, crenças e práticas maternas em relação à alimentação de escolares no Distrito Federal, Brasil

Jéssica Pedroso¹, Muriel Bauermann Gubert¹, Natacha Toral¹.

¹Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana.

Resumo

O objetivo foi avaliar a associação entre as atitudes, crenças e práticas maternas e o estado nutricional das mães, gênero, consumo alimentar e estado nutricional de escolares. Estudo transversal com 559 pares mães-filhos. As mães responderam o Questionário de Alimentação da Criança online. As mães de crianças com excesso de peso apresentaram médias maiores para as subescalas percepção de peso da mãe e da criança, preocupação com o peso da criança e restrição alimentar. Mães com excesso de peso tiveram maiores médias nas subescalas percepção de peso da mãe e da criança e preocupação com o peso da criança. Mães de crianças que consumiam alimentação de alta qualidade (77,3%) apresentaram médias maiores nas subescalas percepção de responsabilidade e monitoramento. As atitudes, crenças e práticas maternas acerca da alimentação infantil são mediadas por fatores externos e o desenho de intervenções que busquem modificações nestes aspectos devem considerar estas associações para obterem resultados mais satisfatórios.

Palavras-chave: estado nutricional; criança; nutrição da criança; consumo de alimentos; relações mãe-filho.

Abstract

The objective was to evaluate the association between maternal attitudes, beliefs and practices and the nutritional status of mothers, gender, food intake and nutritional status of schoolchildren. Cross-sectional study with 559

mother-child pairs. Mothers answered the Child Feeding Questionnaire (CFQ) online. Mothers of children with overweight had higher averages for the subscales perception of mother's and children's weight, concern about child weight and food restriction. Mothers with overweight had higher averages in the subscales perception of mother's and children's weight and concern about child's weight. Mothers of children who consumed high quality food (77.3%) had higher means in the subscales perception of responsibility and monitoring. Maternal attitudes, beliefs and practices about child feeding are mediated by external factors and the design of interventions that seek to change these aspects should consider these associations to obtain more satisfactory results.

Resumen

El objetivo fue evaluar la asociación entre actitudes, creencias y prácticas de las madres y el estado nutricional de la madre, género, consumo de alimentos y estado nutricional de los niños en edad escolar. Estudio de corte de 559 parejas madre-hijo. Las madres respondieron al Cuestionario de la Alimentación del Niño (CAN) online. Las madres de los niños con sobrepeso tuvieron promedios más altos para las subescalas percepción de peso de los niños y de la madre, preocupación con el peso del niño y restricción alimentaria. Las madres con sobrepeso tuvieron promedios más altos en las subescalas percepción del peso de la madre y del niño y preocupación por el peso del niño. Madres con hijos que consumieron dietas de alta calidad (77,3%) tuvieron promedios más altos en las subescalas percepción de la responsabilidad y supervisión. Actitudes, creencias y prácticas maternas sobre alimentación infantil están mediados por factores externos y el diseño de las intervenciones que tratan de cambiar estos aspectos debería considerar estas asociaciones para obtener resultados más satisfactorios.

Introdução

A família influencia o estilo de vida e os hábitos alimentares infantis, sendo responsável pela qualidade e quantidade dos alimentos oferecidos,

além de estabelecer o contexto social das refeições nas quais a criança está inserida ^{1,2,3}. Na idade escolar, as crianças tornam-se mais independentes em relação à seleção e ao consumo de alimentos, por isso é importante que os pais adotem práticas ativas de estímulo para a criança ter uma alimentação mais saudável ⁴. O consumo alimentar adequado é de extrema importância para o crescimento e desenvolvimento infantil nesta fase do ciclo da vida ⁴.

As atitudes dos pais com relação à alimentação da criança são moldadas de acordo com diversos fatores, como a preocupação com o peso infantil e as características de cada filho (aparência física, idade, sexo, ordem de nascimento, estado nutricional, estado de saúde e comportamentos alimentares) ^{5,6}. A utilização de comportamentos restritivos e pressões para que a criança se alimente são práticas parentais usuais, buscando restringir o acesso a alimentos específicos ou aumentar seu consumo, conforme o que os pais acreditam ser o melhor para seus filhos ^{7,8}. Segundo Viana et al. ⁹, os pais que exercem comportamentos restritivos em relação à alimentação de seus filhos costumam reduzir a quantidade de alimentos consumidos pelas crianças ou até mesmo os excluem completamente, prática usualmente relacionada a alimentos não saudáveis. Já a pressão para a criança se alimentar ocorre comumente em relação aos alimentos considerados saudáveis ou à quantidade de comida consumida ⁹.

Estas atitudes podem influenciar o consumo alimentar durante o restante da vida do indivíduo. Os comportamentos excessivamente restritivos em relação aos alimentos não saudáveis podem fazer com que as crianças os consumam em maior quantidade quando não estão sendo monitoradas por seus pais, e associam-se conseqüentemente ao excesso de peso na infância ^{7,8,9}. Além disso, podem fazer com que as crianças apresentem a regulação da ingestão calórica prejudicada, associando-se também a maior preferência pelo alimento proibido, prática de dietas restritivas e maior prevalência de transtornos alimentares ⁹.

Por outro lado, as estratégias de pressão para o consumo de alimentos saudáveis podem fazer com que a criança reduza suas preferências por este tipo de alimento. Além disso, podem mascarar os sinais internos de fome e saciedade, levando as crianças a se alimentarem

mediadas por fatores externos, como horário determinado das refeições e o tamanho das porções oferecidas ^{7,8,9,10}.

Diante disso, é importante o estudo dos determinantes da alimentação infantil e de como a família pode influenciar o consumo alimentar da criança ^{1,2,3}. Este estudo, portanto, tem como objetivo avaliar a associação entre as atitudes, crenças e práticas maternas e o estado nutricional das mães, sexo da criança, consumo alimentar e estado nutricional de escolares.

Metodologia

Foi realizado estudo com delineamento transversal. A amostra final foi composta por 559 mães e seus respectivos filhos, alunos de escolas particulares do Distrito Federal (DF), Brasil. O cálculo amostral foi realizado considerando o número de alunos regularmente matriculados em escolas particulares do DF cursando entre o 1º e o 3º ano do ensino fundamental no ano de 2013 ¹¹. Foi considerado erro máximo de 5% e intervalo de confiança de 95%, sendo a amostra representativa para crianças entre o 1º e o 3º ano de escolas particulares do Distrito Federal.

Ao todo, foram avaliadas crianças em 19 escolas. O convite às escolas foi realizado segundo listagem aleatória, gerada para este fim. As escolas foram convidadas na ordem determinada até que a amostra mínima (número de alunos, inicialmente calculado em 474 crianças) fosse atingida. Nas escolas participantes, todos os alunos do 1º ao 3º ano do ensino fundamental e suas respectivas mães eram a princípio elegíveis e foram convidados a participar da pesquisa.

Foi enviada a todos carta convite que apresentava a pesquisa e possuía o *link* para um questionário online (disponível na plataforma *Survey Monkey*®) juntamente com um código que permitia concatenar as informações de cada criança ao questionário respondido pela respectiva mãe (procedimento necessário para registro da antropometria). Foram enviados também convites via e-mail, buscando facilitar o acesso ao questionário.

Ao acessar o link do questionário online, as mães se deparavam inicialmente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A partir dele, a mãe consentia sua participação e a de seu filho na pesquisa. A participação

das crianças incluía a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido pelos menores para coleta de dados antropométricos em dia previamente agendado na escola.

Foram incluídas no estudo mães que tinham acesso à internet e crianças que estavam matriculadas formalmente na escola e moravam com suas mães. Os critérios de exclusão consistiram em pares mães-crianças cujas mães estavam gestantes ou cuja criança apresentava patologias que influenciavam diretamente práticas e escolhas alimentares (diabetes mellitus, fenilcetonúria, doença celíaca); patologias que apresentavam relação direta com o estado nutricional (erro no metabolismo, síndrome de Turner, tireoidite de Hashimoto, hipotireoidismo); ou incapacidades físicas que limitavam a avaliação antropométrica nos equipamentos utilizados (balança e estadiômetro). Foi realizada também a exclusão de pares cujas crianças não tiveram estatura e peso aferidos e cujas mães não responderam ao questionário na íntegra.

Avaliação antropométrica

Foram coletados peso e estatura por balança e o estadiômetro calibrados. Posteriormente foi realizado o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e utilizado o software Anthro plus ¹², disponibilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para avaliar o estado nutricional das crianças pelo IMC por idade (IMC/idade) em escores-z, de acordo com os pontos de corte propostos pela OMS¹³.

Questionário

Inicialmente, realizou-se estudo piloto buscando verificar a adequação do questionário. Este estudo foi realizado com pares mães-crianças entre o 1º e o 3º ano de escolas particulares não selecionadas.

O questionário coletava dados sociodemográficos, estado nutricional da mãe, consumo alimentar da criança, e atitudes, crenças e práticas maternas em relação à alimentação infantil.

Em relação aos dados sociodemográficos, avaliou-se a renda familiar; idade e sexo da criança; e idade, escolaridade, estado civil e cor da pele materna.

A avaliação do estado nutricional das mães se deu de acordo com o peso e a estatura auto referidos. Foi realizado o cálculo do IMC e a classificação do estado nutricional foi realizada de acordo com os pontos de corte propostos pela OMS ¹⁴.

O consumo alimentar das crianças foi avaliado a partir de Questionário de Frequência Alimentar (QFA), desenvolvido por Molina et al. ¹⁵ e aplicado por Momm & Hofelmann ¹⁶. O QFA avaliou o consumo do café da manhã e o consumo semanal dos seguintes alimentos: feijão; macarrão instantâneo; peixes; batata frita ou mandioca frita ou banana frita; salada crua; vegetais cozidos (exceto batata e mandioca); maionese; hambúrguer; leite; frutas; suco de fruta natural; refrigerante; salgados fritos (coxinha, pastel); doces ou balas; biscoito (chips, salgadinhos de pacote ou recheado).

Para a avaliação da qualidade do consumo alimentar das crianças, foi utilizado o Índice de Alimentação do Escolar (ALES), desenvolvido por Molina et al. ¹⁵. Este índice cria um escore para cada criança, levando em conta a realização do café da manhã e as recomendações nutricionais do Ministério da Saúde para a população brasileira ¹⁷. Foi considerado que um alimento era consumido raramente pela criança quando ela o consumia com uma frequência menor que uma vez por semana.

A classificação foi realizada de acordo com a pontuação obtida, sendo considerada uma alimentação de baixa qualidade quando a pontuação era ≤ 3 , uma alimentação de qualidade intermediária quando a pontuação era entre 3 e 6 e de alta qualidade quando a pontuação era ≥ 6 ¹⁵.

Para avaliar as atitudes, crenças e práticas maternas sobre alimentação infantil e propensão à obesidade foi utilizado o Questionário de Alimentação da criança (QAC), desenvolvido e validado por Birch et al. ¹ e posteriormente traduzido para o português, retro-traduzido e com fidedignidade testada por Cruz ¹⁸. Este questionário apresenta 31 itens e avalia percepção de responsabilidade, percepção do peso dos pais, percepção do peso da criança, preocupação com o peso da criança e as

práticas de controle da alimentação do filho: restrição, pressão para comer e monitoramento.

A subescala percepção de reponsabilidade (3 itens) avalia como os pais percebem sua responsabilidade em relação à alimentação da criança. A percepção do peso dos pais (4 itens) investiga como os pais percebem seu histórico de peso ao longo da vida. A percepção do peso da criança (6 itens) busca verificar como os pais percebem o histórico de peso corporal de sua criança. A preocupação com o peso da criança (3 itens) avalia se os pais apresentam preocupações com o risco de sua criança apresentar excesso de peso, ter que fazer dieta para manter peso desejável e comer muito quando eles não estão perto dela. A subescala restrição (8 itens) verifica o quanto os pais restringem o acesso da criança aos alimentos. A subescala pressão para comer (4 itens) avalia se os pais pressionam a criança para comer uma quantidade maior de alimentos durante as refeições. Já a subescala monitoramento (3 itens) verifica o quanto os pais supervisionam o consumo de alimentos da criança ¹. Devido à idade das crianças, adaptou-se as questões da subescala percepção do peso da criança, sendo o questionário final composto por 29 itens (Quadro 1). Foram substituídos os itens que perguntavam sobre o peso da criança do pré a 2ª série, da 3ª a 5ª série e da 6ª a 8ª série pela questão “Como é o peso da sua criança do pré até atualmente”. As questões eram respondidas de acordo com uma escala likert de 5 pontos.

Quadro 1. Subescalas, questões e opções de resposta do Questionário de Alimentação da Criança, adaptado de Birch et al. ¹.

Subescala	Questões	Opções de resposta
Percepção de responsabilidade	<ul style="list-style-type: none"> - Quando sua criança está em casa, com que frequência você é responsável por alimentá-la? - Com que frequência você é responsável por decidir o tamanho da porção dos alimentos consumidos por sua criança? - Com qual frequência você é responsável por decidir se sua criança come o tipo correto de comida? 	<ul style="list-style-type: none"> Nunca Raramente Metade do tempo Maior parte do tempo Sempre
Percepção de peso das mães	<ul style="list-style-type: none"> - Como era o seu peso na sua infância (5 a 10 anos de idade)? - Como era o seu peso na sua adolescência? - Como era o seu peso nos seus 20 anos? - Como é o seu peso atualmente? 	<ul style="list-style-type: none"> Muito abaixo do peso Abaixo do peso Normal Acima do peso Muito acima do peso

Percepção de peso da criança	<ul style="list-style-type: none"> - Como era o peso da sua criança durante o primeiro ano de vida? - Como era o peso da sua criança de 1 a 2 anos? - Como era o peso da sua criança no período da pré-escola? - Como é o peso da sua criança do pré até atualmente? 	<p>Muito abaixo do peso</p> <p>Abaixo do peso</p> <p>Normal</p> <p>Acima do peso</p> <p>Muito acima do peso</p>
Preocupação com o peso da criança	<ul style="list-style-type: none"> - O quanto você se preocupa com a sua criança comer muito quando você não está perto dela? - O quanto você se preocupa com sua criança ter que fazer dieta para manter um peso desejável? - O quanto você se preocupa com sua criança ficar acima do peso? 	<p>Despreocupado</p> <p>Um pouco preocupado</p> <p>Preocupado</p> <p>Bem preocupado</p> <p>Muito preocupado</p>
Restrição	<ul style="list-style-type: none"> - Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muitos doces (balas, sorvete, bolos ou tortas). - Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muitos alimentos altamente calóricos. - Eu tenho que ter certeza que minha criança não come exageradamente seus alimentos preferidos. - Eu intencionalmente mantenho algumas comidas fora do alcance da minha criança. - Eu ofereço doces (balas, sorvete, bolos, tortas) para minha criança como recompensa por um bom comportamento. - Eu ofereço para minha criança seu alimento preferido em troca de um bom comportamento. - Se eu não orientasse ou regulasse o que minha criança come, ela iria comer muita porcaria. - Se eu não orientasse ou regulasse o que minha criança come ela iria comer muito de sua comida preferida. 	<p>Discordo</p> <p>Discordo levemente</p> <p>Neutro</p> <p>Concordo levemente</p> <p>Concordo</p>
Pressão para comer	<ul style="list-style-type: none"> - Minha criança deveria sempre comer toda a comida do seu prato. - Eu tenho que ser muito cuidadoso para ter certeza de que minha criança come o suficiente. - Se minha criança diz “Eu não estou com fome”, eu tento fazer ela comer mesmo assim. - Se eu não guiasse ou regulasse o que minha criança come, ela poderia comer muito menos do que deveria. 	<p>Discordo</p> <p>Discordo levemente</p> <p>Neutro</p> <p>Concordo levemente</p> <p>Concordo</p>
Monitoramento	<ul style="list-style-type: none"> - O quanto você mantém o controle dos doces (balas, sorvete, bolos, tortas) que sua criança come? - O quanto você mantém o controle dos lanches (batata, salgadinhos) que a sua criança come? - O quanto você mantém o controle dos alimentos altamente calóricos que sua criança come? 	<p>Nunca</p> <p>Raramente</p> <p>Às vezes</p> <p>Maior parte do tempo</p> <p>Sempre</p>

As pontuações de cada item da subescala foram somadas e a média dos itens representava a pontuação da subescala para a amostra. A

pontuação de cada subescala variava de 1 a 5, e quanto maior a pontuação, maior era o nível do construto avaliado.

Análise Estatística

As crianças que apresentavam magreza e suas respectivas mães foram excluídas das análises em virtude da baixa prevalência ($n = 4$, 0,72%).

Foram realizadas análises descritivas, com o cálculo de média, desvio-padrão e distribuição em frequência.

Os testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk detectaram que a distribuição dos dados não era normal, assim, foram utilizadas análises não-paramétricas.

O Questionário de Alimentação da criança (QAC) foi avaliado a partir das médias dos pontos atribuídos a cada subescala do questionário.

O consumo alimentar foi classificado como alimentação de baixa qualidade (pontuação ≤ 3), alimentação de qualidade intermediária (pontuação entre 3 e 6) e alimentação de alta qualidade (pontuação ≥ 6), de acordo com a pontuação calculada com o Índice de Alimentação do Escolar (ALES).

Foi aplicado o teste de Mann-Whitney para comparar a pontuação média obtida em cada subescala do QAC para os seguintes desfechos: crianças com excesso de peso; mães com excesso de peso; sexo da criança; e qualidade da alimentação (alimentação de baixa qualidade ou de qualidade intermediária foram agrupadas para esta análise).

Foi realizada também a correlação de Spearman para verificar a presença de correlação entre as variáveis IMC da criança, IMC das mães, pontuação do Índice ALES e resultados das subescalas do QAC.

O nível de significância adotado foi de 5% e intervalo de confiança de 95%. O software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 foi utilizado para as análises.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob número 39116314.3.0000.0030.

Resultados

Análises descritivas

A amostra foi composta por 559 crianças e suas respectivas mães. A média de idade das crianças foi de 7,12 anos ($SD \pm 0,85$ anos), sendo 51,2% delas do sexo masculino e 34,3% apresentavam excesso de peso (Tabela 1), sendo 13,4% obesas (dado não apresentado em tabelas). Já a média de idade das mães foi de 37,60 anos ($SD \pm 5,29$ anos) e 39,7% possuía excesso de peso (Tabela 1), sendo 11,1% obesas (dado não apresentado em tabelas).

Consumo alimentar

A média da pontuação do índice ALES foi de 8,22 ($SD \pm 3,55$ pontos). Verificou-se que a maior parte das crianças possuía uma alimentação de alta qualidade (77,3%), enquanto 13,0% consumiam alimentação de qualidade intermediária e 9,7% de baixa qualidade (dados não apresentados em tabelas).

Questionário de Alimentação da Criança

As médias das subescalas tenderam a ser neutras (próximas a 3,0). A média da pontuação da subescala percepção de responsabilidade foi de 3,96 pontos, evidenciando maior sentimento de responsabilidade em relação à alimentação da criança, bem como na decisão do alimento e o tamanho das porções a serem consumidas. A subescala monitoramento também apresentou média mais elevada (3,91), evidenciando concordância leve com as afirmações relacionadas a esta prática, que inclui manter controle dos doces, lanches e alimentos altamente calóricos que a criança consome (Tabela 2).

A pontuação média da subescala preocupação materna com o peso da criança foi a única com valor abaixo de 3,0 (2,79 pontos), significando menor tendência à preocupação da mãe em a criança estar acima do peso,

ter que fazer dieta para manter peso desejável ou comer muito quando a ela não estava presente (Tabela 2).

Verificou-se que as mães de crianças com excesso de peso apresentaram médias maiores das subescalas percepção de peso da mãe, percepção de peso da criança, preocupação com o peso da criança e restrição, quando comparadas às mães de crianças sem excesso de peso (Tabela 3). Mães de crianças sem excesso de peso obtiveram médias maiores para as subescalas percepção de responsabilidade e pressão para comer (Tabela 3).

Mães com excesso de peso tiveram médias maiores nas subescalas percepção de peso da mãe, percepção de peso da criança e preocupação com o peso da criança, quando comparadas às mães sem excesso de peso. Já as mães sem excesso de peso apresentaram médias maiores na subescala monitoramento (Tabela 3).

Não foram observadas diferenças significativas nas médias das subescalas do QAC segundo sexo da criança (Tabela 3).

Observou-se que as mães de crianças com alimentação de alta qualidade apresentaram maiores médias nas subescalas percepção de responsabilidade e monitoramento, quando comparadas às mães de crianças com alimentação de qualidade intermediária ou baixa (Tabela 3).

Relação das atitudes, crenças e práticas maternas com o IMC da criança, IMC das mães e pontuação do Índice ALES

Foi verificada correlação entre o IMC das crianças e todas as subescalas do QAC, exceto para a subescala de monitoramento. O IMC da criança também mostrou-se correlacionado positivamente com o IMC das mães. (Tabela 4).

O IMC das mães correlacionou-se positivamente com as subescalas percepção do peso da mãe, percepção do peso da criança e preocupação com o peso da criança. Verificou-se também correlação negativa entre o IMC das mães e as subescalas pressão para comer e monitoramento (Tabela 4).

A pontuação do Índice ALES correlacionou-se positivamente com as subescalas percepção de responsabilidade e monitoramento (Tabela 4).

Discussão

No presente estudo, a pontuação média obtida com o Índice ALES foi de 8,22 pontos e a avaliação do consumo alimentar indicou que 77,3% das crianças apresentava uma alimentação de alta qualidade. Estes valores foram superiores aos encontrados por Molina et al.¹⁵, e pode estar relacionado à alta escolaridade e renda da população estudada, o que pode fazer com que as mães apresentem maior acesso à informação e aos alimentos saudáveis^{15,19}.

Em relação aos resultados do QAC, observou-se que mães de crianças sem excesso de peso e mães de crianças que consumiam uma alimentação de alta qualidade apresentaram maior média de percepção de responsabilidade. Faith et al.²⁰ verificaram que uma reduzida percepção de responsabilidade dos pais predizia um aumento dos escores-z de IMC da criança. As mães tendem a ter papel de destaque no cuidado de seus filhos, sendo geralmente as principais responsáveis por sua alimentação^{21,22,23}. Este estudo sugere que essa maior responsabilidade materna pode estar contribuindo para os elevados escores de qualidade da alimentação encontrados e para um adequado controle de peso infantil, dentro de parâmetros saudáveis.

Mães de crianças com excesso de peso apresentaram médias maiores nas subescalas percepção do peso da mãe e da criança, além de maiores médias na escala de preocupação com o peso da criança. Houve correlação positiva do IMC da criança e materno. Mães com excesso de peso tendem a apresentar crianças com excesso de peso, por compartilharem com seus filhos a propensão genética para o ganho de peso, os hábitos alimentares e o ambiente obesogênico, o que corrobora os achados deste estudo^{20,22,24}.

Observou-se que quanto maior era o IMC materno, maiores eram os resultados das subescalas percepção do peso da criança e preocupação com o peso da criança, o que também foi observado em estudos anteriores^{25,26,27}. Em estudo com mães de crianças do sexo feminino, Francis et al.²⁵ sugeriram que a maior preocupação com o peso da criança, por mães com excesso de peso, pode se dar pela experiência negativa que elas possuem

em relação ao seu ganho de peso e pelo medo de que suas filhas também apresentem problemas relacionados ao peso e a alimentação no futuro.

Mães de crianças com excesso de peso tiveram média maior na subescala restrição. A tendência dos pais apresentarem comportamentos restritivos em crianças com maior IMC também foi verificada em outras pesquisas ^{5,10,20,25,28}. Apesar de bem intencionada, esta prática pode trazer consequências e pode ter efeitos inversos aos desejados, sendo associada ao ganho de peso ^{8,10,20,22,29}.

As consequências dos comportamentos restritivos não foram avaliadas no presente estudo, mas sabe-se que esta prática pode associar-se a maior atração, preferência e consumo dos alimentos restritos. Relaciona-se também com uma maior frequência de pedidos e tentativas de acesso aos alimentos e ao hábito de comer mesmo na ausência de fome ^{21,22,23,29,30,31,32}. A utilização da restrição como prática de controle do consumo alimentar infantil geralmente é crônica, e seu uso frequente pode fazer com que a criança tenha dificuldade para regular as sensações inatas de fome e saciedade, comendo os alimentos restritos em grandes quantidades quando disponíveis ^{8,10,32}.

Foi observada correlação negativa entre os resultados subescala pressão para comer e o IMC da criança, verificada anteriormente em outros estudos ^{22,25,28,30,33,34}. Esta prática pode fazer com que o indivíduo não consuma, quando adulto, os alimentos que era pressionado a comer na infância, além de prejudicar a auto regulação do consumo alimentar da criança, associando-se à seletividade e neofobia alimentar (tendência a evitar o consumo de alimentos desconhecidos) ^{21,23,31,35}.

Mães sem excesso de peso e com crianças que consumiam uma alimentação de alta qualidade monitoravam mais o consumo alimentar de seus filhos. O monitoramento pode ser uma forma de restrição mais sutil e discreta, utilizada quando a criança adquire maior controle em relação à sua alimentação ^{22,34}. Apesar de não encontrada associação entre o monitoramento e o estado nutricional da criança neste estudo, Faith et al. ²⁰, em estudo longitudinal verificaram que um reduzido monitoramento sobre a alimentação infantil predizia um aumento dos escores-z de IMC da criança. A partir disso, pode-se sugerir que algumas práticas parentais, como o

monitoramento, podem ser benéficas, melhorando os hábitos alimentares e reduzindo o risco da criança apresentar excesso de peso^{22,29,36}.

Não foram observadas diferenças dos resultados do QAC entre mães de crianças do sexo feminino e masculino, semelhante ao encontrado por Webber et al.³⁴. Entretanto, estudo anterior verificou que os meninos eram mais propensos a serem pressionados a comer por seus pais³⁷.

O estudo apresenta como limitação a utilização de um Questionário de Frequência Alimentar qualitativo, que não permite a definição do tamanho das porções consumidas pelas crianças. Além disso, a aplicação do Questionário de Frequência Alimentar não foi realizada com as crianças, o que pode não contemplar o acesso a alimentação longe das mães, como na escola, na casa dos amigos e familiares. Ainda, as práticas maternas de controle da alimentação infantil foram apenas reportadas pelas mães, o que pode gerar vieses, pois não foram observadas diretamente no contexto das refeições. Outra limitação consiste no caráter transversal do estudo, que não permite o estabelecimento de relações de causalidade.

Conclusão

O presente estudo constatou que as mães de crianças com excesso de peso apresentaram resultados maiores nas subescalas percepção do peso da criança, eram mais preocupadas com o peso de suas crianças e restringiam mais alimentação de seus filhos. Já as mães de crianças sem excesso de peso obtiveram resultados maiores nas subescalas percepção de responsabilidade e pressão para comer. Verificou-se também que mães com excesso de peso tiveram resultados maiores nas subescalas percepção de peso da criança e preocupação com o peso da criança. Além disso, quanto menor o IMC das mães, maiores eram os resultados das subescalas monitoramento e pressão para comer. A maior parte das crianças apresentava uma alimentação de alta qualidade e quanto maiores os resultados das mães nas subescalas percepção de responsabilidade e monitoramento maiores as pontuações do índice ALES, ou seja, melhor era a qualidade da alimentação das crianças.

Observou-se que as atitudes, crenças e práticas maternas sobre a alimentação da criança são mediadas por fatores externos, relacionados ao estado nutricional materno e infantil. Diante disso, constata-se a importância de se considerar estas associações no desenho de intervenções que busquem modificações nestes aspectos, buscando assim, a obtenção de resultados mais satisfatórios.

Referências

1. Birch LL, Ficher JO, Grimm-Thomas K, Markey CN, Sawyer R, Johnson SL. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*. 2001;36(3):201-10.
2. Aparício G, Cunha M, Duarte J, Pereira A. Olhar dos pais sobre o estado nutricional das crianças pré escolares. *Millenium*. 2011;40:99-113.
3. Giacomossi MC, Zanella T, Höfelmann DA. Percepção materna do estado nutricional de crianças de creches de cidade do Sul do Brasil. *Revista de Nutrição*. 2011;24(5):689-702.
4. Arpini LSB, Arpini AF, Barbosa GC, Justo GF, Salaroli LB, Molina MCB. Correspondência entre a percepção materna e o estado nutricional de escolares. *Demetra*. 2015;10(4):891-904.
5. Birch LL, Ficher JO. Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *Am J Clin Nutr*. 2000;71(5):1054-61.
6. Horn MG, Galloway AT, Webb RM, Gagnon SG. The role of child temperament in parental child feeding practices and attitudes using a sibling design. *Appetite*. 2011;57:510–6.
7. Lorenzato L. Avaliação de atitudes, crenças e práticas de mães em relação à alimentação e obesidade de seus filhos através do uso do Questionário de Alimentação da criança (QAC) [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP; 2012.
8. Loth KA, MacLehose RF, Fulkerson JA, Crow S, Neumark-Sztainer D. Eat this, not that! Parental demographic correlates of food-related parenting practices. *Appetite*. 2013;60:140-7.
9. Viana V, Candeias L, Rego C, Silva D. Comportamento alimentar em crianças e controlo parental: uma revisão da bibliografia. *Alimentação Humana*. 2009;15(1):9-16.
10. 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(7):1167-74.

11. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. <http://www.inep.gov.br/> (acessado em 11/Set/2014).

12. World Health Organization. AnthroPlus for personal computers Manual: Software for assessing growth of the world's children and adolescents. Geneva: World Health Organization; 2009.

13. World Health Organization. Growth reference data for 5-19 year. Report. Geneva: World Health Organization; 2007.

14. World Health Organization. Obesity. Preventing and Managing the Global Epidemic. Report. Geneva: World Health Organization; 1997.

15. Molina MCB, Lopéz PM, Faria CP, Cade NV. Preditores socioeconômicos da qualidade da alimentação de crianças. *Rev Saude Publica.* 2010;44(5):785-792.

16. Momm N, Hofelmann D. Avaliação da qualidade da dieta de escolares por seus pais e/ou responsáveis. *Demetra.* 2013;8(3):361-377.

17. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

18. Cruz ISM. O uso de um questionário de alimentação para o estudo de atitudes, crenças e práticas dos pais em relação à alimentação e propensão à obesidade [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP; 2009.

19. Kranzl S, Findeis II JL, Shrestha III SS. Uso do Índice de Qualidade da Dieta Infantil Revisado para avaliar a dieta alimentar de pré-escolares, seus preditores sociodemográficos e sua associação com peso corporal. *J Pediatr (Rio J).* 2008;84(1):26-34.

20. Faith MS, Berkowitz RI, Stallings VA, Kerns J, Storey M, Stunkard AJ. Parental feeding attitudes and styles and child body mass index: prospective analysis of a gene-environment interaction. *Pediatrics.* 2004;114(4):e429-36.

21. Blissett J, Meyerb C, Haycrafta E. Maternal and paternal controlling feeding practices with male and female children. 2006;47(2):212-19.
22. Viana V, Franco T, Morais C. O estado ponderal e o comportamento alimentar de crianças e jovens: influência do peso e das atitudes de controle da mãe. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2011;12(2):267-79.
23. McPhie S, Skouteris H, Daniels L, Jansen E. Maternal correlates of maternal child feeding practices: a systematic review. *Matern Child Nutr*. 2014;10:18-43.
24. Paul TK, Sciacca RR, Bier M, Rodriguez J, Song S, Giardina EG. Size misperception among overweight and obese families. *J Gen Intern Med*. 2015;30(1):43–50.
25. Francis LA, Hofer SM, Birch LL. Predictors of maternal child-feeding style: maternal and child characteristics. *Appetite*. 2001;37:231-43.
26. Keller KL, Pietrobelli A, Johnson SL, Faith MS. Maternal restriction of children's eating and encouragements to eat as the 'non-shared environment': a pilot study using the child feeding questionnaire. *Int J Obes*. 2006;30:1670-5.
27. Gray WN, Janicke DM, Wistedt KM, Dumont-Driscoll MC. Factors associated with parental use of restrictive feeding practices to control their children's food intake. *Appetite*. 2010;55:332–7.
28. Jansen PW, Roza SJ, Jaddoe VW, Mackenbach JD, Raat H, Hofman A, et al. Children's eating behavior, feeding practices of parents and weight problems in early childhood: results from the population-based Generation R Study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2012;9:130.
29. Rhee KE, Appugliese DP, Prisco A, Kaciroti NA, Corwyn RF, Bradley RH, et al. Controlling maternal feeding practices associated with decreased dieting behavior in 6th grade children. *J Am Diet Assoc*. 2010;110(4):619-23.
30. Birch LL, Fisher JO, Davison KK. Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *Am J Clin Nutr*. 2003;78:215–20.

31. Mitchell GL, Farrow C, Haycraft E, Meyer C. Parental influences on children's eating behaviour and characteristics of successful parent-focussed interventions. *Appetite*. 2013;60:85-94.
32. Rollins BY, Loken E, Savage JS, Birch LL. Effects of restriction on children's intake differ by child temperament, food reinforcement, and parent's chronic use of restriction. *Appetite*. 2014;73:31-9.
33. Carnell S, Wardle J. Associations between multiple measures of parental feeding and children's adiposity in United Kingdom preschoolers. *Obesity*. 2007;15(1):137-44.
34. Webber L, Cooke L, Hill C, Wardle J. Child adiposity and maternal feeding practices: a longitudinal analysis. *Am J Clin Nutr*. 2010;92:1423-8.
35. Faith MS, Heo M, Keller KL, Pietrobelli A. Child food neophobia is heritable, associated with less compliant eating, and moderates familial resemblance for BMI. *Obesity*. 2013;21(8):1650-1655.
36. Rodgers RF, Paxton SJ, McLean SA, Campbell KJ, Wertheim EH, Skouteris H, et al. Do maternal body dissatisfaction and dietary restraint predict weight gain in young pre-school children? A 1-year follow-up study. *Appetite*. 2013;67:30-6.
37. Brown KA, Ogdena J, Vögele C, Gibson EL. The role of parental control practices in explaining children's diet and BMI. *Appetite*. 2008;50:252-59.

Tabela 1. Análise descritiva das mães e suas respectivas crianças, 559 estudantes do 1º ao 3º ano do ensino fundamental em escolas particulares. Brasília (DF). 2015.

Variáveis de estudo	n	%
Sexo da criança		
Masculino	286	51,2
Feminino	273	48,8
Estado nutricional da criança		
Sem excesso de peso	367	65,7
Com excesso de peso	192	34,3
Estado nutricional da mãe		
Sem excesso de peso	337	60,3
Com excesso de peso	222	39,7
Idade materna		
≤ 35 anos	195	34,9
≥ 36 anos	364	65,1
Estado civil		
Solteira/ Divorciada/ Separada/ Viúva	72	12,9
Casada/ União estável	487	87,1
Nível de escolaridade materna		
Até ensino superior completo	284	50,8
A partir de Pós-Graduação	275	49,2
Cor de pele materna		
Branca	359	64,2
Não Branca	200	35,8
Renda familiar		
Até 9 salários mínimos	179	32,0
9 a 15 salários mínimos	142	25,4
Mais que 15 salários mínimos	238	42,6

Tabela 2. Análise descritiva das subescalas do Questionário de Alimentação da Criança (QAC). Brasília (DF). 2015.

Variáveis de estudo	Média (DP)
Percepção de responsabilidade	3,96 (0,72)
Percepção do peso da mãe	3,10 (0,41)
Percepção do peso da criança	3,00 (0,35)
Preocupação com o peso da criança	2,79 (1,25)
Restrição	3,41 (0,72)
Pressão para comer	3,26 (1,09)
Monitoramento	3,91 (0,79)

Tabela 3. Análise descritiva das subescalas do Questionário de Alimentação da Criança (QAC) e teste da diferenças entre as pontuações das subescalas de acordo com o estado nutricional da criança, estado nutricional das mães, sexo da criança e qualidade da alimentação da criança. Brasília (DF). 2015.

Variáveis de estudo	Crianças		Mann-Whitney U (z)	Mães sem excesso de peso	Mães com excesso de peso	Mann-Whitney U (z)
	Crianças sem excesso de peso	Crianças com excesso de peso		Média (DP)	Média (DP)	
Percepção de responsabilidade	4,02 (0,71)	3,85 (0,73)	-2,94**	3,99 (0,70)	3,94 (0,75)	-0,57
Percepção do peso da mãe	3,06 (0,41)	3,19 (0,39)	3,86***	2,94 (0,36)	3,34 (0,36)	12,74***
Percepção do peso da criança	2,90 (0,29)	3,20 (0,37)	10,81***	2,97 (0,32)	3,04 (0,38)	2,83**
Preocupação com o peso da criança	2,46 (1,18)	3,41 (1,14)	8,46***	2,66 (1,22)	2,98 (1,28)	2,87**
Restrição	3,34 (0,72)	3,54 (0,69)	3,00**	3,46 (0,70)	3,33 (0,73)	-1,90
Pressão para comer	3,43 (1,06)	2,94 (1,07)	-5,13***	3,33 (1,04)	3,15 (1,15)	-1,79
Monitoramento	3,91 (0,82)	3,90 (0,74)	-0,31	3,96 (0,79)	3,84 (0,79)	-2,00*
	Criança do sexo masculino	Criança do sexo feminino		Alimentação de alta qualidade	Alimentação de qualidade baixa ou intermediária	
Variáveis de estudo	Média (DP)	Média (DP)	Mann-Whitney U (z)	Média (DP)	Média (DP)	Mann-Whitney U (z)
Percepção de responsabilidade	4,00 (0,67)	3,92 (0,76)	-1,02	4,02 (0,68)	3,77 (0,80)	-3,02**
Percepção do peso da mãe	3,12 (0,39)	3,08 (0,43)	-1,22	3,10 (0,40)	3,11 (0,45)	0,45
Percepção do peso da criança	3,02 (0,35)	2,98 (0,34)	-0,32	2,99 (0,33)	3,03 (0,40)	0,98
Preocupação com o peso da criança	2,73 (1,26)	2,84 (1,24)	1,09	2,78 (1,24)	3,79 (1,28)	0,10
Restrição	3,41 (0,71)	3,41 (0,73)	-0,04	3,42 (0,72)	3,36 (0,71)	-0,89
Pressão para comer	3,27 (1,12)	3,26 (1,06)	-0,09	3,24 (1,08)	3,36 (1,10)	1,10
Monitoramento	3,94 (0,77)	3,88 (0,81)	-0,48	4,01 (0,80)	3,58 (0,68)	-6,32***

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Tabela 4. Correlação de Spearman entre as subescalas do Questionário de Alimentação da Criança (QAC), Índice de Massa Corporal (IMC) da criança, IMC das mães e pontuação do Índice de Alimentação do Escolar (ALES). Brasília (DF). 2015.

	IMC da criança	IMC das mães	Pontuação do Índice ALES
Percepção de responsabilidade	-0,12**	-0,02	0,17***
Percepção do peso da mãe	0,23***	0,62***	-0,04
Percepção do peso da criança	0,54***	0,14**	-0,03
Preocupação com o peso da criança	0,36***	0,14**	0,01
Restrição	0,12**	-0,06	0,03
Pressão para comer	-0,30***	-0,11**	-0,06
Monitoramento	0,02	-0,80*	0,32***
IMC da criança	1,00	0,25***	-0,07
IMC das mães	0,25***	1,00	-0,05
Pontuação do Índice ALES	-0,70	-0,05	1,00

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

6. Conclusões Gerais

O presente estudo possibilitou um maior conhecimento sobre a percepção e a insatisfação materna em relação ao estado nutricional de escolares, bem como contribuiu para o desenvolvimento científico na área de nutrição materno-infantil, preenchendo lacunas desta temática no Distrito Federal.

Levando em consideração os resultados expostos nos artigos, constatou-se que as mães apresentam elevada prevalência de distorção em relação ao estado nutricional da criança, o que é preocupante, pois a distorção pode influenciar diretamente a alimentação infantil e pode levar as mães a aderirem práticas de controle da alimentação da criança. Além disso, a subestimação do estado nutricional da criança pode fazer com que as mães não identifiquem o excesso de peso infantil.

Os resultados deste trabalho também mostram que as meninas apresentam maior chance de ter o estado nutricional superestimado por suas mães, enquanto os meninos possuem maior chance de ter seu estado nutricional subestimado. Já mães de crianças com excesso de peso apresentam maior chance de superestimarem o estado nutricional da sua criança, e mães de crianças sem excesso de peso possuem maior chance de subestimarem o estado nutricional de seus filhos.

Constatou-se que aproximadamente metade das mães era insatisfeita com o estado nutricional de sua criança. Observou-se ainda que 48,7% das mães de crianças com sobrepeso e 83,1% das mães de crianças obesas desejavam a perda de peso da criança. As mães de crianças do sexo masculino e de crianças com menor faixa etária apresentavam maior chance de desejarem o ganho de peso da criança. Já as mães de crianças do sexo feminino e de crianças com excesso de peso possuíam maior chance de desejarem a perda de peso da criança.

Os resultados apontam também uma transferência da insatisfação materna em relação à própria imagem corporal para a imagem corporal de seus filhos. Diante disso, constata-se a necessidade da discussão sobre as silhuetas divulgadas pela mídia, buscando valorizar uma silhueta mais saudável como ideal de beleza.

Avaliando o Questionário de Alimentação da Criança, verificou-se que quanto maior o IMC das crianças, maior foi a pontuação materna na subescala restrição. As mães de crianças com menor IMC apresentavam maiores pontuações nas subescalas percepção de responsabilidade e pressão para comer. Constatou-se também que mães com excesso de peso apresentaram resultados significativamente maiores na subescala preocupação com o peso da criança. A maior parte das crianças avaliadas apresentava alimentação de alta qualidade e suas mães obtiveram resultados significativamente maiores nas subescalas percepção de responsabilidade e monitoramento. A partir disso, pode-se observar a importância da participação da família na promoção de uma alimentação saudável na infância.

Desta forma, considerando os resultados apresentados nos três artigos, evidencia-se a necessidade de intervenções que busquem um reconhecimento adequado do estado nutricional da criança pela família e de campanhas que orientem as famílias sobre estilo de vida e consumo alimentar saudáveis na infância. Diante da complexidade dos fatores envolvidos, torna-se relevante a consideração do papel materno nas intervenções que visem a prevenção e o tratamento do excesso de peso na infância, bem como a promoção da saúde nesta faixa etária.

Referências Bibliográficas

Aparício G, Cunha M, Duarte J, Pereira A, Bonito J, Albuquerque C. Nutritional status in preschool children: current trends of mother's body perception and concerns. *Aten Primaria*. 2013; 45:194-200.

Arpini LdSB, Queiroz DMF, Correa MM, Salaroli LB, Molina MdCB. Relação entre a percepção materna do peso corporal do filho e as práticas alimentares infantis. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2014;16(3):140-53.

Arpini LdSB, Arpini AF, Barbosa GC, Justo GF, Salaroli LB, Molina MdCB. Correspondência entre a percepção materna e o estado nutricional de escolares. *Demetra*. 2015;10(4):891-904.

Batista Filho M, Batista LV. Transição alimentar/ nutricional ou mutação antropológica?. *Cienc Cult*. 2010; 62(4):26-30.

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

Birch LL, Doub AE. Learning to eat: birth to age 2 y. *Am J Clin Nutr*. 2014;99(Supl 1);S723-8.

Birch LL, Ficher JO, Grimm-Thomas K, Markey CN, Sawyer R, Johnson SL. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*. 2001;36(3):201-10

Birch LL, Ficher JO. Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *Am J Clin Nutr*. 2000;71(5):1054-61

Boa-Sorte N, Neri LA, Leite MEQ, Brito SM, Meirelles AR, Ludovice FBS, et al. Percepção materna e autopercepção do estado nutricional de crianças e adolescentes de escolas privadas. *J Pediatr*. 2007;83(4):349-56.

Borsa JCB, Nunes MLT. Aspectos psicossociais da parentalidade: O papel de homens e mulheres na família nuclear. *Psicologia Argumento*. 2011;29(64):31-39.

BRASIL. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Guia alimentar para a população brasileira 2a edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Campbell K, Andrianopoulos N, Hesketh K, Ball K, Crawford D, Brennan L, et al. Parental use of restrictive feeding practices and child BMI z-score. A 3-year prospective cohort study. 2010;55(1):84-8.

Carnell S, Wardle J. Associations between multiple measures of parental feeding and children's adiposity in United Kingdom preschoolers. *Obesity*. 2007;15(1):137-44.

Conde WL, Monteiro CA. Nutrition transition and double burden of undernutrition and excess of weight in Brazil. *Am J Clin Nutr*. 2014;100(suppl):1617S-1622S.

Da Conceição SIO, Dos Santos CdJN, Da Silva AAM, Silva JS, De Oliveira TC. Consumo alimentar de escolares das redes pública e privada de ensino em São Luís, Maranhão. *Revista de Nutrição*. 2010;23(6):993-1004.

Da Cruz ISM. O uso de um questionário de alimentação para o estudo de atitudes, crenças e práticas dos pais em relação à alimentação e propensão à obesidade [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP; 2009.

Damasceno VO, Vianna VRA, Vianna JM, Lacio M, Lima JRP, Novaes JS. Imagem corporal e corpo ideal. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*. 2006;14(2):81-94.

De Paula FAR, Lamboglia CMGF, Da Silva VTBL, Monteiro MS, Moreira AP, Pinheiro MHNP, et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares da rede pública e particular da cidade de Fortaleza. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2014;27(4):455-61.

De Souza MCC, Tibúrcio JD, Bicalho JMF, Rennó HMdS, Dutra JS, Campos LG, et al. Fatores associados à obesidade e sobrepeso em escolares. *Texto Contexto Enfermagem*. 2014;23(3):712-19.

Duchin O, Marin C, Mora-Plazas M, Villamor E. Maternal body image dissatisfaction and BMI change in school-age children. *Public Health Nutrition*. 2016;19(2):287-92.

Faith MS, Heo M, Keller KL, Pietrobelli A. Child food neophobia is heritable, associated with less compliant eating, and moderates familial resemblance for BMI. *Obesity*. 2013;21(8):1650-5.

Fernandes PS, Bernardo CdO, Campos RMMB, De Vasconcelos FdAG. Avaliação do efeito da educação nutricional na prevalência de sobrepeso/obesidade e no consumo alimentar de escolares do ensino fundamental. *J Pediatr (Rio J)*. 2009;85(4):315-21.

Ferreira SRG. Alimentação, nutrição e saúde: avanços e conflitos da modernidade. *Cienc Cult*. 2010;62(4):31-3.

Francescato C, Santos NS, Coutinho VF, Costa RF. Mothers' perceptions about the nutritional status of their overweight children: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2014;90(4):332-43.

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

Gobato AO, Vasques ACJ, Zambon MP, Barros Filho AdA, Hessel G. Síndrome metabólica e resistência à insulina em adolescentes obesos. *Rev Paul Pediatr*. 2014;32(1):55-62.

Gregory JE, Paxton SJ, Brozovic AM. Maternal feeding practices, child eating behaviour and body mass index in preschool-aged children: a prospective analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2010;7:55.

Guevara-Cruz M, Serralde-Zúñiga AE, Frigolet Vázquez-Vela ME, Blancas Galicia L, Islas-Ortega L. Association between maternal perceptions and actual nutritional status for children in a study group in Mexico. *Nutr Hosp*. 2012;27(1):209-12.

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

Hart LM, Damiano SR, Chittleborough P, Paxton SJ, Jorm AF. Parenting to prevent body dissatisfaction and unhealthy eating patterns in preschool children: A Delphi consensus study. *Body Image.* 2014;11: 418–25.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. Rio de Janeiro; 2010.

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira [internet]. Brasília; 2014 [Acesso em 11 set 2014]. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/>

Jaime PC, Santos LMP. Transição nutricional e a organização do cuidado em alimentação e nutrição na Atenção Básica em saúde. *Divulgação em Saúde para Debate.* 2014; 51:72-85.

Jansen PW, Roza SJ, Jaddoe VW, Mackenbach JD, Raat H, Hofman A, et al. Children's eating behavior, feeding practices of parents and weight problems in early childhood: results from the population-based Generation R Study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2012;9:130.

Jansen PW, Verlinden M, Berkel AD, Mieloo CL, Raat H, Hofman A, et al. Teacher and peer reports of overweight and bullying among young primary school children. *Pediatrics.* 2014;134(3):473-80.

Kakeshita IS, Silva AIP, Zanatta DP, Almeida SS. Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 2009;25(2):263-70.

Kneipp C, Habitzreuter F, Mezdari T, Höfelmann DA. Excesso de peso e variáveis associadas em escolares de Itajaí, Santa Catarina, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2015;20(8):2411-22.

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.

Leal VS, De Lira PIC, Oliveira JS, De Menezes RCE, Sequeira LAdS, De Arruda Neto MA, et al. Excesso de peso em crianças e adolescentes no Estado de Pernambuco, Brasil: prevalência e determinantes. *Cad Saude Publica*. 2012;28(6):1175-82.

Lorenzato L. Avaliação de atitudes, crenças e práticas de mães em relação à alimentação e obesidade de seus filhos através do uso do Questionário de Alimentação da criança (QAC) [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP; 2012.

Loth KA, MacLehose RF, Fulkerson JA, Crow S, Neumark-Sztainer D. Eat this, not that! Parental demographic correlates of food-related parenting practices. *Appetite*. 2013;60:140-7.

Matton A, Goossens L, Braet C, Van Durme K. Continuity in primary school children's eating problems and the influence of parental feeding strategies. *J Youth Adolesc*. 2013;42:52-66.

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(7):1167-74.

McCabe, MP, Ricciardelli LA. A longitudinal study of body image and strategies to lose weight and increase muscles among children. *J Appl Dev Psychol*. 2005;26:559-77.

McPhie S, Skouteris H, Daniels L, Jansen E. Maternal correlates of maternal child feeding practices: a systematic review. *Matern Child Nutr*. 2014;10:18-43.

Michereff ALP, Tachini L, Mezdari T, Höfelmann DA. Associação da qualidade da dieta com as características do ambiente familiar em escolares de Itajaí-SC. *O Mundo da Saúde*. 2014;38(3):296-305.

Mitchell GL, Farrow C, Haycraft E, Meyer C. Parental influences on children's eating behaviour and characteristics of successful parent-focussed interventions. *Appetite*. 2013;60:85-94.

Molina MdCB, Faria CP, Montero P, Cade NV. Correspondência entre o estado nutricional de crianças e a percepção materna: um estudo populacional. *Cad Saude Publica*. 2009;25(10):2285-90.

Molina MdCB, Lopéz PM, Faria CP, Cade NV. Preditores socioeconômicos da qualidade da alimentação de crianças. *Rev Saude Publica*. 2010;44(5):785-92.

Momm N, Hofelmann D. Avaliação da qualidade da dieta de escolares por seus pais e/ou responsáveis. *Demetra*. 2013;8(3):361-77.

Paul TK, Sciacca RR, Bier M, Rodriguez J, Song S, Giardina EG. Size misperception among overweight and obese families. *J Gen Intern Med*. 2015;30(1):43–50.

Puhl RM, King KM. Weight discrimination and bullying. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2013;27(2):117-27.

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

Rinaldil AEM, Pereira AF, Macedo CS, Mota JF, Burini RC. Contribuições das práticas alimentares e inatividade física para o excesso de peso infantil. *Rev Paul Pediatr*. 2008;26(3):271-7.

Rollins BY, Loken E, Savage JS, Birch LL. Effects of restriction on children's intake differ by child temperament, food reinforcement, and parent's chronic use of restriction. *Appetite*. 2014;73:31-9.

Rosas LG, Harley KG, Guendelman S, Fernald LCH, Mejia F, Eskenazi B. Maternal perception of child weight among Mexicans in California and Mexico. *Matern Child Health J*. 2010;14:886–94.

Rtveladze K, Marsh T, Webber L, Kilpi F, Levy D, Conde W, et al. Health and economic burden of obesity in Brazil. *PLoS One*. 2013;11;8(7):e68785.

Sahoo K, Sahoo B, Choudhury AK, Sofi NY, Kumar R, Bhadoria AS. Childhood obesity: causes and consequences. *J Family Med Prim Care*. 2015;4(2):187-92.

Scaglioni S, Salvioni M, Galimberti C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *Br J Nutr.* 2008;99(Supl 1);S22-5.

Scaglioni S, Arrizza C, Vecchi F, Tedeschi S. Determinants of children's eating behavior. *Am J Clin Nutr.* 2011;94 Suppl: 2006S–2011S.

Tompkins CL, Seablom M, Brock DW. Parental perception of child's body weight: A systematic review. *J Child Fam Stud.* 2015;24:1384–91.

Viana V, Candeias L, Rego C, Silva D. Comportamento alimentar em crianças e controlo parental: uma revisão da bibliografia. *Alimentação Humana.* 2009;15(1):9-16.

Viana V, Franco T, Morais C. O estado ponderal e o comportamento alimentar de crianças e jovens: influência do peso e das atitudes de controlo da mãe. *Psicologia, Saúde & Doenças.* 2011;12(2):267-79.

Warschburger P, Kröller K. Childhood overweight and obesity: maternal perceptions of the time for engaging in child. *BMC Public Health.* 2012;12:295.

Webber L, Hill C, Cooke L, Carnell S, Wardle J. Associations between child weight and maternal feeding styles are mediated by maternal perceptions and concerns. *Eur J Clin Nutr.* 2010a;64(3):259-65.

Webber L, Cooke L, Hill C, Wardle J. Child adiposity and maternal feeding practices: a longitudinal analysis. *Am J Clin Nutr.* 2010b;92:1423–28.

WHO - World Health Organization. Obesity. Preventing and Managing the Global Epidemic. Report. Geneva; 1997.

WHO- World Health Organization. Growth reference data for 5-19 year. Report. Geneva; 2007.

WHO- World Health Organization. AnthroPlus for personal computers Manual: Software for assessing growth of the world's children and adolescents. Geneva; 2009.

Zeinstra GG, Koelen MA, Kok FJ, Van der Laan N, Graaf C. Parental child-feeding strategies in relation to Dutch children's fruit and vegetable intake. *Public Health Nutr.* 2009;13(6):787-96

APÊNDICE A – Carta convite enviada aos diretores



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana

Carta convite

Ao (à) Senhor (a) diretor (a) da escola.

Assunto: convite para a participação na Pesquisa da Universidade de Brasília no Distrito Federal, intitulada: “Percepção materna do estado nutricional de seus filhos e relação materna com o consumo alimentar de escolares em escolas particulares do Distrito Federal”.

Prezado (a),

O aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade na infância já é considerado um problema de saúde pública no Brasil. Os hábitos alimentares e o sedentarismo são os principais determinantes do excesso de peso nessa idade. Visto que a família influencia diretamente nas preferências alimentares e no estilo de vida das crianças, observa-se que sua participação torna-se crucial para a prevenção e a redução da prevalência de sobrepeso e obesidade nesta faixa etária. Nesse sentido, a Universidade de Brasília (UnB), realizará a pesquisa : “Percepção materna do estado nutricional de seus filhos e relação materna com o consumo alimentar de escolares em escolas particulares do Distrito Federal”.

O objetivo deste estudo é avaliar a percepção materna do estado nutricional de crianças entre o 1º e o 3º ano de escolas particulares do Distrito Federal e a influência materna no consumo alimentar da criança. A participação das crianças será através da aferição do peso e da estatura. O encontro com as crianças acontecerá na escola, em dia agendado. A participação das mães consistirá na resposta a um questionário online sobre a sua percepção da imagem corporal, percepção da imagem corporal da criança, consumo alimentar da criança e práticas alimentares. O questionário poderá ser respondido através de qualquer computador com acesso a internet. Assim, será enviada para as mães uma carta convite, que apresentará o site e a senha de acesso ao questionário.

Diante da significância deste estudo, é de suma importância contar com o apoio da sua escola, na viabilização da coleta dos dados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UnB (CEP-UnB). A resposta, ou maiores elucidações, poderão ser enviadas por correspondência eletrônica para murielgubert@gmail.com ou jessicapedroso1211@gmail.com, ou por meio telefônico, (61) 3107-1844 ou (61)8123-9710 ou (61)8165-3010.

Desde já agradecemos e aguardamos a resposta.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Muriel Bauermann Gubert
Professora Adjunta da Universidade de Brasília – Unb

APÊNDICE B – Carta convite enviada às mães



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana

Carta convite

Assunto: convite para a participação na Pesquisa da Universidade de Brasília no Distrito Federal, intitulada: “Percepção materna do estado nutricional de seus filhos e relação materna com o consumo alimentar de crianças em escolas particulares do Distrito Federal”.

Prezadas mães/responsáveis,

Temos a grata satisfação de convidá-la a participar da pesquisa “Percepção materna do estado nutricional de seus filhos e relação materna com o consumo alimentar de crianças em escolas particulares do Distrito Federal”, realizada pela Universidade de Brasília (UnB), Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana.

O objetivo deste estudo é avaliar a percepção materna do estado nutricional e a influência materna no consumo alimentar de crianças entre o 1º e o 3º ano do ensino fundamental, em escolas particulares do Distrito Federal.

Para a realização da pesquisa será necessário que a Sra. autorize a participação de seu filho (a), para que possamos realizar a aferição do peso e estatura. Isso acontecerá na própria escola, em dia previamente agendado. Além da autorização para que avaliemos seu filho (a), precisamos que a senhora responda a um questionário online. O questionário leva cerca de 20 minutos e poderá ser respondido através de qualquer computador com acesso a internet, no site <https://pt.surveymonkey.com/s/pesquisadenutricao>, com acesso a partir da senha _____.

Os dados de seu (sua) filho (a) não serão utilizados na pesquisa caso o questionário online não seja respondido. Serão enviadas por e-mail para as mães que responderem ao questionário dicas de uma alimentação mais saudável para a família.

Diante da significância deste estudo para entender a epidemia de excesso de peso que hoje acomete nossas crianças, é de suma importância contar com seu apoio e sua participação. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UnB (CEP-UnB), sob o número 39116314.3.0000.0030. Maiores esclarecimentos poderão ser enviados por correspondência eletrônica para murielgubert@gmail.com ou jessicapedroso1211@gmail.com, ou por telefone (61)8123-9710 (Profa. Dra. Muriel Gubert) ou (61)8165-3010 (Nutricionista Jéssica Pedroso).

Desde já agradecemos e aguardamos a resposta.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Muriel Bauermann Gubert
Professora Adjunta da Universidade de Brasília – Unb

Jéssica Pedroso
Nutricionista Mestranda em Nutrição Humana (UnB)

AUTORIZAÇÃO

Eu _____ autorizo
meu filho (a) _____ a ter seu
peso e altura aferidos na escola.

Email: _____

Data: ___/___/___

Assinatura do responsável

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Questionário aplicado na pesquisa



Percepção materna do estado nutricional de seus filhos e relação materna com o consumo alimentar de crianças em escolas particulares do Distrito Federal

Seja bem-vinda ao questionário!

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a Senhora e seu(sua) filho(a) a participar de um projeto sobre a percepção e influência materna no consumo e estado nutricional de escolares, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Muriel Bauermann Gubert. As informações a seguir irão ajudar a decidir o seu consentimento. O objetivo desta pesquisa é avaliar a percepção materna do estado nutricional de crianças entre o 1º e o 3º ano de escolas particulares do Distrito Federal e a influência materna no consumo alimentar da criança. Para tanto, participarão da pesquisa crianças do 1º, 2º e 3º ano do Ensino Fundamental e suas mães. Ressalta-se que, mesmo com seu consentimento, no momento da coleta de dados será pedido o assentimento da criança para a participação da pesquisa, através do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

A Senhora e seu(sua) filho (a) receberão todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhes asseguramos que seus nomes não aparecerão na divulgação dos resultados do estudo, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-los(as).

A participação de seu(sua) filho(a) será através da aferição do peso e da estatura. O encontro com as crianças acontecerá na escola, com um tempo estimado de 1h, em dia agendado com a direção. A participação da senhora consistirá na resposta a um questionário online sobre a sua percepção da imagem corporal, percepção da imagem corporal da criança, consumo alimentar da criança e práticas alimentares. Informamos que a senhora e seu(sua) filho(a) podem se recusar a participar de qualquer etapa da pesquisa que lhes traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

A senhora não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Os riscos relacionados a sua participação e a participação de seu filho consistem na possibilidade de constrangimento e desconforto durante a pesquisa. O benefício relacionado à participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de Nutrição sobre a alimentação infantil. Além disso, será dado um retorno para mães que apresentem distorção da imagem corporal das crianças, sugerindo acompanhamento nutricional e será enviado por e-mail dicas de uma alimentação mais saudável para a família.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Profa. Dra. Muriel Bauermann Gubert, do Departamento de Nutrição da Faculdade de Ciências da Saúde da

Universidade de Brasília, telefone: (61) 3107-1844, em horário comercial, ou envie e-mail para murielgubert@gmail.com.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos dos sujeitos da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfsunb@gmail.com ou cepfs@unb.br, horário de atendimento de 10hs às 12hs e de 14hs às 17hs, de segunda a sexta-feira.

Desde já agradecemos!

1. Declaro estar ciente do teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em autorizar a participação de meu (minha) filho(a) e a minha participação no estudo proposto, sabendo que dele poderemos desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sim

Não



Percepção materna do estado nutricional de seus filhos e relação materna com o consumo alimentar de crianças em escolas particulares do Distrito Federal

Seja bem-vinda à nossa pesquisa!

2. Qual é o código que você recebeu na carta convite?

3. Quais são as iniciais do nome do seu (sua) filho (a)?



Percepção materna do estado nutricional de seus filhos e relação materna com o consumo alimentar de crianças em escolas particulares do Distrito Federal

Obrigada por preencher! Informações conferem. Então vamos começar o questionário!





Percepção materna do estado nutricional de seus filhos e relação materna com o consumo alimentar de crianças em escolas particulares do Distrito Federal

Questionário de Alimentação da Criança

4. Nas questões abaixo, assinale a alternativa de acordo com a sua resposta.

	Nunca	Raramente	Metade do tempo	Maior parte do tempo	Sempre
Quando sua criança está em casa, com que frequência você é responsável por alimentá-la?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com que frequência você é responsável por decidir o tamanho da porção dos alimentos consumidos por sua criança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com qual frequência você é responsável por decidir se sua criança come o tipo correto de comida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Nas questões abaixo, assinale a alternativa de acordo com a sua resposta.

	Muito abaixo do peso	Abaixo do peso	Normal	Acima do peso	Muito acima do peso
Como era o seu peso na sua infância (5 a 10 anos de idade)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como era o seu peso na sua adolescência?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como era o seu peso nos seus 20 anos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como é o seu peso atualmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como era o peso da sua criança durante o primeiro ano de vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como era o peso da sua criança de 1 a 2 anos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como era o peso da sua criança no período da pré-escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como é o peso da sua criança do pré até atualmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Nas questões abaixo, assinale a alternativa de acordo com a sua resposta.

	Despreocupado	Um pouco preocupado	Preocupado	Bem preocupado	Muito preocupado
O quanto você se preocupa com a sua criança comer muito quando você não está perto dela?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O quanto você se preocupa com sua criança ter que fazer dieta para manter um peso desejável?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O quanto você se preocupa com sua criança ficar acima do peso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Nas questões abaixo, assinale a alternativa de acordo com a sua resposta.

	Discordo	Discordo levemente	Neutro	Concordo levemente	Concordo
Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muitos doces (balas, sorvete, bolos ou tortas).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muitos alimentos altamente calóricos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tenho que ter certeza que minha criança não come exageradamente seus alimentos preferidos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu intencionalmente mantenho algumas comidas fora do alcance da minha criança.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu ofereço doces (balas, sorvete, bolos, tortas) para minha criança como recompensa por um bom comportamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu ofereço para minha criança seu alimento preferido em troca de um bom comportamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se eu não orientasse ou regulasse o que minha criança come, ela iria comer muita porcaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se eu não orientasse ou regulasse o que minha criança come ela iria comer muito de sua comida preferida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Discordo	Discordo levemente	Neutro	Concordo levemente	Concordo
Minha criança deveria sempre comer toda a comida do seu prato.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tenho que ser muito cuidadoso para ter certeza de que minha criança come o suficiente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se minha criança diz "Eu não estou com fome", eu tento fazer ela comer mesmo assim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se eu não guiasse ou regulasse o que minha criança come, ela poderia comer muito menos do que deveria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Nas questões abaixo, assinale a alternativa de acordo com a sua resposta.					
	Nunca	Raramente	Às vezes	Maior parte do tempo	Sempre
O quanto você mantém o controle dos doces (balas, sorvete, bolos, tortas) que sua criança come?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O quanto você mantém o controle dos lanches (batata, salgadinhos) que a sua criança come?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O quanto você mantém o controle dos alimentos altamente calóricos que sua criança come?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Percepção materna do estado nutricional de seus filhos e relação materna com o consumo alimentar de crianças em escolas particulares do Distrito Federal

Questionário de Frequência alimentar

9. Na tabela abaixo, responda com que frequência seu (sua) filho (a) come os seguintes alimentos.

	Nenhuma vez	Menos de 1 x/ semana	1 x/ semana	2 x/ semana	3 x/ semana	4 x/ semana	5 x/ semana	6 x/ semana	Todos os dias
Feijão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Macarrão instantâneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peixes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Batata frita ou banana frita ou mandioca frita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salada crua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vegetais cozidos (exceto batata e mandioca)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maionese	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hambúrger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fruta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suco de fruta natural	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Refrigerante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salgados fritos (coxinha, pastel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doces ou balas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Biscoito (chips, salgadinhos de pacote ou recheado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Costuma realizar o café da manhã	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Quais das seguintes refeições seu (sua) filho (a) normalmente realiza na escola?

- Café da manhã
- Lanche da manhã
- Almoço
- Lanche da tarde
- Jantar



Percepção materna do estado nutricional de seus filhos e relação materna com o consumo alimentar de crianças em escolas particulares do Distrito Federal

Dados da criança

11. Qual é a idade (anos) do seu filho?

12. Qual é a ordem de nascimento da criança?

- Primeiro filho
- Segundo filho
- Terceiro filho
- Quarto filho
- Quinto filho
- Sexto filho
- Sétimo filho

13. Seu (sua) filho (a) apresenta alguma das seguintes doenças?

- Nenhuma doença
- Diabetes
- Pressão alta
- Colesterol alto
- Fenilcetonúria
- Doença celíaca
- Intolerância a lactose
- Alergia ao leite

Outras doenças

14. Qual é o sexo do seu (sua) filho (a)?

Masculino

Feminino



Percepção materna do estado nutricional de seus filhos e relação materna com o consumo alimentar de crianças em escolas particulares do Distrito Federal

Percepção da imagem corporal de seu filho

Observe as imagens a seguir, numeradas de 1 a 11, e responda as questões.



1 2 3 4 5 6



7 8 9 10 11

15. Qual a figura que melhor representa o corpo atual de seu filho?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

16. Qual a figura que melhor representa o corpo que você gostaria que seu filho tivesse?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11



Percepção materna do estado nutricional de seus filhos e relação materna com o consumo alimentar de crianças em escolas particulares do Distrito Federal

Percepção da imagem corporal de sua filha

Observe as imagens a seguir, numeradas de 1 a 11, e responda as questões.



1 2 3 4 5 6



7 8 9 10 11

17. Qual a figura que melhor representa o corpo atual de sua filha?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

18. Qual a figura que melhor representa o corpo que você gostaria que sua filha tivesse?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11



Percepção materna do estado nutricional de seus filhos e relação materna com o consumo alimentar de crianças em escolas particulares do Distrito Federal

Dados da mãe

19. Você mora com o seu (sua) filho (a)?

- Sim
 Não

20. Qual é a sua idade (anos)?

21. Qual é seu nível de escolaridade?

- Ensino fundamental incompleto
 Ensino fundamental completo
 Ensino médio incompleto
 Ensino médio completo
 Ensino superior incompleto
 Ensino superior completo
 Pós-graduação
 Mestrado
 Doutorado

22. Qual é o seu estado civil?

- Solteira
 Casada/ União estável
 Divorciada/ Separada
 Viúva

23. Qual é a cor da sua pele?

- Negra/ Parda
- Amarela/ Indígena
- Branca

24. Qual é a renda da sua família?

- Até 3 salários mínimos (até R\$2.364,00)
- 3 a 6 salários mínimos (de R\$2.364,00 a R\$4.728,00)
- 6 a 9 salários mínimos (de R\$4.728,00 a R\$7.092,00)
- 9 a 12 salários mínimos (de R\$7.092,00 a R\$9.456,00)
- 12 a 15 salários mínimos (de R\$9.456,00 a R\$11.820,00)
- 15 a 18 salários mínimos (de R\$11.820,00 a R\$14.184,00)
- 18 a 21 salários mínimos (de R\$14.184,00 a R\$16.548,00)
- Maior que 21 salários mínimos (maior que R\$16.548,00)

25. Você sabe o seu peso (kg) (mesmo que seja um valor aproximado)?

- Não
- Sim

26. Se sim, qual é o seu peso (kg)?

27. Você sabe a sua altura (m)?

- Não
- Sim

28. Se sim, qual é a sua altura (m)?



Percepção materna do estado nutricional de seus filhos e relação materna com o consumo alimentar de crianças em escolas particulares do Distrito Federal

Percepção da própria imagem corporal

Observe as imagens a seguir, numeradas de 1 a 15, e responda as questões.



1 2 3 4 5 6 7 8



9 10 11 12 13 14 15

29. Qual a figura que melhor representa seu corpo atual, como se vê hoje?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

30. Qual a figura que melhor representa o corpo que você gostaria de ter?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15



Percepção materna do estado nutricional de seus filhos e relação materna com o consumo alimentar de crianças em escolas particulares do Distrito Federal

Obrigada por participar da nossa pesquisa!

31. Qual é o seu email?

Enviaremos por email dicas de uma alimentação mais saudável para sua família!



APÊNDICE D – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - TALE

Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa da Universidade de Brasília. Nesta pesquisa nós queremos estudar sobre como você se alimenta. Estamos fazendo esta pesquisa com crianças do 1º, 2º e 3º ano. Se você não entender alguma coisa que pedirmos, eu posso explicar para você na mesma hora. Se você quiser falar depois com uma de nós sobre a pesquisa, nossos telefones são 81653010 (Jéssica) e 81239710 (Muriel).

Os seus pais já foram informados sobre esta pesquisa e concordaram que você participe. Se você não quiser, não é obrigado, mesmo que seus pais tenham concordado. Se você decidir não participar, você não será prejudicado em nada, ninguém ficará bravo ou desapontado com você. Se você preferir, pode pensar um pouco se quer ou não participar. Mesmo se você disser sim, poderá mudar de ideia depois, sem nenhum problema.

Se você concordar em participar, você será pesado e medido, para que nós possamos saber o seu peso e a sua altura, e para isso iremos utilizar uma balança e um estadiômetro (equipamento para medir a altura), como nas figuras abaixo!



Nesta pesquisa, você tem o risco de se sentir desconfortável ou constrangido enquanto pesamos e medimos você. O benefício da sua participação será o de ajudar a aumentar os conhecimentos sobre a alimentação das crianças!

Este documento foi elaborado em duas folhas, uma ficará comigo e a outra você deverá entregar para os seus pais guardarem.

Muito obrigada!

Eu entendi esse TERMO DE ASSENTIMENTO e concordo em participar da pesquisa. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir, ninguém ficará bravo ou desapontado comigo.

Nome do(a) aluno(a): _____

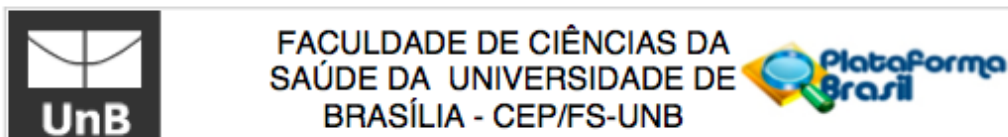
Assinatura do(a) aluno(a): _____

Pesquisadora Responsável: Profa. Dra. Muriel Bauermann Gubert

Assinatura da Pesquisadora Responsável: _____

Brasília, _____ de _____ de 2015.

ANEXO A – Documento referente à aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção e influência materna no consumo e estado nutricional de escolares em escolas particulares do Distrito Federal

Pesquisador: MURIEL BAUERMAN GUBERT

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 39116314.3.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 989.557

Data da Relatoria: 18/03/2015

Apresentação do Projeto:

A prevalência de sobrepeso e obesidade na infância é considerado um problema de saúde pública no Brasil. Os hábitos alimentares e o sedentarismo são os principais determinantes do excesso de peso nesta faixa etária. A família influencia diretamente os hábitos alimentares das crianças, sendo utilizados muitas vezes comportamentos restritivos e pressões para que a criança se alimente. Estes comportamentos relacionam-se com a percepção materna do estado nutricional da criança e podem influenciar negativamente o consumo alimentar do indivíduo. Portanto, o objetivo do estudo é avaliar a percepção materna do estado nutricional de crianças entre o 1º e o 3º ano de escolas particulares do Distrito Federal e a influência materna no consumo alimentar da criança. Metodologia: estudo transversal, que será realizado com pares de mães e crianças entre o 1º e o 3º ano de escolas particulares do Distrito Federal. Será avaliado o estado nutricional da criança a partir da aferição do peso e estatura. Serão avaliados dados sociodemográficos, estado nutricional da mãe, consumo alimentar da criança, percepção materna do seu próprio estado nutricional, percepção materna do estado nutricional do filho e estratégias maternas para influenciar o consumo alimentar da criança, a partir de um questionário online que será respondido pelas mães.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 989.557

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Avaliar a percepção materna do estado nutricional de crianças entre o 1º e o 3º ano de escolas particulares do Distrito Federal e a influência materna no consumo alimentar da criança.

Específicos:

- Avaliar o estado nutricional e o consumo alimentar dos escolares;
- Avaliar o estado nutricional materno e a percepção da própria imagem corporal;
- Verificar a percepção materna do estado nutricional de crianças entre o 1º e o 3º ano de escolas particulares do Distrito Federal;
- Analisar a concordância entre a imagem corporal percebida pelas mães e o estado nutricional das crianças;
- Analisar a concordância entre a imagem corporal percebida pelas mães e a imagem corporal ideal, selecionada pelas mesmas;
- Verificar as estratégias maternas para influenciar o consumo alimentar infantil;
- Identificar a influência das variáveis maternas na percepção materna do estado nutricional e consumo alimentar dos escolares;
- Verificar as influências das variáveis maternas nas técnicas de influência de consumo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nas palavras das pesquisadoras:

"Riscos:

Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada a participação no estudo.

Benefícios:

O benefício relacionado à participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de Nutrição sobre a alimentação infantil."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa do Programa de Pós Graduação em Nutrição. Prevê a participação de 474 crianças de 6 a 9 anos e suas mães. As escolas e os participantes serão definidos por sorteio. Os instrumentos serão aplicados para as mães por email (survey monkey), e as crianças serão pesadas e medidas na escola.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados o Termo de Responsabilidade do Pesquisador, anexado em 25/11/2014; folha de rosto assinada por Pedro S. Monteiro, diretor da FS em exercício, anexada em

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 989.557

21/11/2014; Termo de Concordância assinado pelo Pedro S. Monteiro, anexado em 25/11/2014; solicitação de dispensa do Termo de Concordância das escolas particulares anexado em 25/11/2014; TCLE anexado em 25/11/2014, adequado em termos de linguagem e conteúdo, embora não contemple os riscos da pesquisa; e currículos das pesquisadoras.

Documentos postados para atender às pendências apontadas pelo parecer No. 963.822 de 25/02/2015:

"Termo de Assentimento Livre e Esclarecido 2.docx", postado em 05/03/2015;

Informações Básicas do Projeto - "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_429529.pdf", postado em 05/03/2015;

"Carta para encaminhamento de pendências.jpg", postado em 05/03/2015.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Solicita-se que as seguintes pendências sejam respondidas:

- 1) Acrescentar TALE (Termo de Assentimento Livre e Esclarecido) para as crianças - **PENDÊNCIA ATENDIDA**. O TALE apresentado está redigido em linguagem acessível, com ilustrações acerca dos procedimentos aos quais às crianças serão submetidas.
- 2) Todas as pesquisas envolvem risco (Res. CNS 466/2012, item V), ainda que o constrangimento ou desconforto. Analisar todos os riscos possíveis e contemplar na metodologia e no TCLE; **PENDÊNCIA ATENDIDA**
- 3) Determinar qual será o encaminhamento dado aos casos de transtornos ou distúrbios alimentares identificados durante a pesquisa, e qual a orientação dada às mães caso haja interesse. A pesquisa tem potencial para trazer benefícios diretos aos participantes da pesquisa, além da contribuição científica. A pesquisadora deverá informar como isso será realizado. **PENDÊNCIA ATENDIDA**
- 4) Uma vez que as escolas concordem em participar da pesquisa, o pesquisador deverá apresentar ao CEP/FS, por meio da Plataforma Brasil, os Termos de Concordância das respectivas escolas assinada pelo seu diretor juntamente com os relatórios parciais e final.

Protocolo de pesquisa em conformidade com a Res. CNS 466/2012 e complementares.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 989.557

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

BRASILIA, 18 de Março de 2015

Assinado por:

**Marie Togashi
(Coordenador)**

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com