UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

AS RELAÇÕES ENTRE FAMÍLIA, ESCOLA E O DESENVOLVIMENTO DO SOBREPESO E OBESIDADE INFANTIL

ANA PAULA FRANCO MAYER

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Educação, Linha de Pesquisa, Cognição, Aprendizagem e Desenvolvimento Humano, Setor de Educação da UFPR, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Curitiba
2011

Catalogação na publicação
Sirlei do Rocio Gdulla – CRB 9ª/985
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Mayer, Ana Paula Franco

As relações entre família, escola e o desenvolvimento do sobrepeso e obesidade infantil / Ana Paula Franco Mayer. – Curitiba, 2011.

164 f.

Orientadora: Profª Drª. Lidia Natália Dobrianskyj Weber

Dissertação (Mestrado em Educação) - Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná.

1. Obesidade nas crianças – prevenção – escolas – Palmeira (PR). 2. Crianças - obesidade – família. 3. Crianças – alimentação. 4. Obesidade – esportes. I. Titulo.

CDD 371.712

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ M E C
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO E DOUTORADO
SETOR DE EDUCAÇÃO

PARECER

Defesa de Dissertação de **ANA PAULA FRANCO MAYER** para obtenção do Título de MESTRE EM EDUCAÇÃO. Os abaixo-assinados: DRª LÍDIA NATALIA DOBRIANSKYJ WEBER, DRª MARIA AUGUSTA BOLSANELLO e DR LUC VANDENBERGHE arguiram, nesta data, a candidata acima citada, a qual apresentou a seguinte Dissertação: **"AS RELAÇÕES ENTRE FAMÍLIA, ESCOLA E O DESENVOLVIMENTO DO SOBREPESO E OBESIDADE INFANTIL".**

Procedida a argüição, segundo o Protocolo aprovado pelo Colegiado, a Banca é de Parecer que a candidata está apta ao Título de MESTRE EM EDUCAÇÃO, tendo merecido as apreciações abaixo:

BANCA	ASSINATURA	APRECIAÇÃO
DRª LÍDIA NATALIA DOBRIANSKYJ WEBER		aprovada
DRª MARIA AUGUSTA BOLSANELLO		aprovada
DR LUC VANDENBERGHE		aprovada

Curitiba, 21 de fevereiro de 2011.

Profª Drª Mônica Ribeiro da Silva
Vice-Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Educação

Profª. Drª. Mônica Ribeiro da Silva
Vice-Coordenadora do Programa de
Pós-Graduação em Educação
Mat.: 125750

AGRADECIMENTOS

A Deus e a Nossa Senhora Aparecida, obrigada pela força que me foi concedida para seguir nessa caminhada.

Ao meu marido Ueverlei, que é meu amor, minha vida, meu tudo e que sempre esteve ao meu lado ao longo de toda essa caminhada.

Aos meus pais, Maria Rosa e Celso, por terem me incentivado a estudar.

À minha orientadora, Profa. Dra. Lídia Natália Dobrianskyj Weber, que me conduziu, que acreditou em mim, que teve paciência e me ensinou a voar mais longe.

Aos meus amados cãezinhos Mel e Nick sempre ao meu lado, nas horas e horas, que passei fazendo está pesquisa.

Por todo o conhecimento obtido, agradeço a todos os professores que fizeram parte da minha caminhada.

Aos professores da banca que enriqueceram meu trabalho com ideias valiosas.

Aos meus amigos e amigas que, de alguma forma, me ajudaram nessa caminhada.

Aos participantes dessa pesquisa que prontamente dedicaram-se a participar dela.

Obrigada a todos!

O PESCADOR QUE PUXA A REDE COM PRESSA

NÃO TEM PEIXE PARA FEIRA;

A CRIANÇA QUE FECHA O LIVRO DEPRESSA

NÃO APRENDE A LIÇÃO INTEIRA

POR ISSO, CRIANÇA, SE QUER TER CIÊNCIA,

A HORA DO ESTUDE PROLONGUE;

NADA SE ALCANÇA SEM PACIÊNCIA

E DEVAGAR SE VAI LONGE

(Willian Bennet; tradução de Cláudia Roquette-Pinto)

SUMÁRIO

RESUMO **1**
ABSTRACT **2**
1. INTRODUÇÃO **3**
1.1. Justificativa **3**
1.2. Problema **5**
1.3. Objetivos **5**
1.3.1. Objetivo Geral 5
1.3.2. Objetivos Específicos 5
2. REVISÃO DA LITERATURA **7**
2.1. Obesidade: prevalência, conceitos e classificações **7**
2.2. Obesidade: etiologia **9**
2.2.1. Alimentação 10
2.2.2. Atividade Física x Sedentarismo 13
2.3. Obesidade: consequências **14**
2.4. Obesidade: prevenção **16**
2.5. A influência da família na alimentação da criança **19**
2.5.1. Estilos parentais 22
2.5.2. Práticas de alimentação infantil utilizada pelos pais com seus filhos 24
2.5.3 Relações entre práticas de alimentação infantil e estilos parentais 34
2.6. A influência da escola na alimentação e na atividade física da criança **35**
2.6.1. Prevalência da obesidade em escolares 38
2.6.2. Exemplos de medidas práticas estabelecidas pelas escolas para o controle do sobrepeso e obesidade 39
3. MÉTODO **42**
3.1. 1ª FASE **42**
3.1.1. Local da pesquisa 42
3.1.2. Participantes 42
3.1.3. Instrumentos 42
3.1.4. Procedimentos de coleta dos dados 45
3.1.5. Procedimento de análise de dados 46
3.2. Análise Funcional Qualitativa de Casos **50**
3.2.1. Local da pesquisa 50
3.2.2. Participantes 50
3.2.3. Instrumentos 50
3.2.4. Procedimento de coleta dos dados 50
3.2.5. Procedimento de análise de dados 50
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO **52**
4.1. 1ª Fase **52**
4.1.1. Prevalência de sobrepeso e da obesidade e as relações entre IMC dos pais e dos filhos 52
4.1.2. Relações entre IMC dos filhos e o estado civil dos pais, com a classe econômica e com as mães que trabalham fora de casa 54
4.1.3. O uso das práticas de alimentação infantil em razão do sexo da criança 58
4.1.4. Relação entre IMC dos filhos e os estilos parentais 60
4.1.5. Relação entre IMC dos filhos e as práticas de alimentação infantil 64
4.1.6. Percepção das práticas de alimentação infantil mencionada pelos responsáveis e pelas crianças 67
4.1.7. As relações entre estilos parentais e práticas de alimentação infantil 68

4.1.8. Práticas de controle do sobrepeso e obesidade adotadas pelas escolas públicas 77
4.1.9. Análise das questões abertas das crianças 80
4.1.10. Análise da questão aberta dos responsáveis 87
4.1.11 O uso de práticas alimentares maternas com seus filhos 88
4.2. 2ª Fase – Análise funcional qualitativa de casos 93
4.2.1 Caso 1 Oliver 93
4.2.2 Caso 2 Ângela 95
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 98
6. REFERÊNCIAS 102
7. ANEXOS 119

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide alimentar 12
Figura 2 - IMC das crianças classificadas em desnutrição, peso normal, sobrepeso e obesidade 52
Figura 3 - IMC materno classificado em desnutrição, peso normal, sobrepeso e obesidade 53
Figura 4 - IMC paterno classificado em desnutrição, peso normal, sobrepeso e obesidade 53
Figura 5 – Relação entre situação conjugal dos pais e a presença de sobrepeso e obesidade nas crianças (X2=1,43, gl=2, p>0,05, n=110) 54
Figura 6 – Classe econômica das famílias participantes (X2=20,17, gl=15, p>0,05) 55
Figura 7 – Relação entre classe econômica e grupo de crianças com peso normal e sobrepeso (X^2=7,4, gl=3, p>0,05) 56
Figura 8 – Relação entre classe econômica e grupo de crianças com peso normal e sobrepeso ou obesidade (X^2=3,5, gl=2, P>0,05) 57
Figura 9 – Relação entre IMC da criança e o fato de as mães trabalharem fora ou não (X^2=2,7, gl=3, p>0,05) 58
Figura 10 – Práticas de alimentação infantil e o sexo da criança (T=-2,0, gl=89, p<0,05) 59
Figura 11 – Classificação dos estilos parentais para a figura paterna 60
Figura 12 – Classificação dos estilos parentais para a figura materna 61
Figura 13 – Relação entre IMC das crianças e os estilos parentais paternos percebidos pela criança (X^2=2,7, gl=9, p>0,05) 62
Figura 14 – Relação entre IMC das crianças e os estilos parentais maternos percebidos pela criança (X^2=4,0, gl=9, p>0,05) 63
Figura 15 – Distribuição dos responsáveis conforme responderam ao questionário de verificação das práticas alimentares 67
Figura 16 – Relação entre estilos parentais maternos e escore total de práticas alimentares (X^2=11,4, gl=6, p>0,05) 70
Figura 17 – Relação entre estilos parentais paternos e escore total de práticas alimentares (X^2=13,6, gl=6, p<0,05) 70
Figura 18 - Comparação entre estilos parentais com práticas de alimentação infantil 72
Figura 19 – Relação entre as escolas participantes e o IMC das crianças (X^2=1,6, gl=3, p>0,05) 78
Figura 20 – O que as crianças acham sobre a sua alimentação 81
Figura 21 – O que as crianças acham sobre praticar algum esporte 82
Figura 22 – O que as crianças pensam sobre o próprio corpo 82
Figura 23 – O que as crianças acham dos seus pais 84
Figura 24 – O que as crianças mudariam em sua vida 85
Figura 25 – O que os pais acham do seu filho 87
Figura 26 - Distribuição das mães nos três grupos segundo a percepção das crianças .. 89
Figura 27 – Relações entre os grupos de mães e os estilos parentais 92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Sistema de pontos**.....47**
Tabela 2: Sistema de pontos**.....47**
Tabela 3: Cortes do critério Brasi**l 47**
Tabela 4: Classificação do peso para indivíduos de 2 a 20 anos segundo *Centers for Disease Control and Prevention* – CDC **.....49**
Tabela 5: Classificação do peso para indivíduos de 20 anos ou mais segundo *Centers for Disease Control and Prevention* – CDC **.....49**
Tabela 6: Relações entre todas as práticas de alimentação exercidas pelos pais e o IMC da criança **.....65**
Tabela 7: Correlações entre as escalas de exigência e responsividade e a escala de verificação das práticas de alimentação infantil referentes à figura materna e paterna**.....69**
Tabela 8: Comparação entre estilos parentais com práticas de alimentação infantil.....**71**
Tabela 9: Correlações entre as escalas de exigência e responsividade e a escala de verificação das práticas de alimentação infantil referentes à figura paterna**.....72**
Tabela 10: Correlações entre as escalas de exigência e responsividade e a escala de verificação das práticas de alimentação infantil referentes à figura materna**.....76**

RESUMO

Mayer, A. P. F. (2010). As relações entre família, escola e o desenvolvimento do sobrepeso e obesidade infantil. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná.

O presente estudo tem por objetivo compreender o sobrepeso e a obesidade infantil e suas relações com a família, além de verificar se as escolas participantes apresentam alguma medida de controle para essa problemática, mediante um estudo exploratório . Os participantes foram 139 crianças do ensino fundamental de 5ª e 6ª série (idade média=11,45), seus responsáveis e os diretores das escolas na cidade de Palmeira –PR. Os participantes completaram as seguintes medidas: escala de verificação das práticas de alimentação infantil, escala de exigência e responsividade, critério de classificação econômico Brasil, peso e altura para o cálculo IMC infantil e dos seus pais, uma entrevista semiestruturada com os diretores da escola e uma entrevista com duas crianças obesas. Os resultados apontam para uma prevalência de 13% de sobrepeso e 5% de obesidade nas crianças, ocorrendo principalmente em famílias em que os pais são casados, que apresentam uma condição econômica mais alta e na qual as mães trabalham fora. Para a figura paterna o estilo autoritativo foi o que apresentou maior número de crianças com o peso normal e crianças com excesso de peso têm pais permissivos e negligentes. As mães que apresentaram os filhos com peso normal foram as mães negligentes, seguidas das autoritativas, e o excesso de peso está mais ligado a mães autoritárias e permissivas. Tanto o pai quanto a mãe autoritativos são os que apresentam melhores práticas de alimentação com seus filhos. As práticas mais saudáveis de alimentação infantil são utilizadas pelos responsáveis principalmente com as meninas, além de que, obteve-se somente relação significativa para a prática de restrição para controle de peso e a presença de obesidade. A maioria das crianças avaliou a sua alimentação como sendo adequada. Mostraram-se satisfeitas com o seu corpo ao mesmo tempo em que relataram desejar algumas mudanças nele, na alimentação, na família e no próprio comportamento. Também apresentaram uma percepção positiva sobre praticar esportes. Quanto à percepção que a criança tem dos seus pais, a maioria das respostas foi positiva, diferente da percepção dos pais sobre os filhos que apresentou um número maior de resposta com afirmações tanto positivas quanto negativas. A análise de Cluster dividiu as crianças em três grupos de acordo com as práticas alimentares utilizadas pelas mães. A análise funcional dos dois casos permitiu compreender um pouco mais sobre as possíveis causas da criança estar obesa. As escolas não apresentam nenhum programa dedicado especialmente a esta temática, porém mostram-se preocupadas em proporcionar às crianças uma alimentação equilibrada e uma atividade física que esteja presente no dia a dia das crianças. A presente pesquisa demonstrou que o excesso de peso está ligado a algumas condições da família e que as escolas mesmo não possuindo nenhum programa que envolva diretamente o fenômeno estudado, buscam uma alimentação equilibrada e a prática de atividade física para as crianças.

Palavras-chave: sobrepeso e obesidade infantil, práticas de alimentação infantil, estilos parentais e obesidade infantil, obesidade infantil e escola, criança e obesidade, obesidade infantil.

ABSTRACT

Mayer, A. P. F. (2010. The relationship between family, school and development of overweight and obesity in children. Master Degree's Dissertation, Universidade Federal do Paraná.

This study aims to understand overweight and obesity in children and the relations with their family, and to verify if the involved schools present any control measures for this problematic, though a exploratory study. The involved participants were 139 elementary school children from 5th to 6th grade. (mean age = 11,45), their caretakers and the principal of their school, in the city of Palmeira – PR. The participants filled out a questionnaire with the following instruments: childhood feeding practices verification scale, scale of demand and responsiveness, Brazil economic classification criteria, weight and height to calculate BMI for both child and parents. The children also attended to a semi-structured interview with the school's principal. Two obese children were also interviewed along with their parents. The results point to a prevalence of 13% of overweight and 5% of obesity in children, occurring mainly in families in which the parents are married, present better economic status and the mothers have a job. For the paternal figure, the authoritative style was the one who showed higher numbers between the children with normal weight. Children with overweight had permissive and neglecting parents. The mothers of children with normal weight were neglecting, followed by the authoritative ones, being the overweight bound to authoritative and permissive mothers. Authoritative fathers and mothers showed the best feeding practices with their children. The healthiest practices of children feeding practices are used by the caretakers mainly with the girls, besides that, there was only significant relation for restriction practice for weight controlling and the presence of obesity. Most of the children rated their feeding as adequate. They were satisfied with their bodies at the same time they wished to change something on it, on the feeding, on their families and on their own behavior. They also showed a positive perception about practicing sports. About the perception the children have from their parents, most of the answers were positive, differing from the parents perception regarding their children, which showed a greater number of answers with positive statements as negative statements. The Cluster's analysis grouped children in three groups according to the feeding practices used by the mothers. The functional analysis of the two cases allowed to understand a little bit more about the possible causes for the children being obese. The schools did not present any program dedicated to the theme, although they presented concernment into proportionate a balanced feeding and physical activity on the day life of the children. The present study shows that the overweight is bound to some family conditions and that the schools, even though they do not have programs dealing directly the studied phenomenon, seek balanced feeding and physical activity practices for the children.

Key-Words: obesity and overweight in children, childhood feeding practices, parental styles and obesity in children, childhood obesity and school, child and obesity, childhood obesity.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Justificativa

Os problemas relacionados ao peso do ser humano abrangem situações diversas: desde transtornos alimentares, tais como anorexia, bulimia, até doenças como a obesidade. O objetivo desse estudo consiste em analisar o IMC (Índice de Massa Corporal) relacionando-o às seguintes variáveis: estilos parentais, práticas de alimentação infantil e práticas adotadas pela escola pública no controle da obesidade.

Entre os transtornos nutricionais infantis a obesidade infantil é um dos mais frequentes problemas de saúde pública e está avançando de forma rápida e progressiva como uma epidemia, sem diferenciar etnia, sexo, idade ou nível social (Ades & Kerbauy, 2002; Repetto, Rizzolli & Bonatto, 2003). Nos últimos anos estudiosos da área da saúde, pais e professores têm se preocupado com os resultados negativos dos hábitos alimentares que podem levar ao desenvolvimento do sobrepeso e da obesidade em crianças (Musher-Eizenman & Holub, 2007).

A OMS (Organização Mundial da Saúde) afirma que o excesso de peso é classificado como sobrepeso ou obesidade. Estes são definidos como um acúmulo de gordura excessivo, ou seja, Halperne e Rodrigues (2008) afirmam que há maior quantidade de tecido adiposo em relação à massa magra do que o esperado para o sexo, a idade e altura, o que pode levar a consequências negativas para a saúde.

Para se ter uma ideia da prevalência da obesidade, dados epidemiológicos mostram que o sobrepeso e a obesidade têm dobrado ou triplicado em poucas décadas, nos Estados Unidos, na Europa e mesmo em países em desenvolvimento (Skidmore & Yarnell, 2004). No Brasil vive-se a inversão nutricional, ou seja: a obesidade está aumentando em todas as faixas etárias, enquanto que a desnutrição está diminuindo (Viuniski, 1999). Uma pesquisa divulgada em 2004 pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) apontou que 38,8 milhões de pessoas com 20 anos de idade ou mais, estão acima do peso, o que significa 40,6% da população total do país, e dentro deste grupo, 10,5 milhões são obesos. A pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003 do IBGE detectou um aumento considerável na proporção dos adolescentes brasileiros com idade de 10 a 19 anos com excesso de peso: em 1974-75, estavam acima do peso 3,9% dos garotos e 7,5% das garotas entre 10 e 19 anos; já em 2002-03, os percentuais encontrados foram 18,0% e 15,4%, respectivamente (IBGE, 2006).

As crianças com excesso de peso têm um elevado risco de se tornarem adolescentes e adultos também com excesso de peso e, portanto, possuindo um grande

risco de sofrer dos problemas de saúde associados. A literatura vem mostrando que o excesso de peso é um fator de risco à qualidade de vida afetando a saúde física, ocasionando ou agravando quadros de hipertensão, diabetes mellitus, doença coronariana, apneia do sono, derrame, aumento do colesterol e triglicerídeos, problemas ortopédicos (Coutinho, 1998). Em relação às complicações psicológicas, a criança afetada pela obesidade pode apresentar baixo desenvolvimento de habilidades sociais, baixa autoestima e baixo autoconceito, depressão, distúrbios da autoimagem e discriminação (Fonseca & Matos, 2005; Hara & Priszkulnik, 2004; Kiess e cols., 2006; Repetto, Rizzolli & Bonatto, 2003).

O ambiente familiar pode-se constituir em um fator de risco para a obesidade. Os estilos parentais que vêm sendo alvo de estudo de diversas ciências nos últimos anos, podem adquirir caráter de prevenção de inúmeros problemas de comportamentos ou promover o desenvolvimento destes. Estudar as práticas de alimentação infantil associadas aos estilos parentais possibilita entender como os pais alimentam seus filhos e as implicações dessa prática no desenvolvimento da obesidade infantil (Musher-Eizenman & Holub 2007).

Tomando a relevância de estudar a família, Skinner (2003, p. 438) afirma que a dinâmica familiar é essencial ao desenvolvimento: “a família funciona como uma agência educacional ao ensinar a criança a andar, a falar, a comer de uma dada maneira, a se vestir e assim por diante”.

Além da família, a escola também pode constituir-se como um ambiente promotor de saúde e influenciar nas condições de um IMC saudável, ajudando desse modo no controle da obesidade. Portanto, a escola “se configura como uma das primeiras situações instituídas além da família, a proporcionar experiências e desafios, constituindo-se assim em um espaço privilegiado para o desenvolvimento infantil” (Marturano & Loureiro, 2003, p.260).

Dessa forma a família e a escola podem contribuir ou não, para o aumento no consumo de alimentos ricos em gordura e com alto valor calórico, excessivo sedentarismo e aumento de hábitos que não geram gasto calórico como assistir à televisão, uso de vídeo games e computadores, podendo acarretar a obesidade (Damiani,1990).

Avaliar os estilos parentais, as práticas de alimentação infantil e verificar se as escolas promovem alguma ação no controle de um peso saudável, é fundamental para elaborar projetos de orientação a pais. Tais projetos, quando associados às próprias escolas, possibilitariam reduzir as chances de dificuldades e problemas graves de saúde

física e psicológica, tanto de exteriorização (agressividade, apatia, fracasso escolar), quanto de interiorização (ansiedade, depressão).

A relevância científica da pesquisa está no fato de que existe uma lacuna na literatura nacional sobre a relação entre estilos parentais, práticas de alimentação infantil, e práticas adotadas pela escola no controle de um IMC saudável. Os poucos estudos existentes focam na orientação de uma alimentação equilibrada e na prática de atividades físicas, porém, pouco tem contribuído para diminuir os índices de obesidade infantil.

Por fim, as contribuições da presente pesquisa podem beneficiar toda a sociedade, pois um público cada vez maior estaria informado sobre a influência da família e da escola para a prevenção do sobrepeso e obesidade infantil, que vêm crescendo de forma sistemática nas últimas décadas e que vêm causando diversas consequências à saúde das crianças.

1.2. Problema

Este trabalho segue duas questões norteadoras que objetivam avaliar a relação entre IMC (Índice de Massa Corporal) que indique sobrepeso e obesidade e suas relações com a família e com a escola.

1 Qual a relação entre IMC que indique sobrepeso e obesidade com os estilos parentais e com as práticas de alimentação infantil percebidas pelas crianças?

2 As escolas públicas participantes utilizam-se de práticas para o controle do sobrepeso e obesidade infantil?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo Geral

O objetivo geral dessa pesquisa é analisar as relações entre IMC (Índice de Massa Corporal) que indique sobrepeso e obesidade, com as práticas de alimentação infantil, com os estilos parentais, e verificar se as escolas públicas participantes apresentam alguma medida para o controle do sobrepeso e obesidade em crianças.

1.3.2. Objetivos Específicos

1.3.2.1 Verificar a prevalência do sobrepeso e da obesidade na amostra estudada;

1.3.2.2 Verificar se o IMC dos pais está relacionado com o IMC dos filhos;

1.3.2.3 Investigar o estado civil dos pais e a presença de sobrepeso e obesidade nas crianças;

1.3.2.4 Analisar a relação entre o IMC acima do normal e a classe econômica dos pesquisados;

1.3.2.5 Analisar a relação entre o IMC que indique sobrepeso e obesidade e o fato de os pais trabalharem fora de casa;

1.3.2.6 Verificar se existem diferenças significativas no uso das práticas de alimentação infantil em função do sexo da criança;

1.3.2.7 Investigar a relação entre IMC que indique sobrepeso e obesidade e os estilos parentais percebidos pelas crianças;

1.3.2.8 Relacionar as práticas de alimentação infantil percebidas pelas crianças com o resultado do IMC que indique sobrepeso e obesidade;

1.3.2.9 Verificar se existe diferença na percepção das práticas de alimentação infantil mencionada pelos responsáveis e pelas crianças;

1.3.2.10 Verificar as relações entre estilos parentais e práticas de alimentação infantil;

1.3.2.11 Examinar as práticas de controle do sobrepeso e obesidade adotados pelas escolas públicas;

1.3.2.12 Investigar as possíveis causas da obesidade nos casos selecionados para uma análise qualitativa;

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Obesidade: prevalência, conceitos e classificações

A obesidade na infância tem sido considerada fonte de preocupação mundial, pois nós últimos anos as taxas de sobrepeso e obesidade infantil têm aumentado cada vez mais e têm sido apontadas como uma epidemia (Mello, Luft & Meyer, 2004; Philipsen & Philipsen, 2008) ou até mesmo como uma pandemia (Troncon, Gomes, Guerra-Júnior & Lalli, 2007).

Em relação à faixa etária, observa-se um aumento gradativo da obesidade e do sobrepeso desde a infância até a idade adulta (Halpern & Rodrigues, 2008), chegando, até mesmo, a triplicar nos jovens nos últimos 20 anos (Heinberg & Thompson 2009). Esse aumento, que vem ocorrendo nas últimas décadas, acontece em diversos países. Em relação aos americanos, hoje é estimado que mais de 20% das crianças e adolescentes são obesos (Heinberg & Thompson, 2009). Segundo a CDC – *Centers for Disease Control and Prevention* – (2008d) desde 1980, a porcentagem de crianças obesas nos Estados Unidos, na idade de 6 a 11 anos, dobrou, e a porcentagem de adolescentes obesos na idade de 12 a 19 anos triplicou. Para a população brasileira, a prevalência de sobrepeso/obesidade apresenta crescimento entre as décadas de 70 e 90 (Mendonça & Anjos, 2004), e sua frequência varia entre 5 a 18%, dependendo da região estudada (Rinaldi, Pereira, Macedo, Mota & Burini, 2008).

Em certo sentido, a história da humanidade foi pautada pela luta contra a fome, mas desde a antiguidade existem relatos e figuras sobre pessoas obesas. Em algumas sociedades, em alguns períodos, a obesidade chegou a ser considerada sinal de saúde e de beleza (Barros Filho, 2004). Longe de ter esse significado, atualmente a obesidade é um dos mais graves problemas de saúde pública no mundo e passou a ser considerada uma doença, deixando de ser um mero problema “estético” e de “desleixo”, tratado com despeito por pacientes e profissionais da saúde, para tornar-se uma alarmante e assustadora realidade (Repetto & cols., 2003).

É necessário investigar melhor o conceito dos termos *sobrepeso e obesidade* para compreender essa assustadora realidade. Os dois termos - *sobrepeso e obesidade* - são utilizados para definir a variação maior de peso do que é geralmente considerado saudável para dada altura, são fatores que podem aumentar a probabilidade de certas doenças (CDC, 2009a).

Para Oliveira, Cerqueira, Souza & Oliveira (2003a) o *sobrepeso* pode ser definido como uma proporção relativa de peso maior que a desejável para a altura, e indica que o indivíduo está com risco de ser obeso (CDC, 2009a.) A *obesidade* para Oliveira e cols. (2003a) e Troncon e cols. (2007) é definida como o excesso de gordura corporal em relação à massa magra. Ela pode ser considerada como um acúmulo de tecido gorduroso, regionalizado ou em todo o corpo, causado por doenças genéticas ou endócrino-metabólicas ou por alterações nutricionais (Fisberg, 1995). Todo esse ganho de peso na criança é acompanhado por aumento de estatura e aceleração da idade óssea. No entanto, depois, o ganho de peso continua, e a estatura e a idade óssea se mantêm constantes (Mello & cols., 2004).

A obesidade também pode ser classificada em obesidade de origem exógena, a mais frequente, e a que é objeto de estudo dessa pesquisa, se origina do desequilíbrio entre ingestão e gasto calórico, e a de origem endógena, a qual ocorre devido a alguma doença que faz gerar o excesso de peso (Mello & cols., 2004).

A análise da distribuição da gordura é outro tipo de classificação que é importante, pois, dependendo do local em que está localizada em maior quantidade, as chances de adquirir certas doenças e a probabilidade de mortalidade são maiores. Os tipos de obesidade, sob uma perspectiva anatômica, são: tipo I: caracterizado pelo excesso de massa corporal ou porcentagem de gordura distribuída por todo o corpo; tipo II: constitui a forma androide, caracterizada pelo acúmulo de gordura no tronco, em particular no abdome; tipo III: acúmulo excessivo de gordura no compartimento visceral; tipo IV: o acúmulo de gordura concentra-se na parte inferior do corpo. Em geral as crianças obesas apresentam gordura distribuída em todo o corpo, o que caracteriza a obesidade tipo I, e outra forma, menos prevalente, porém já é observada em algumas crianças, é a obesidade tipo II (Barbosa, 2009).

Quanto aos critérios diagnósticos mais utilizados para avaliar o sobrepeso e obesidade infantil, os mesmos são recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e pelo *International Obesity Task Force* (IOTF), pois não existe um sistema de classificação universalmente aceito (Bueno & Fisberg, 2006).

Dentro dos critérios diagnósticos é necessário calcular o IMC, que é uma ferramenta que serve para estabelecer limites entre subnutrição, peso saudável e os diversos graus de obesidade (Viuniski, 2005). O IMC para avaliar sobrepeso e obesidade infantil tem procedimentos e critérios diferentes a serem utilizados quando comparado aos do adulto (CDC, 2009b). A CDC (2009b) enfatiza que esses critérios são estabelecidos

diferentemente do cálculo do IMC adulto, devido ao fato de a criança e o adolescente apresentarem uma quantidade de massa corporal que muda de acordo com a idade e que difere entre meninas e meninos.

O primeiro passo para calcular o IMC para crianças e adolescentes é dividir o peso (em kg) pelo quadrado da altura (em m). Em seguida converter o valor obtido para percentil, em uma tabela para o sexo feminino e outra, para o masculino, e assim, verifica-se se a criança está com o peso normal, abaixo ou acima do peso (CDC, 2009b). Para a CDC (2009,b) o IMC é um confiável indicador de gordura corporal para a maioria das crianças e adolescentes, porém não é uma ferramenta diagnóstica. É necessário, também, incluir outras avaliações como medidas das dobras cutâneas, avaliações de dietas, atividade física, histórico familiar e outras classificações apropriadas da área da saúde para determinar se o excesso de gordura é um problema (CDC, 2009b).

2.2. Obesidade: etiologia

Em função de todo esse aumento da prevalência da obesidade, faz-se necessário entender quais são suas causas, que, para os autores Dehghan e cols., 2005; Oliveira e cols., 2003a, são determinadas por múltiplas etiologias. Dessa forma, a obesidade sofre influência de fatores biológicos, metabólicos, fisiológicos, comportamentais, psicológicos e socioeconômicos (Birch & Fischer, 2000; Butte, 2009; Oliveira & cols., 2003a; Oliveira & cols., 2007; Stein & Conditz, 2004). Outros fatores que podem ter mais ou menos contribuição esta o estilo de vida sedentário, hábitos alimentares inadequados, limitada saúde educacional, fatores genéticos ou por problemas na família (Zenzen & Kridli, 2009).

Um estudo realizado por Oliveira, Cerqueira e Oliveira (2003b) com crianças do ensino público e privado da zona urbana de Feira de Sant'Ana, na Bahia, determinou a influência de fatores biológicos e ambientais na gênese do sobrepeso e obesidade, confirmando o caráter multifatorial da obesidade.

A ciência mostra que os fatores genéticos podem ter função de predisposição individual para a obesidade (Mulder & cols., 2009), o que pode aumentar a suscetibilidade, porém, para isso, exige, a influência de fatores externos, como alimentos em excesso e/ou pouca atividade física (CDC, 2009c). Para algumas síndromes ou doenças específicas, a genética pode diretamente causar a obesidade (CDC, 2009c).

Uma explicação genética para o rápido aumento da obesidade no mundo é a incompatibilidade entre o ambiente atual e os vários genes responsáveis em armazenar gordura no corpo do ser humano (CDC, 2009c). Esses genes são originários de uma época de muito trabalho e frequente falta de alimentos, quando era necessário assegurar

uma ingestão energética adequada para manter as necessidades mínimas de sobrevivência, o que foi indispensável para a evolução da espécie humana (Repetto & cols., 2003). Esse mesmo gene que ajudou os ancestrais a sobreviverem em períodos de fome é, atualmente, um desafio, pois a comida é abundante o tempo todo (CDC, 2009c) e o padrão de vida tem sido cada vez mais sedentário (Repetto & cols., 2003). Diante desse ambiente tem-se o aumento do consumo de alimento calórico e um grande declínio da atividade física, que levam ao excesso de peso (Dehghan & cols., 2005; Stein & Conditz, 2004).

O rápido aumento da prevalência da obesidade em uma população geneticamente estável indica a importância dos fatores ambientais (Mulder & cols., 2009). E se esses fatores ambientais estão dirigindo a atual epidemia, modificar esses fatores pode reduzi-la (Faith & cols., 2004a). Para modificá-los é necessário verificar os diversos contextos em que a criança está inserida (Birch & Davison, 2001; Daniels & cols., 2009), como a escola e a família.

Tendo em vista a importância dos fatores ambientais para o desenvolvimento do sobrepeso e obesidade, será explanado a seguir como esses fatores, entre eles a alimentação e o sedentarismo, contribuem para a determinação do excesso de peso.

2.2.1. Alimentação

As mudanças na alimentação, tanto das crianças quanto dos adultos, têm contribuído na epidemia da obesidade (Birch, 2006), que tem sido relacionada tanto com o volume de ingestão alimentar quanto com a composição e a qualidade da dieta (Triches & Giugliani, 2005). Vários são os fatores que influenciam no comportamento alimentar (Ades & Kerbauy, 2002). Eles podem ser divididos em fatores externos (unidade familiar e suas características, atitudes de pais e amigos, valores sociais e culturais, mídia, alimentos rápidos, conhecimento de nutrição e manias alimentares) e fatores internos (necessidades e características psicológicas, imagem corporal, valores e experiências pessoais, autoestima, preferências alimentares, saúde e desenvolvimento psicológico) (Mello & cols., 2004). Musher-Eizenman Lauzon-Guillain, Holub, Leporc & Charles (2009) destacam também a influência das práticas culturais ou crenças, pois são mecanismos-chave nas atitudes e comportamentos em relação à alimentação das crianças.

Além de todos esses fatores, é importante considerar que o Brasil é também alvo de uma transição nutricional, que iniciou na segunda metade da década de 70 e ocorreu principalmente na década de 80 (Batista, Souza, Miglioni & Santos, 2008). Essa transição nutricional estabeleceu um crescimento colinear de dois problemas de natureza oposta,

com o sobrepeso/obesidade em crianças e adultos e a ocorrência da desnutrição, ocasionada em função de anemias por carências (Batista & cols., 2008; Batista & Rissin, 2003). Com a transição nutricional, a alimentação passou a ser rica em gorduras, sobretudo as de origem animal, açúcar de alta energia e reduzida ingestão de carboidratos complexos e fibras, passando a favorecer o estoque energético (Birch, 2006; Oliveira & cols., 2003a).

Um exemplo desse tipo de alimento é o refrigerante, que é frequentemente consumido por crianças obesas; o alto consumo desse produto deve-se ao *marketing*, ao baixo preço e à facilidade de compra (Wu, Yu, Wei & Yin, 2003). Por meio desse exemplo, verifica-se que, de modo geral, a comida tornou-se economicamente mais acessível a um grande número de pessoas e adquiriu a função de prazer e não mais de nutrição (Birch, 2006; Dehghan & cols., 2005).

A função de prazer na alimentação começa a ser instalada na mente do ser humano desde o nascimento do bebê, pois quando ele chora, a mãe dá o peito a ele. Está relação está associada ao prazer, visto que, junto com o alimento, a mãe transmite carinho e aconchego. Essa relação normal e primitiva pode se generalizar para outras situações no futuro tornando-se inadequada; como exemplo, muitos pais dão guloseimas para seus filhos pararem de chorar, de fazer bagunça ou para ficarem quietos (Heller, 2004; Silva, 2001).

É preocupante quando as crianças passam a se interessar mais pela aparência e sabor dos alimentos do que pela própria fome, pois tal situação poderá levá-las ao excesso de peso. O ser humano é o único na natureza a utilizar o ato de se alimentar para outros fins que não o de obter nutrientes necessários para o seu desenvolvimento (Viuniuski, 2005).

Cada vez mais esses hábitos alimentares inadequados são responsáveis pela maioria dos casos de obesidade infantil, fato que foi apontado em mais duas pesquisas. A primeira, foi realizada com 10 crianças diagnosticadas como obesas, com idade variando de 07 a 12 anos, que apresentaram hábitos alimentares inadequados, um padrão alimentar de comer demais, comer com a televisão ligada e comer alimentos não saudáveis (Souza & cols., 2003). A segunda pesquisa, realizada com crianças de 0 a 4 anos, revelou alguns comportamentos de risco para o desenvolvimento de sobrepeso e obesidade. Entre eles estão: os pais promoviam um estilo de vida não saudável para essas crianças; por exemplo, algumas famílias não tomavam café da manhã, substituíam o leite por alimentos com grande quantidade de açúcar como refrigerante. Algumas crianças tinham televisão no quarto e eram livres para escolher a quantidade de tempo

para ficarem assistindo a ela e alguns pais não tinham tempo de sair com seus filhos (Boere-Boonekamp & cols., 2008).

Mesmo que o ser humano esteja inserido em um meio com pobres hábitos alimentares, a OMS recomenda que, para se ter uma alimentação saudável e equilibrada, as pessoas deveriam seguir a pirâmide alimentar conforme está apresentada na Figura 01, pois ela é um guia sobre a quantidade adequada que deve ser ingerida de cada grupo de alimentos. Recomenda-se que os alimentos da base sejam ingeridos em uma quantidade maior que os alimentos do topo da pirâmide alimentar e beber cerca de 6-8 copos de água por dia.

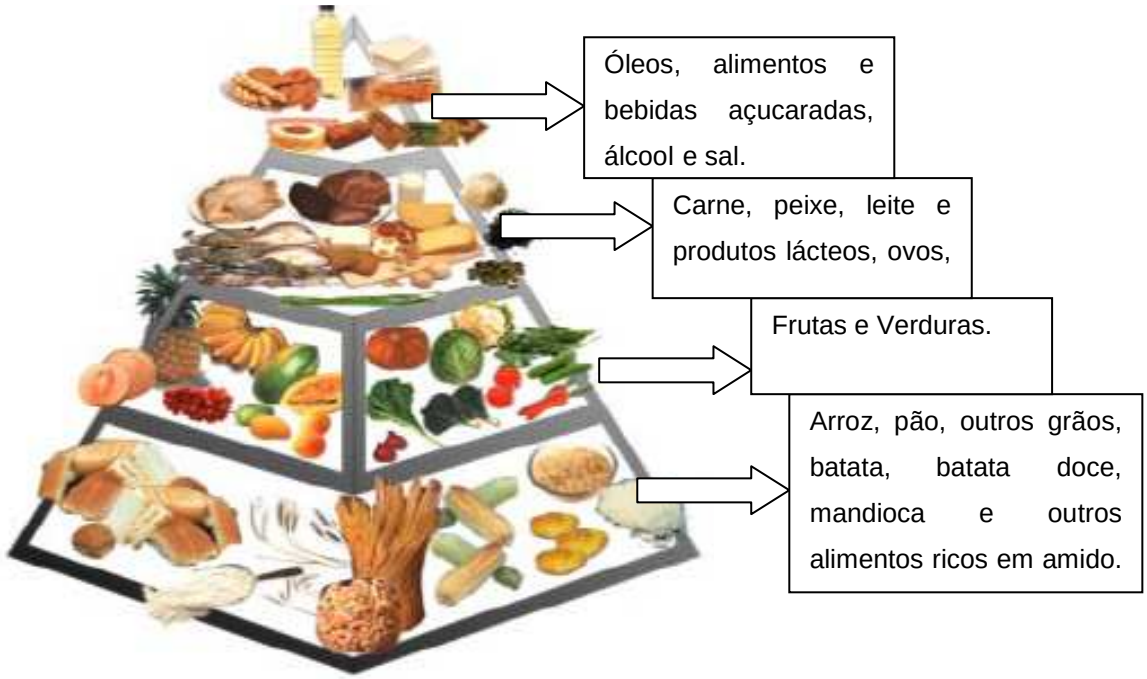


Figura 1 - Pirâmide alimentar

Os três conceitos principais que se referem a uma alimentação saudável, balanceada e equilibrada na infância e adolescência são: - variedade de alimentos: deve-se ingerir uma grande variedade de alimentos, garantindo desse modo a ingestão de todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento; moderação no consumo: deve-se moderar a ingestão de alguns alimentos, principalmente os ricos em açúcar e gorduras, pois representam um dos fatores de desenvolvimento da obesidade; proporcionalidade: para o bom funcionamento do organismo é necessário ingerir os alimentos em proporções adequadas, visando o consumo dos diversos nutrientes, visto que eles possuem funções diferentes no organismo (Sambatti & Rogero, 2009).

A APA (*American Psychological Association*, 2010) também recomenda que se dê preferência a alimentos saudáveis e integrais, ou seja: frutas, legumes, grãos integrais, proteínas magras e laticínios com pouco gordura. Por outro lado, ela recomenda igualmente, limitar o consumo de *fast-foods*, doces, refrigerantes, batatas fritas, pão branco e frutas enlatadas. Outra estratégia é priorizar ao fazer as refeições familiares, os alimentos com pouca gordura, grelhando ou assando-os ao invés de fritá-los.

2.2.2. Atividade Física x Sedentarismo

Além dos hábitos alimentares inadequados aumentarem as taxas de sobrepeso e obesidade, o sedentarismo é apontado como outro fator que potencializa esse aumento de peso entre os jovens (Dowda, Ainsworty, Addy, Saunders & Riner, 2001; Guerrero, 2007; Souza & cols., 2003) e que atinge indistintamente crianças de todos os níveis socioeconômicos (Jenovesi, Branco, Colugnati & Taddei, 2003). De acordo com a APA (2010), o ideal é que as crianças pratiquem 60 minutos de atividades físicas diárias; porém somente 30% dos jovens entre 6 a 17 anos fazem mais de 20 minutos de atividade física por dia.

O sedentarismo passou a designar o estilo de vida moderno, em que o ser humano, devido ao grande avanço da tecnologia, precisa de pouco ou quase nada de esforço físico para conseguir os meios necessários para a manutenção de sua vida (Alves, 2007). Aliado a isso, o crescente processo de urbanização, o excesso de veículos motorizados nas vias públicas e com o crescimento da violência, criou-se um ambiente com reduzida prática de atividade física (Alves, 2003). Em razão disso as crianças passam a viver em um ambiente com um número excessivo de jogos eletrônicos, computadores, televisão e serviços de pronta entrega de comida no domicílio (Rinaldi & cols., 2008). Um exemplo de como essas atividades levam ao excesso de peso foi verificado em uma pesquisa que mostrou que assistir à televisão em excesso leva a um maior consumo de alimentos, de doces, de refrigerantes e uma diminuição do consumo de verduras (Campbell, Crawford & Ball, 2006). O tempo ideal que a criança deveria assistir à televisão durante o dia não deve ultrapassar 1 a 2 horas diárias (APA, 2010)

Dessa forma, para que a criança mantenha um IMC saudável, as pesquisas apontam para a importância de praticar atividade física para diminuir a epidemia da obesidade. Uma delas, realizada com 1204 crianças e adolescentes, de 6 a 17 anos, mostrou que os praticantes de atividade física apresentavam baixo e normal IMC, e os participantes que apresentavam um estilo de vida sedentário estavam associados com o aumento do IMC (Bukara-Radujkovic & Zdravkovic, 2009). Em outra pesquisa com 68

crianças, de 6 a 11 anos, com sobrepeso e obesidade, destacou-se também a inatividade física das crianças como um dos fatores associados à obesidade (Giugliano & Carneiro, 2004). Em mais uma pesquisa realizada por Dowda e cols., (2001) com uma amostra de 2791 participantes, de 8 a 16 anos, também mostrou-se que jovens que não participavam de programas de exercícios tinham maior probabilidade de terem sobrepeso.

Para que o sedentarismo, como apontado nessas pesquisas, não contribua para o desenvolvimento da obesidade, é necessário que a prática de atividade física seja realizada com prazer pelas crianças e que não seja punitiva e nem necessariamente competitiva (Alves, 2003), pois pais que exigem de forma autoritária que a criança faça exercícios, podem causar uma reação negativa frente às atividades por parte da criança (Rhee, Lumeng, Appugliese, Kaciroti, Bradley, 2006). Assim, o incentivo da atividade física deve estar de acordo com os interesses das crianças, pois promover atividades que são agradáveis a elas, pode levar ao desenvolvimento de uma vontade natural para prática de atividade física (Rhee & cols., 2006).

As atividades recreativas, junto à natureza e envolvendo toda a família, são as que costumam ter mais valor para as crianças. Começar as atividades gradativamente e ir incorporando-as no dia a dia das crianças é um meio de conseguir aumentar a atividade física. Exemplos práticos desse tipo de atividade são: passear com o cachorro, cuidar do jardim, cortar grama, varrer a casa, pedalar, dançar, limpar, nadar, lavar o carro, caminhar, evitar elevadores e subir escadas (Viuniski, 2005). Os benefícios de praticar atividade física na infância promovem crianças mais saudáveis e, quando adultas, elas mantêm-se fisicamente ativas e continuarão usufruindo de mais saúde (Alves, 2003). Evitar uma vida sedentária e efetuar exercícios auxilia na perda de peso e, a longo prazo, tem a vantagem de contribuir para a manutenção do peso e proporcionar outros benefícios à saúde (Ades & Kerbauy, 2002).

2.3. Obesidade: consequências

Acompanhando esse aumento da prevalência de sobrepeso e de obesidade, ocorre um grande número de comorbidades associado ao excesso de peso. Autores como Davison e Birch (2001), Dehghan, Danesh e Merchant (2005), Luther (2007), Mello e cols. (2004) e Philipsen e Philipsen (2008) apontam para a geração de consequências negativas para a saúde física e psicológica das crianças. Stein e Conditz (2004) completam o tema afirmando que essas consequências geram enormes custos econômicos para o mundo todo.

Em relação às consequências físicas, a obesidade está ligada a uma variedade de doenças fisiológicas crônicas, com quase 300.000 mortes a cada ano nos Estados Unidos (Stein & Conditz, 2004). É considerada um fator de risco para patologias graves (Ades & Kerbauy, 2002), como doenças digestivas, cardiovasculares, hipertensão arterial, infertilidade, hiperlipidemia e intolerância à glicose (Dehghan & cols., 2005), diabetes, câncer, doenças cerebrovasculares, cálculo biliar, osteoartrite (Stein & Conditz 2004), dificuldades respiratórias, complicações ortopédicas e dermatológicas (Souza, Heller, Anjos & Aguierre, 2003), apneia do sono, aumento do colesterol e triglicerídeos (Coutinho, 1998).

No que se refere às complicações psicológicas, verifica-se maior desenvolvimento de problemas internalizantes do que externalizantes em crianças com IMC maior (Bradley & cols., 2008). Os problemas de comportamento internalizantes são comportamentos encobertos evidenciados por retraimento, ansiedade, problemas psicossomáticos presentes na depressão e ansiedade infantil patológica. Os problemas de comportamento externalizantes são caracterizados por serem comportamentos observáveis como exemplo: impulsivos, agressivos, desafiadores frequentes em transtornos de agressividade, desafiadores- opositores, antissociais, abuso de substâncias (Achenback & Edelbrock, 1979)

Entre os problemas internalizantes apresentados por crianças com excesso de peso estão o sofrimento, baixa autoestima, insegurança, dificuldades na interação social, rejeição social, queda na qualidade de vida, baixo desenvolvimento de habilidades sociais, baixo autoconceito, distúrbios da autoimagem e discriminação social, depressão e outros transtornos psicológicos (Fonseca & Matos, 2005; Hara & Priszkulnik, 2004; Kiess & cols., 2006; Repetto & cols., 2003; Salim & Bicalho, 2004).

No nível psicológico, as crianças e os adolescentes com obesidade sofrem discriminação em muitas áreas da vida, e isso pode gerar comprometimentos em seu bem-estar psicológico, quando comparado com crianças e adolescentes de peso normal (Wardle & Cooke, 2005). A manifestação desse preconceito ocorre pelo uso de provocações verbais (apelidos, comentários insultantes, piadinhas) e agressões físicas (bater, chutar, empurrar), e, assim, essas crianças são ignoradas ou evitadas; são alvos de fofoca, passam a ser vitimas de *bullying* e da exclusão social (Luiz, Goraybe, Liberatone & Domingos, 2005; Puhl & Latner, 2007).

Outras pesquisas também demonstraram os efeitos das consequências emocionais devido ao excesso peso. Exemplo disso é uma pesquisa que fez uma revisão de literatura, entre os anos de 1995 a 2005, e encontrou que todas as crianças e

adolescentes com sobrepeso ou obesidade apresentaram algum nível de impacto no autoconceito ou na autoestima, e os grupos mais afetados foram as crianças menores, meninas e todos os que tinham pouco controle sobre a alimentação (Cornette, 2008). Em outra pesquisa realizada por Luiz e cols. (2005), verificou-se que alguns transtornos psicológicos tais como depressão, ansiedade e dificuldade de ajustamento social tinham indicativos de correlações com a obesidade em crianças.

Uma pesquisa feita por Luiz, Gorayeb e Libertatore (2010) com crianças de 7 a 13 anos teve o objetivo avaliar a presença de sintomas depressivos, competência social e distúrbios comportamentais em crianças com obesidade, comparativamente a crianças não obesas. Como resultado, verificou-se um grande número de crianças obesas com sintomas de depressão e com distúrbios externalizantes, quando comparadas com as crianças não obesas; e em relação à competência social houve uma considerável associação entre déficits de competência social de forma global e obesidade infantil.

Resultados relativamente diferentes apareceram em uma pesquisa com 100 participantes, dos 8 aos 12 anos, que comparou o autoconceito numa amostra clínica de crianças obesas com uma amostra não clínica de crianças não obesas. Nesta pesquisa verificou-se que as crianças obesas sentiam-se menos competentes em atividades físicas, e percebia-se o seu aspecto físico de forma mais negativa do que o das crianças não obesas. Outro resultado foi o de que as crianças obesas percebem-se de forma mais positiva em relação à forma como agem, do que as crianças não obesas. Nessa mesma pesquisa em relação à competência escolar, aceitação social e autoestima não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de crianças avaliadas (Simões & Meneses, 2007). Wardle e Cooke (2005) também apontam para o fato de que algumas pesquisas sugerem níveis moderados de insatisfação corporal nas crianças, porém, poucas são as que estão deprimidas ou têm baixa autoestima.

Uma criança obesa que sofre as consequências físicas e emocionais acarretadas pela obesidade pode tornar-se um adulto obeso (Philipsen & Philipsen, 2008) e, com isso, o problema continua, pois, ao longo da vida, o excesso de peso também poderá trazer outras dificuldades, como: menor índice de emprego, timidez e problemas de relacionamento afetivo, trazendo novamente prejuízos à sua saúde física e emocional, como um círculo vicioso (Luiz & cols., 2005).

2.4. Obesidade: prevenção

Em função de todas essas consequências, muitos pais têm revelado preocupação com a obesidade e se questionam se será uma condição temporária ou permanente, se

afetará a habilidade prática das crianças para o desenvolvimento de diversas atividades e quais serão os resultados futuros para a saúde dos seus filhos (Luther, 2007). Um exemplo de como os pais estão se preocupando com a obesidade dos filhos é uma pesquisa realizada com mães e filhos que foram submetidos a um programa de perda de peso. Neste estudo as mães de crianças com sobrepeso eram mais preocupadas com o peso dos filhos do que mães de criança de peso normal, o que mostra que mães estão atentas quanto às consequências do excesso de peso (Mulder, Kain, Uauy & Seidell, 2009).

Por outro lado, é muito frequente os pais falharem no reconhecimento do sobrepeso de seus filhos (Watkins, Clark, Foster, Welch & Kasa-Vubu, 2007) e não terem consciência das consequências da obesidade para a saúde deles (Oliveira, Almeida, Oliveira, & Adan, 2007). Existem também situações em que os pais reconhecem o excesso de peso dos filhos, mostram-se preocupados, mas mantêm comportamentos ineficazes para modificar os hábitos alimentares das crianças, por falta de informação ou dificuldade em manejar seu próprio comportamento alimentar (Souza & cols., 2003).

Diante disso, é preocupante o fato de que, uma vez suspeitado o problema, não sejam tomadas medidas para a confirmação diagnóstica e tratamento adequado. É importante ressaltar que, em uma pesquisa realizada por Oliveira & cols. (2007), uma grande parte dos pais não percebe o excesso de peso do filho e nem o estilo de vida sedentário como causa para a obesidade. Este não encaminhamento pode estar condicionado à falta de conhecimento da gravidade da patologia, por parte dos responsáveis; presença de fatores culturais dirigidos pelo paradigma antigo de que saúde e felicidade infantil guardam relação proporcional com o peso; descuidos no relacionamento familiar, determinados pela inclusão de ambos os responsáveis no mercado de trabalho, o que reduz o tempo disponível para a adequada assistência; medo e negação da doença; falta de estímulo por parte dos pediatras à manutenção do peso da criança o mais próximo do considerado ideal, e a falta de estrutura dos serviços de saúde para o atendimento dessa doença (Oliveira & cols., 2003a).

Mesmo diante das dificuldades do reconhecimento da obesidade como doença, atualmente, como colocam Simões e Meneses (2007), é cada vez mais reconhecida a necessidade de se implementar estratégias preventivas o mais cedo possível, pois prevenir a obesidade infantil e seu agravamento é uma forma de promover a saúde física e psicológica da criança. Além disso, promover a prevenção da obesidade na infância é mais eficaz, pois esse tipo de prevenção apresenta maior efetividade em crianças do que em adultos (Dehghan & cols., 2005). Dentro dos programas de prevenção existem

diferentes níveis: a prevenção primária é primordial e impede que as crianças se tornem de “risco” para o sobrepeso, e a prevenção secundária evita a gravidade crescente da obesidade e reduz a comorbidade entre crianças com sobrepeso e obesidade (Mello & cols., 2004). Incluir também os pais nesses programas é necessário, já que a obesidade é muito mais um processo familiar do que um processo individual da criança (Luther, 2007; Oliveira & cols., 2007).

Para que haja a adoção dessas estratégias de prevenção, portanto, há necessidade de maior compreensão de aspectos relacionados a esta patologia e suas complicações por parte dos responsáveis diretos pela população infantil, do núcleo escolar e dos profissionais de saúde (Oliveira & cols., 2003a). Esses profissionais devem estar capacitados para ajudarem os pais no reconhecimento do sobrepeso e obesidade dos seus filhos, para que os pais atuem com mais chances de preparar medidas corretivas para controlar o peso da criança e suas comorbidades (Watkins & cols., 2007). Além da família, a escola também se caracteriza como um local importante para o que o trabalho de prevenção possa ser realizado, pois as crianças geralmente fazem pelo menos uma refeição nas escolas, possibilitando um trabalho de educação nutricional, além de também proporcionar aumento da atividade física (Mello & cols., 2004).

Outras medidas de prevenção também são apontadas por Mello e cols. (2004): incentivar gestores de organizações locais, estaduais, nacionais e de escolas a darem condições de um estilo de vida saudável para todas as crianças, incluindo alimentação apropriada e oportunidade adequada para uma atividade física regular; encorajar organizações responsáveis pelo cuidado e financiamento em saúde, a promoverem estratégias efetivas de prevenção e tratamento para prevenir o sobrepeso e a obesidade, e maximizar os limitados recursos familiares e comunitários, para que alcancem resultados saudáveis à juventude; promover apoio e defesa por meio do *marketing* social, com a intenção de promover escolhas alimentares saudáveis e maior atividade física.

Programas de saúde pública, como uma forma de fazer prevenção, também são sugeridos por Davison e Birch (2001), com o objetivo de focar alternativas concretas para tratar a obesidade. Exemplos dessas alternativas são: a família ser instruída a possuir atividades externas de lazer, a minimizar avaliações negativas em relação ao peso da criança e não promover apenas o acesso restrito aos alimentos, mas também utilizar outras medidas como: proporcionar uma ampla variedade de comidas saudáveis, evitar que as crianças façam suas próprias escolhas em relação aos alimentos, podendo-se correr o risco de elas selecionarem somente alimentos com alto teor calórico, e também

modelar os pais a providenciarem um nível adequado de realização de atividade física (Luther, 2007).

Por fim, a prevenção deve ser abrangente e envolver comunidades, escolas e famílias no apoio a uma alimentação equilibrada, no aumento de atividade física e em proporcionar um estilo de vida saudável para todas as crianças (Zenzen & Kridli, 2009)

2.5. A influência da família na alimentação da criança

Uma das linhas de pesquisa desenvolvidas atualmente aborda a necessidade de entender qual é o papel dos pais na alimentação dos seus filhos, pois as práticas que os pais adotam têm influência direta na determinação do peso dessas crianças. Ainda não é claro qual padrão familiar está associado com a obesidade, pois diversas pesquisas são baseadas em amostras pequenas e apontam somente uma ou outra característica da família sem, muitas vezes, chegar a um resultado mais consistente que determine um padrão de comportamentos da família que leva à obesidade (Gibson & cols., 2007).

Com a tentativa de entender quais os padrões de comportamentos dos pais que levam ao desenvolvimento da obesidade, a abordagem psicológica da Análise do Comportamento aponta para a influência das relações familiares, enquanto ambiente determinante dos comportamentos disfuncionais[1] da obesidade da criança (Barbosa, Ribeiro & Neves, 2009).

Dessa forma, os pais constituem-se em um fator de risco no desenvolvimento da obesidade na infância (Ventura & Birch, 2008) ao fornecer um dado contexto ambiental, além dos genes para seus filhos (Birch & Fisher, 1998). Muitas pesquisas internacionais deixam claro que os pais têm papel ativo no desenvolvimento das preferências alimentares, nos hábitos alimentares, no peso das crianças (Birch & Davison, 2001; Moens, Braet & Soetens, 2007; Musher-Eizenman & Holub, 2007; Patrick, Nicklas, Hughes & Morales, 2005; Philipsen & Philipsen, 2008; Wu & cols., 2003).

O tipo de relação que os pais estabelecem com os filhos, desde os primeiros momentos de suas vidas, tem sido apontado como um dos principais responsáveis pelo processo de desenvolvimento global de suas crianças (Conte, 2001). Isso pode ser observado na obesidade quando a luta por um peso saudável começa bem antes de o bebê nascer, pois já uma boa nutrição durante a gravidez pode influenciar no desenvolvimento do sobrepeso e obesidade na infância (Philipsen & Philipsen, 2008).

---

[1] Um comportamento disfuncional para essa abordagem é qualquer comportamento que gera conseqüências prejudiciais ao indivíduo (Barbosa, Ribeiro & Neves, 2009).

Depois do nascimento, vários fatores ambientais continuam a influenciar o peso na infância (Philipsen & Philipsen, 2008). A amamentação no peito, a introdução de alimentação saudável em um ambiente positivo e a atividade física são estratégias importantes que devem ser utilizadas pelos pais para prevenir a obesidade infantil (Philipsen & Philipsen, 2008). Assim verifica-se que população infantil é, do ponto de vista psicológico, socioeconômico e cultural, dependente do ambiente onde vive, que, na maioria das vezes, é constituído pela família, sendo que suas atitudes são frequentemente reflexo deste ambiente (Oliveira & cols., 2003b).

Essa dependência infantil acentua o fato de que as crianças dependem dos seus pais para se alimentarem, e estes devem promover uma alimentação que propicie uma dieta saudável (Birch, 2006). As escolhas sobre quais alimentos ingerir são apontadas como uma das chaves determinantes das experiências alimentares das crianças. Essas escolhas incluem quando a alimentação vai ocorrer e dentro de qual contexto, se alimentação acontece em resposta à indicação de fome ou de sofrimento, quais alimentos, e o tamanho das porções que ficará disponível para as crianças e quais as práticas alimentares que serão usadas para promover ou desencorajar a alimentação dessas crianças (Ventura & Birch, 2008).

Assim, os pais são responsáveis pela formação do estilo de vida da criança, seja ele saudável ou não, poderá ser carregado durante toda ou parte da vida dessas crianças (Luther, 2007; Wu & cols., 2003). No momento da formação do estilo de vida de cada criança, estas estão prontas para aprender sobre comportamentos de autocontrole em relação à comida e sobre a escolha de brincadeiras e atividades físicas a serem realizadas (Ventura & Birch, 2008); basta os pais guiarem seus filhos para um caminho saudável.

As crianças têm a possibilidade de aprender no contexto familiar sobre saúde, e isso possibilita à família ser um guia no desenvolvimento de comportamentos saudáveis para as crianças (Luther, 2007; Wu & cols., 2003). Por meio dessa função da família, tem-se a possibilidade de influenciar a aprendizagem das crianças sobre a alimentação (Ventura & Birch, 2008), podendo tornar-se um fator de risco ou não, para o desenvolvimento de problemas alimentares nas crianças (Moens & cols., 2007).

Existem outras variáveis dentro do ambiente familiar que também afetam o peso da criança (Johannsen, Johannsen & Specker, 2006). Uma dessas variáveis é que os filhos de pais obesos têm maior risco de desenvolver obesidade (Birch & Fisher, 1998; Birch & Fisher, 2000; Giugliano & Carneiro, 2004; Oliveira & cols., 2007; Philipsen & Philipsen, 2008). Em outras três pesquisas também se constatou a existência de relação entre o

IMC materno e o IMC dos filhos, porém o que difere é que essa relação não foi observada para o IMC paterno (Johannsen & cols., 2006; Musher-Eizenman & cols., 2009; Watkins & cols., 2007). Entretanto, em uma pesquisa feita na França, o IMC dos filhos não foi significativamente relacionado com o IMC dos pais (Musher-Eizenman & cols., 2009).

Quanto ao estado civil dos pais no Brasil, a obesidade é menos prevalente em crianças que têm os pais separados; uma das explicações desse fato é que com a separação dos pais, muitas vezes ocorre uma redução na renda familiar, resultando em uma diminuição no acesso aos alimentos (Oliveira & cols., 2007). Diferente dessa pesquisa, um estudo australiano (Gibson e cols., 2007) mostrou que mães solteiras e com sobrepeso têm maior probabilidade de terem filhos com sobrepeso ou obesidade.

Em relação ao nível de escolaridade, mães que apresentam um nível de escolaridade menor no Brasil são consideradas um fator de risco para a obesidade dos filhos (Giugliano & Carneiro, 2004). Já em uma pesquisa realizada na França e nos Estados Unidos, o nível de escolaridade dos pais não foi significativamente relacionado ao IMC dos filhos (Musher-Eizenman & cols., 2009).

Quanto à renda dos pais, em pesquisa feita na França e nos Estados Unidos não se apresentou relação com o IMC dos filhos (Musher-Eizenman & cols., 2009); já em outras pesquisas feitas no Brasil, o sobrepeso e a obesidade foram mais observados em crianças de melhor condição socioeconômica (Brasil, Fisberg & Maranhão, 2007; Oliveira & cols., 2007; Silva, Balaban & Motta, 2005).

Sobre o fato de os pais trabalharem fora de casa ou não, uma pesquisa feita no Canadá mostrou associação entre obesidade das crianças e mães que trabalham longas horas fora de casa, porém o mesmo não foi verificado para os pais (Phipps, Lethbridge & Bruton, 2006). Outra pesquisa realizada na Bahia, no Brasil, com 699 crianças, não mostrou nenhuma associação entre sobrepeso e obesidade e o fato de os pais trabalharem fora de casa (Oliveira & cols., 2007).

Visto que a literatura aborda as diversas maneiras de a família influenciar no desenvolvimento do sobrepeso e obesidade da criança, é provável que a alteração de muitos fatores de risco para essa condição tenha considerável suporte dentro desse contexto (Ventura & Birch, 2008). Aliado a isto, algumas crianças, mesmo antes de entrarem na escola, já estão com sobrepeso; assim, sugere-se que o trabalho deve focar o ambiente onde as crianças vivem, ou seja, dentro do contexto familiar (Ventura & Birch, 2008).

Um ponto importante para a realização de um trabalho nesse contexto é levar em conta a opinião das crianças sobre seus pais, pois uma pesquisa feita por Weber, Prado,

Viezzer e Brandenburg (2004) mostrou que os pais tendem a se perceberam mais adequados quando comparados com a percepção que os filhos têm sobre eles. Os autores dessa pesquisa relatam que além de saber o que fazer para educar bem, também é importante saber se o que se está fazendo para educar uma criança é interpretado por ela como se espera.

2.5.1. Estilos parentais

Como verificado, a família tem influência sobre comportamentos que determinam se a criança terá sobrepeso e/ou obesidade. Uma das teorias que propõe verificar a relação entre obesidade e família é a de estilos parentais de Baumrind (1966). Entender, por meio das pesquisas, quais os estilos parentais que estão associados com o risco de sobrepeso e obesidade pode levar ao desenvolvimento de intervenções mais eficazes (Rhee & cols., 2006).

O conceito de estilos parentais refere-se a um conjunto de atitudes que são expressas pelos pais em relação aos filhos, que dá origem a um clima emocional (Darling & Steinberg, 1993). Esses mesmos autores complementam o conceito de estilos parentais, afirmando que as atitudes dos pais incluem as práticas parentais[2] e outros aspectos da interação entre pais e filhos como: tom de voz, linguagem corporal, descuido, mudança de humor (Darling & Steinberg, 1993).

A teoria de Baumrind (1966) apresentou três modelos de controle parental: permissivo, autoritário e autoritativo[3]. Em meados dos anos 80, Maccoby & Martin (1983) reorganizaram os protótipos de Baumrind baseando-se em duas dimensões: exigência (*demandingness*) e responsividade (*responsiveness*). O termo responsividade refere-se a atitudes compreensivas, amorosas e de envolvimento dos pais com seus filhos, e o termo exigência refere-se ao estabelecimento e cumprimento de regras (Maccoby & Martin, 1983). Foi a partir desse modelo que o estilo parental permissivo foi dividido em indulgente e negligente (Maccoby & Martin, 1983). Para compreender cada um desses

---

[2] A expressão práticas parentais indica estratégias para suprimir ou eliminar certos comportamentos da criança considerados inadequados ou indesejáveis, bem como incentivar ou favorecer a ocorrência de comportamentos adequados (Alvarenga, 2002).

[3] O termo autoritativo embora não exista em português, foi escolhido como tradução para a expressão em inglês *authoritative*, “que significa que tem autoridade”, ou ainda “que é confiável”, a fim de se manter a semelhança com o termo original e sua filiação teórica, evitando assim confusão com outras expressões também usadas para designar estilos parentais como “democrático”, por exemplo (Costa, Teixeira & Gomes, 2000).

estilos parentais, Maccoby e Martin (1983) apresentaram a seguinte caracterização: no estilo autoritário, os pais são exigentes e não responsivos; no autoritativo, são exigentes e responsivos; no permissivo ou indulgente, são responsivos e não exigentes; e no negligente, não são exigentes e nem responsivos.

A aplicação dessa teoria em pesquisas pode ser constatada em uma pesquisa com 872 crianças, da primeira série, que teve por objetivo determinar a relação entre os quatro estilos parentais e a obesidade. Como resultado, verificou-se que mães com os estilos parentais autoritário, permissivo e negligente tinham maior probabilidade de ter filhos com excesso de peso do que mães de crianças autoritativas. As mães autoritárias estavam associadas com um maior risco de desenvolvimento de sobrepeso e obesidade para seus filhos, seguidas as mães com estilo permissivo e negligente (Rhee & cols., 2006).

Em outro estudo que teve o objetivo de relacionar os estilos parentais com o peso de crianças mexicanas com idade entre 4 a 8 anos, verificou-se que após os três anos os filhos de mães permissivas têm maior probabilidade de terem sobrepeso do que filhos de mães autoritárias e autoritativas (Olvera & Power, 2009). Outra pesquisa evidenciou que em famílias com mães depressivas e com nível socioeconômico alto, o estilo parental permissivo prediz o desenvolvimento da obesidade infantil (Topham & cols., 2009).

Outra pesquisa com 4983 crianças de 4 a 6 anos teve o propósito de determinar a relação entre IMC de crianças com os estilos parentais de mães e pais. Verificou-se que somente os pais, mas não as mães, que apresentaram estilo permissivo e negligente, tinham maior probabilidade de seus filhos terem sobrepeso e obesidade (Wake & cols., 2007).

De forma geral, segundo essas pesquisas, um ambiente com baixo controle parental estaria associado com maior risco de obesidade, em função de os pais permitirem que seus filhos façam muitas escolhas em um ambiente que pode conter alimentos não saudáveis (Olvera & Power, 2009; Topham & cols., 2009), além de que, nesse tipo de ambiente não se permite que a criança desenvolva um efetivo autocontrole alimentar (Rhee & cols., 2006). Um ambiente rigoroso e carente de afetividade também é associado com o aumento da obesidade na infância (Rhee & cols., 2006).

Embora os estudos que avaliem a relação entre estilos parentais e peso da criança sejam limitados (Rhee & cols., 2006; Ventura & Birch, 2008; Wake & cols., 2007), sugere-se que os estilos parentais influenciam no peso da criança (Rhee, 2008; Ventura & Birch, 2008). É importante ressaltar que algumas pesquisas, como a de Gibson e cols. (2007) e a de Blissett e Haycraft (2008), mostraram resultado nulo para a relação entre a influência

dos estilos parentais e a obesidade das crianças. Em uma pesquisa feita por Vereecken, Legiest, Bourdeaudhuij e Maes (2009), os estilos parentais não apresentaram impacto significativo na determinação dos hábitos alimentares das crianças.

2.5.2. Práticas de alimentação infantil utilizada pelos pais com seus filhos

Outra forma de os pais influenciarem na alimentação dos seus filhos é pela utilização de determinadas práticas de alimentação. Essas práticas são estratégias comportamentais específicas, empregadas pelos pais para controlar o que e o quanto os seus filhos comem (Ventura & Birch, 2008). As práticas de alimentação utilizadas pelos pais e a experiência que as crianças têm com os alimentos contribuem para a formação da maioria das preferências alimentares; poucas são as preferências determinadas pela genética (Birch, 1998).

As práticas alimentares contemporâneas são derivadas das culturas, das tradições e das experiências familiares. Elas evoluíram de um contexto de escassez de alimentos (menos de 2-3 gerações atrás) e não se adaptaram no atual ambiente, no qual o excesso de alimentos pode apresentar maior risco à saúde (Daniels & cols., 2009). Além desse fator cultural, especialmente nas idades pré-escolares, os pais são os únicos responsáveis pela escolha de alimentos para seus filhos e por ensinar comportamentos alimentares ao usar diferentes estratégias alimentares (Kroller & Warschburger, 2008).

Uma pesquisa com famílias de diferentes origens étnicas apontou que as práticas de alimentação infantil utilizadas pelas mães diferem de acordo com essas origens, e, por isso, não é possível generalizar os resultados entre diferentes etnias (Spruijt-Metz, Chaoyang, Cohen, Birch & Goran, 2006). Outra diferença encontrada em pesquisas foi de que as estratégias alimentares utilizadas por pais e mães podem variar conforme o sexo da criança (Orrell-Valente & cols., 2007), porém, em pesquisa feita por Musher-Eizenman e cols. (2009) e Kroller e Warschburger (2009), não houve diferença das práticas utilizadas pelos pais em relação ao sexo da criança.

Um dos objetivos da pesquisa realizada por Spruij-Metz e cols. (2002) foi também verificar se as práticas de alimentação infantil utilizadas pelas mães diferem de acordo com o sexo da criança. O único resultado significativo encontrado foi o de que as mães diferem no uso do monitoramento com seus filhos; elas tendem a monitorar mais os meninos com seus lanches, doces e consumo de gordura do que as meninas. Outro resultado foi de que o sexo da criança não contribui significativamente para a variação do total de massa gorda.

De modo geral, as pesquisas sugerem que as práticas de alimentação infantil utilizadas pelos pais com seus filhos podem estar relacionadas com o comportamento alimentar das crianças (Benton, 2004; Birch & Davison, 2001; Birch & Fisher, 1998; Ventura & Birch, 2008,) e com o peso da criança (Faith, Scanlon, Birch, Francis & Sherry, 2004b; Ventura & Birch, 2008).

Inicialmente, as escalas para avaliar as práticas de alimentação infantil estavam focadas principalmente nas práticas de controle de alimentação. Os instrumentos utilizados eram o CFQ - *Child Feeding Questionnaire* - Questionário de alimentação infantil (Birch & cols., 2001) e o PFQ - *Preschooler Feeding Questionnaire* – questionário de alimentação pré-escolar (Baughcum & cols., 2001). Em resposta a estes instrumentos, a maioria dos estudos que envolvem as práticas utilizadas pelos pais na alimentação dos seus filhos indica que são as de controle, que envolvem restrição de alimentos, pressão para comer e monitoramento no consumo de alimentos (Mulder & cols., 2009; Musher-Eizenman & Holub, 2007). Por estes instrumentos não avaliarem outras práticas consideradas importantes para entender as relações entre alimentação e pais e filhos, ocorreu a construção do CFPQ – *Comprehensive feeding practices questionnaire* – questionário de compreensão das práticas de alimentação (Musher-Eizenman & Holub, 2007).

Existem diversas práticas de alimentação utilizadas pelos pais na alimentação dos seus filhos. Segundo Musher-Eizenman e Holub (2007), as doze práticas de alimentação infantil que podem ser utilizadas pelos pais são: (1) controle da alimentação feito pela criança: os pais deixam o controle da alimentação ser feito pela criança; (2) controle das emoções: pais usam a comida para controlar os estados emocionais da criança; (3) incentivo ao equilíbrio e variedade: os pais proporcionam o equilíbrio e variedade na alimentação dos seus filhos; (4) ambiente: os pais deixam alimentos saudáveis disponíveis em casa; (5) alimento como recompensa: pais utilizam a comida como recompensa ao bom comportamento do seu filho; (6) envolvimento: pais estimulam o envolvimento dos seus filhos no planejamento e preparação das refeições; (7) modelo: pais comem alimentos saudáveis para dar exemplo para seus filhos; (8) monitoramento: pais ficam atentos no consumo de alimentos menos saudáveis pelos seus filhos; (9) pressão: pais pressionam seus filhos a comerem mais nas principais refeições; (10) restrição por saúde: pais controlam o consumo de comida dos seus filhos com o propósito de limitar comidas menos saudáveis e doces para manter seus filhos mais saudáveis; (11) restrição para controle do peso: pais controlam o consumo de comida dos seus filhos com o objetivo de diminuir ou manter o peso deles; (12) ensino sobre nutrição: pais ensinam o

valor nutricional dos alimentos aos seus filhos para incentivar o consumo de alimentos saudáveis.

Essas práticas de alimentação infantil serão apresentadas a seguir em maiores detalhes, porém as práticas diferem na quantidade de informações, pois algumas apresentam mais estudos do que outras. Segundo Musher-Eizenman e Holub (2007), as seguintes práticas de alimentação infantil têm sido menos estudadas: usar a comida como recompensa, monitoramento do consumo de alimentos pelas crianças, ensinar a criança sobre alimentação saudável, modelos dos pais de hábitos saudáveis e permitir que a criança controle a própria alimentação.

a) Controle da alimentação feito pela criança

Nesta estratégia alimentar, os pais permitem que a criança controle a própria alimentação (Musher-Eizenman & Holub, 2007). Estudos mostram que esse tipo de prática está associada tanto com resultados positivos como negativos da associação entre essa prática, a alimentação e o peso das crianças. Assim, é necessário um maior número de pesquisas para explicar melhor essa prática utilizada na alimentação das crianças (Kroller & Warschburguer, 2008).

Uma pesquisa mostrou que as crianças submetidas a essa prática apresentam maior consumo de frutas e verduras; e que as crianças com sobrepeso têm menos controle sobre as escolhas e a quantidade dos alimentos que comem (Kroller & Warschburger, 2008). Para estimular o desenvolvimento dessa capacidade da criança, os pais devem demonstrar mais entusiasmo e consideração no desenvolvimento dessa habilidade da criança (Rhee & cols., 2006). Segundo Orrell-Valente e cols. (2007), as crianças deveriam ser autorizadas a escolher quais e quantos alimentos saudáveis elas desejam comer. Por este lado esta prática é positiva, mas também é possível que leve ao aumento do consumo de alimentos preferidos pela criança, que nem sempre são nutritivos (Musher-Eizenman & cols., 2009).

Já em uma pesquisa com crianças com idade de 3 a 6 anos, que utilizou uma pergunta como forma de verificar se as crianças tinham ou não, controle sobre a sua alimentação, apresentou o seguinte resultado: as que tinham menos controle da própria alimentação apresentaram um IMC menor (Faith & cols., 2003).

b) Controle das emoções

Na prática de controle das emoções, os pais usam a comida para controlar estados emocionais dos seus filhos, ou seja, diante de algum sentimento negativo dos filhos, os

pais oferecem comida como uma forma de diminuir o sofrimento deles (Musher-Eizenman & Holub, 2007). O comer em decorrência de situações emocionais é comum em crianças e adultos e está associado com a obesidade (Blissett, Meyer, Haycraft, Farrow & Coulthard, 2008; Evers, De-Ridder & Adriaanse, 2009; Haycraft, Farrow, Coulthard, 2008; Jahnke & Warschburguer, 2008), com o consumo de alimentos de baixo valor nutricional (Musher-Eizenman & cols., 2009) e com patologias (Evers & cols., 2009; Jahnke & Warschburguer, 2008), porém o difícil é prever como as emoções afetam a alimentação de determinadas pessoas (Macht, 2008). Uma das explicações para este fato é que os pais, ao adotarem esta prática, incentivam a criança a associar o comer em resposta a eventos de ordem emocional negativa e não a comer na presença de fome (Wardle & cols., 2002).

Em outro estudo cujo objetivo foi examinar o que leva ao comportamento de comer em decorrência de situações emocionais, verificou-se que determinadas práticas de alimentação infantil, como restrição e pressão alimentar, eliciam o comportamento de comer em resposta das emoções e, assim, essas práticas podem ensinar a comer em decorrência de estados emocionais (Blissett & cols., 2008). Quanto ao uso dessa prática, em uma pesquisa realizada na França e nos Estados Unidos, percebeu-se que os pais das crianças dos Estados Unidos reportaram-se a um maior nível de práticas não-nutritivas, como utilizar a comida para controlar os estados emocionais (Musher-Eizenman & cols., 2009).

c) Incentivo ao equilíbrio e variedade

Na prática de incentivo ao equilíbrio e variedade, os pais incentivam o consumo de uma alimentação bem equilibrada, incluindo o consumo de alimentos variados e saudáveis (Musher-Eizenman & Holub, 2007). Segundo Rogero e Sambatti (2009), quando os hábitos alimentares estão sendo estabelecidos, torna-se necessário oferecer à criança alimentos variados, ricos em nutrientes para proporcionar um crescimento e desenvolvimento desejáveis. Assim, na vida adulta, ela mesma terá condições de selecionar os seus alimentos, optando pelos mais saudáveis, a fim de obter uma alimentação correta e equilibrada.

Essa prática geralmente é utilizada por pais que se sentem responsáveis pela alimentação dos seus filhos e que desejam que eles sejam magros (Lauzon-Guillain, Musher-Eizenman, Leporc, Holub, Charles & 2009). Em relação ao IMC, em pesquisa feita nos Estados Unidos e na França, um maior IMC nas crianças foi relacionado com menos incentivo a comidas balanceadas e variadas; outro resultado foi a de que mães

com IMC maior incentivam menos uma alimentação balanceada e variada para seus filhos (Musher-Eizenman & cols., 2009). Em outra pesquisa, verificou-se que pais que se utilizam dessa prática fazem com que seus filhos aumentem o consumo de alimentos variados e saudáveis (Wardle & cols., 2003).

d) Ambiente

Em relação ao ambiente, os pais deixam alimentos saudáveis, como frutas e verduras disponíveis em casa (Musher-Eizenman & Holub, 2007). Uma das medidas para acabar com a preocupação dos pais é fazer as crianças comerem alimentos saudáveis (Wardle & cols., 2003). Para fazer isso, basta deixar alimentos saudáveis em casa, como frutas e verduras, o que faz aumentar o consumo desse tipo de alimento por parte das crianças (Birch & Davison, 2001; Epstein, Paluch, Beecher & Roemmich, 2008; Matheson, Robinson, Varady & Killen, 2006; Pearson, Biddle & Gorely, 2008).

Em uma pesquisa que incentivou o consumo de alimentos saudáveis e deixou as crianças expostas a eles por 14 dias, observou-se o aumento do consumo e a preferência por esses alimentos por parte das crianças (Wardle & cols., 2003). Philipsen e Philipsen (2008) afirmam que as crianças que são expostas a frutas, vegetais e comidas saudáveis ao longo da sua vida vão apresentar preferência maior para o consumo desse tipo de alimento.

Ao focar em uma alimentação saudável, as atitudes dos pais devem enfatizar o que a criança pode comer e não o que não pode comer (Epstein & cols., 2008), do contrário, acaba caindo na prática de restrição alimentar, o que poderá influenciar negativamente na escolha dos alimentos saudáveis (Birch, Fisher & Davison, 2003).

e) Comida como recompensa

Está prática consiste no uso da comida pelos pais como uma recompensa em resposta a um bom comportamento emitido pelos seus filhos (Musher-Eizenman & Holub, 2007). Em pesquisa feita por Kroller e Warschburger (2008, 2009), o uso do alimento como recompensa em crianças fez diminuir o consumo de frutas e vegetais e aumentar o consumo do alimento que era utilizado como forma de recompensa. Utilizar os alimentos dessa forma, principalmente os doces, pode fazer com que eles tenham um valor especial para a criança que recebeu, aumentando dessa forma, o seu consumo (Orrell-Valente & cols., 2007).

Portanto, esta prática está associada ao desenvolvimento de problemas no comportamento alimentar, sendo considerada um fator de risco para o desenvolvimento

da obesidade (Kroller & Warschburger, 2009; Wardle & cols., 2002), visto que o uso da alimentação como recompensa pode estar relacionado com alimentos de baixo valor nutricional (Musher-Eizenman & cols., 2009) e pode aumentar a alimentação sem a necessidade fisiológica de fome (Kroller & Warschburguer, 2009; Wardle & cols., 2002).

Resultados contraditórios apareceram em uma pesquisa feita nos Estados Unidos e na França. Nos Estados Unidos, maior IMC das crianças foi relacionado a maior uso de comida como uma recompensa pelas mães, enquanto que na França, maior IMC da criança foi relacionado a baixo uso de comida como recompensa pelas mães (Musher-Eizenman & cols., 2009). Em pesquisa feita por Kroller e Warschburger (2009) com crianças de 1 a 10 anos e com suas respectivas mães, que ao total foram de 556, o uso de alimentação como recompensa estava associada em recompensar menos os filhos que eram mais pesados.

f) Envolvimento

Para a prática de envolvimento, os pais estimulam o envolvimento dos seus filhos no planejamento e preparação das refeições (Musher-Eizenman & Holub, 2007). Segundo Casey e Rosin (1989) e Luther (2007), uma das coisas que favorece a criança a gostar de determinados alimentos é os pais a envolverem na preparação das refeições, pois tal atitude será benéfica para a formação de padrões de consumo alimentar saudável para ela, no futuro.

O envolvimento é considerado pela autora Weber (2007) como um dos doze princípios para uma educação positiva e como um dos fatores mais fortes de proteção para a criança. Esta autora relata que é importante os pais se envolverem e participarem integralmente da vida dos seus filhos, aceitando e respeitando as suas escolhas. Uma boa forma de essa prática estar presente na alimentação das crianças é os pais envolverem-se com os seus filhos no planejamento e preparação das refeições familiares.

A criança pode junto com seus pais aprender a utilizar o carrinho de compras de forma produtiva. Pode aprender a olhar rótulos e prazos de validade, observar e somar os valores das compras, como diversificar produtos e para que serve cada alimento. Mas se o carrinho de compras for utilizado indiscriminadamente, poderá com certeza acarretar sérios problemas à criança (Picazio, 2009).

g) Modelo

Uma das práticas que favorece a criança a gostar de determinados alimentos é os pais servirem de modelo, demonstrando gostar do que estão comendo, como, por

exemplo, pais que comem frutas e verduras incentivam seus filhos a comerem esses alimentos e a diminuir o consumo de alimentos ricos em açúcar e gordura (Casey & Rosin, 1989; Kroller & Warschburger, 2009; Lee & Birch, 2002; Pearson & cols., 2008).

O uso do exemplo pelos pais decai à medida que a criança vai ficando mais velha (Kroller & Warschburger, 2009). A influência entre pais e filhos é bidirecional, onde os pais influenciam as crianças com o seu modelo de alimentar-se e reagem conforme as características de seu filho (Birch & Fisher, 2000; Ventura & Birch, 2008; Wu & cols., 2003).

Em uma pesquisa realizada com mães que simplesmente comiam alimentos como: grãos, frutas, verduras, carnes magras, aves, peixe e outros alimentos ricos em proteínas e com baixa quantidade de gordura - e não falavam nada para suas filhas, fez com que o consumo desses alimentos aumentasse para as meninas (Lee & Birch, 2002). Em outra pesquisa feita com professores pré-escolares, verificou-se que o professor que agia com entusiasmo ao comer, funcionava como uma estratégia efetiva para que as crianças aceitassem os novos alimentos (Hendy & Raudenbush, 2000). De maneira análoga, pais que consomem maiores níveis de alimentos de forma não equilibrada e balanceada influenciam o consumo desse tipo de alimento pelos seus filhos e aumentam os riscos para o desenvolvimento do sobrepeso e obesidade (Nguyen, Larson, Johnson & Goran, 1996).

h) Monitoramento

No monitoramento da alimentação infantil, os pais ficam atentos no consumo de alimentos menos saudáveis, como, por exemplo, alguns tipos de lanches, doces, refrigerantes e outros alimentos com alto teor de gordura e açúcar, pelos seus filhos (Musher-Eizenman & Holub, 2007). Aplicar um nível moderado de controle, como o uso de monitorar o consumo de alimentos não saudáveis, é uma estratégia adequada para controlar o consumo alimentar dos filhos (Blissett & Haucraft, 2008). Os autores Spruijt-Metz e cols. (2002) apontam, em sua pesquisa realizada com as mães e com seus filhos de 7 a 14 anos, que a estratégia de monitorar as refeições das crianças e adolescentes não constitui um fator preditivo significativo no total da massa gorda – que é formada basicamente por gordura e com pouca água; é um tecido mais leve (Barbosa, 2009).

Uma pesquisa longitudinal realizada com crianças, com média de idade de 11 anos e com suas mães, mostrou que a preocupação das mães com o peso dos seus filhos pode protegê-los contra o aumento da adiposidade e ajudar no controle do ganho de peso (Spruijt-Metz & cols., 2006).

Em outra pesquisa longitudinal, a prática de monitoramento reduziu o IMC na idade de 7 anos em crianças com baixo risco para o desenvolvimento da obesidade e não para criança que tem maior risco, sugerindo que essa prática pode proteger a criança para o ganho de peso em excesso (Faith & cols., 2004b). Segundo esses mesmos autores, esses pais podem estar mais inclinados a monitorar a alimentação dos seus filhos do que pais de crianças obesas, porque temem o consumo inadequado de comida pelos filhos.

Os pais que monitoram o consumo de alimentos menos saudáveis ingeridos pelos seus filhos são pais que se colocam como responsáveis pela alimentação deles, que restringem a própria alimentação e que desejam que seus filhos sejam magros (Lauzon-Guillain & cols., 2009). Esse monitoramento diminui à medida que a criança vai crescendo, o que é comprovado por resultado de pesquisa com crianças variando entre 1-10 anos, no qual as mães usavam menos monitoramento para crianças maiores do que para crianças menores (Kroller & Warschburger, 2009).

i) Pressão

Esta prática é caracterizada por os pais pressionarem seus filhos a comerem principalmente os alimentos saudáveis (Lee & Birch, 2002; Johannsen & cols., 2006) e está associada com a recusa em alimentar-se por parte da criança (Orrell-Valente & cols., 2007). Diante dessa prática utilizada pelos pais, o que se observa em resultados de pesquisa é que as crianças passam a recusar-se a comer alimentos mais saudáveis (Lee & Birch, 2002; Kroller & Warschburger, 2008) e a apresentar, de modo geral, maiores problemas no consumo de alimentos (Kroller & Warschburger, 2008).

Ao utilizar essa prática, os pais podem fazer com que seus filhos comam mais, passando dos sinais de saciedade e impedindo que exerçam a sua capacidade de autorregularem em seus sinais internos de fome e saciedade (Orrell-Valente & cols., 2007). Outra conseqüência dessa atitude é treinar a criança sempre comer em resposta a presença de alimentos, mesmo na ausência de fome (Birch & Davison, 2001).

Os estudos apontam que mães de crianças mais magras pressionam mais seus filhos a comer (Lee & Birch, 2002; Matheson & cols., 2006; Spruijt-Metz & cols., 2002) e que esta prática é utilizada menos em crianças com sobrepeso (Kroller & Warschburger, 2008, 2009).

j) Restrição por saúde e para controle de peso

A prática alimentar de restrição consiste em restringir a quantidade de comida, principalmente o acesso a alimentos não saudáveis, como alimentos com elevado teor de

gordura e açúcar (Birch & Fisher, 1999; Lee & Birch, 2002; Johannsen & cols., 2006). Para Musher-Eizenman e Holub (2007), os pais podem promover a restrição alimentar por motivos de promover saúde ou para controlar o peso dos seus filhos.

Diante da preocupação com a obesidade, a restrição dos alimentos é uma das primeiras respostas dos pais para tentar limitar o consumo dos alimentos não saudáveis pelos seus filhos (Birch & cols., 2003). Porém até onde a restrição de alimentos não saudáveis funciona? A restrição alimentar, embora seja eficaz a curto prazo para o controle da obesidade (Birch & Fischer, 2000; Birch & cols., 2003), é a estratégia alimentar que frequentemente implica maior risco de sobrepeso e obesidade (Faith & cols., 2004b; Kroller & Warschburger, 2008).

Farrow e Blisset (2008) verificaram em pesquisa, que as práticas restritivas estavam tanto associadas ao excesso de peso quanto ao baixo peso, e Haycraft e Blissett (2008) não verificaram nenhuma associação entre essa prática e o sobrepeso em crianças de um ano e meio a 5 anos e meio. Outra pesquisa feita com crianças de 7 a 14 anos mostrou, como resultado, que o total de massa gorda foi positivamente correlacionado com restrição e preocupação com o peso das crianças por parte dos pais (Spruijt-Metz & cols., 2002).

Em um estudo longitudinal, realizado por Farrow e Blisset (2006) com crianças que foram acompanhadas desde o nascimento até a idade de dois anos, verificou-se que o uso de práticas alimentares restritivas nesta fase leva ao baixo peso na idade de dois anos. Outra conclusão a que os autores chegaram é que se o uso dessas práticas continuar durante a infância, pode levar a um maior ganho de peso, visto que várias pesquisas com crianças mais velhas evidenciaram que muito controle na alimentação por parte dos pais pode levar a um maior risco de obesidade (Farrow & Blissett, 2006).

Outras consequências podem ser apontadas devido ao uso da restrição alimentar: pode levar a problemas na seleção dos alimentos pela criança, nas preferências por comidas com alto teor de gordura e por alimentos energéticos, no autocontrole do consumo de alimentos, pode limitar a criança a aceitar uma variedade de alimentos e a consumir frutas e verduras (Birch & Firsher, 1998; Birch & cols., 2003; Kroller & Warschburger, 2008).

Uma das maiores consequências dessa prática é o fato de que, quando os pais determinam o que, quando e quanto a criança vai comer, impedem-na de ter a oportunidade de aprender o autocontrole em relação à sua alimentação (Birch & Fisher, 1998). Um exemplo disso são os pais insensíveis às necessidades emocionais dos filhos que os obrigam a comerem tudo dos seus pratos; em resposta a isso, a criança pode

aprender que tem de comer a quantidade de comida que tem no seu prato, e dessa forma não aprende a controlar a sua alimentação por uma resposta fisiológica que sinaliza a fome ou a saciedade (Birch, 1998; Rhee & cols., 2006).

Pesquisas mostram que mães que restringem a alimentação das suas filhas fazem com que elas comam grande quantidade de alimentos não saudáveis na ausência delas, mesmo tendo feito refeições anteriores, e assim, aumentam o risco de problemas com alimentação e com o ganho de peso (Birch & Fischer, 2000; Birch & cols., 2003; Fischer & Birch, 1999). Em relação à figura paterna, em uma pesquisa feita por Johannsen e cols., (2006) verificou-se que os que eram mais controladores tinham filhas com uma porcentagem de gordura maior e que esses pais eram também mais preocupados com a saúde futura de suas filhas.

É importante enfatizar que todas as crianças são responsáveis em regular a quantidade de alimentos ingeridos por meio de funções fisiológicas, mas a resposta pode ser modificada por essas práticas de controle utilizadas pelos pais, limitando a oportunidade de a criança exercer seu autocontrole (Birch, 1998).

Segundo pesquisas, a restrição alimentar é utilizada por mães que percebem o sobrepeso dos seus filhos (Birch & Fischer, 2000; Birch & cols., 2003; Lee & Birch, 2002), que são mais restritivas em sua própria alimentação (Birch & Fischer, 2000), e por mães que consomem uma dieta mais calórica (Lee & Birch, 2002).

l) Ensinar sobre nutrição

Consiste no fato de os pais ensinarem o valor nutricional dos alimentos aos seus filhos para incentivar o consumo de alimentos saudáveis (Musher-Eizenman & Holub, 2007). Segundo esses autores, escalas anteriores verificavam se os pais tinham conhecimento sobre nutrição, mas não verificavam se eles ensinavam seus filhos sobre o valor nutricional dos alimentos.

O diálogo com a criança é a oportunidade para o desenvolvimento dessa estratégia alimentar. Assim, é fundamental mostrar para as crianças o que é uma boa alimentação, dar bons exemplos de como manter uma rotina alimentar saudável e mostrar os pontos positivos e negativos dos diversos alimentos para que a criança crie uma consciência sobre o que está comendo, pois, dessa forma, estará se passando a ela um pouco da responsabilidade sobre a sua alimentação, o que é, também, saudável (Barbosa, 2009).

Os pais que se percebem como responsáveis pela alimentação dos seus filhos tendem a utilizar a prática de ensiná-los sobre nutrição (Lauzon-Guillain & cols., 2009).

Resultado de pesquisa mostra que quanto maiores os ensinamentos sobre nutrição menor é o IMC da criança (Musher-Eizenman & cols., 2009).

Essas foram as 12 práticas de alimentação infantil que podem ser utilizadas pelos pais na alimentação dos seus filhos, segundo Musher-Eizenman e Holub (2007). As pesquisas revelam que, para um crescimento natural e saudável da criança, o uso em excesso de práticas alimentares de controle, como o uso de restrição e pressão na alimentação, é negativo para o desenvolvimento da criança (Farrow & Blissett, 2006). Além dessas práticas, outras também podem ser negativas para a criança, como as que foram apresentadas anteriormente: utilizar a comida como recompensa ou para aliviar determinados estados emocionais.

Os pais precisam entender o custo de utilizar práticas coercitivas na alimentação dos seus filhos (Birch & Davison, 2001), de utilizar a comida como recompensa ou para aliviar estados emocionais das crianças. Outras práticas alimentares devem ser adotadas no lugar destas (Farrow & Blissett, 2006), mas, ao mesmo tempo, podem demorar, pois exigem mudanças nas crenças, nas atitudes dos pais e a constatação por parte deles sobre a ameaça à saúde das crianças pela atual disponibilidade de alimentos na sociedade (Birch, 2006).

2.5.3 Relações entre práticas de alimentação infantil e estilos parentais

Alguns autores começaram a investigar se existe relação entre as práticas de alimentação infantil utilizada pelos pais e os estilos parentais, ou se elas são específicas para o domínio de alimentação (Blissett & Haycraft, 2008). Esses autores realizaram uma pesquisa com o objetivo de analisar as relações entre estilos parentais e as práticas de alimentação infantil e, como resultado, não houve nenhuma relação entre estilo parental autoritário e práticas de alimentação de controle; o estilo parental permissivo foi associado com o aumento do uso da restrição pelas mães e pressão para comer, pelos pais, e o estilo parental autoritativo foi relacionado com baixo uso de pressão para comer, somente pelos pais (Blissett & Haycraft, 2008).

Diferente dessa última pesquisa, uma pesquisa feita por Hubbs-Tait, Kennedy, Page e Topham (2008) mostrou que os estilos parentais estão ligados às práticas de alimentação infantil. A restrição alimentar e a pressão para comer estavam ligadas ao estilo autoritário, e “servir de modelo” e monitoramento parental estavam relacionadas com o estilo autoritativo; baixo uso de modelo de comer alimentos saudáveis por parte dos pais estava associado ao estilo permissivo. Mesmo que esses dois estudos sejam

limitados, pois não avaliaram todas as práticas de alimentação infantil, sugere-se que existe, de alguma forma, uma relação entre essas duas variáveis.

Essas duas variáveis devem ser consideradas em programas que objetivam implementar estratégias para reduzir a obesidade, pois as práticas de alimentação infantil predizem os estilos parentais, e se não se considerar o contexto familiar em que ocorrem as práticas de alimentação infantil, os programas de obesidade infantil poderão apresentar menos sucesso (Hubbs-Tait & cols., 2008).

2.6. A influência da escola na alimentação e na atividade física da criança

Além de a família ter o seu papel na prevenção do sobrepeso e obesidade infantil, as escolas também têm reconhecido o seu papel nessa luta (Procter & cols., 2008). Elas podem constituir-se como um ambiente favorável para medidas de prevenção e intervenção em casos de obesidade (Procter & cols., 2008; Gortmaker & cols., 1999). A escola assume esse papel devido ao fato de as crianças passarem boa parte do seu tempo nesse ambiente (Procter & cols., 2008) e por se constituírem como uma parte critica do meio social que modela a alimentação e o padrão de atividade física das crianças (Zenzen & Kridli, 2009). Assim a escola, como promotora de saúde, é propícia à aplicação de programas de educação em saúde em larga escala, incluindo programas de educação nutricional (Schmitz & cols., 2008) e programas de atividade física (Viuniski, 2005).

A aplicação desses programas é necessária, pois, mesmo que não seja clara a ligação entre obesidade infantil e rendimento acadêmico, este tema tem sido estudado nos últimos anos pelos pesquisadores, e sugere-se que indiretamente a obesidade afeta a autoestima, o que pode levar a um menor rendimento escolar (Hunt, 2008). Em uma pesquisa, com crianças do ensino fundamental, verificou-se que a maioria das crianças com sobrepeso e obesidade apresentavam baixo rendimento acadêmico em quase todas as atividades em que estavam inseridas, e baixo desempenho nas atividades de educação física. Essas crianças tinham a tendência de dormirem na sala de aula, raramente participavam dos debates, eram lentos em responder as perguntas e demoravam mais tempo para iniciar os estudos (Kafyulilo, 2008).

Para que essa realidade possa ser mudada e que programas de educação alimentar aconteçam, o educador deve possuir conhecimentos e habilidades sobre a promoção de uma alimentação equilibrada, procurando incorporá-los ao seu fazer pedagógico (Schimitz & cols., 2008), pois a educação nutricional deve ser abordada como

uma tática a ser seguida, para que a comunidade escolar tenha uma alimentação mais saudável e uma boa forma física (Triches & Giugliani, 2005).

Um programa de intervenção nutricional foi realizado em Santa Catarina visando a promoção de hábitos alimentares saudáveis em escolares do ensino fundamental. Após a intervenção, não se verificaram mudanças significativas no IMC dos escolares, mas verificou-se um aumento da frequência de algumas atitudes e práticas alimentares mais saudáveis, como, por exemplo, nas escolas privadas houve redução significativa no consumo de bolachas recheadas trazidas de casa pelos meninos, e na escola pública aumentou significativamente o consumo de merenda escolar e aceitação por frutas (Gabriel, Santos & Vasconcelos, 2008).

Resultado um pouco diferente foi obtido em pesquisa realizada por Veugelers e Fitzgerald (2005), na qual verificou-se que escolas que promovem programas de nutrição apresentavam menos taxas de sobrepeso e obesidade, e consequentemente hábitos alimentares mais saudáveis e mais atividade física, quando comparado com o das escolas sem programas de nutrição (Veugelers & Fitzgerald, 2005).

Em uma pesquisa feita com 573 crianças de escolas municipais do Rio Grande do Sul, a obesidade dos participantes mostrou-se associada com menor conhecimento de nutrição e com práticas de alimentação menos saudáveis presentes nas refeições dessas crianças. Nesta pesquisa, crianças com essas características apresentaram cinco vezes mais chance de serem obesas (Triches & Giugliani, 2005).

Uma das formas de praticar uma alimentação saudável na escola é por meio da merenda escolar, que deve seguir um determinado padrão nutricional, mas os alimentos vendidos nas cantinas nem sempre seguem esse padrão, fazendo com que, na maioria das vezes, os alunos acabem optando pelos lanches vendidos nas cantinas. Por outro lado, existem cantinas que realmente reduziram e substituíram os alimentos não saudáveis por alimentos mais saudáveis (Story, Kaphingst, & French, 2006).

A cantina escolar é um local onde podem ser introduzidos novos gêneros alimentícios, tais como frutas de época, sanduíches naturais, sucos e iogurtes. Somente proibir certos alimentos nas cantinas escolares não basta. É preciso haver um programa educativo, onde as modificações sejam explicadas e entendidas pela criança, pelos professores e pelos pais (Viuniski, 2005).

Qualquer programa de educação alimentar que seja implantado na escola deve induzir uma mudança no comportamento alimentar, orientando e educando, de forma lúdica, sobre nutrição, e promovendo uma atitude positiva da criança diante dos alimentos ricos em nutrientes (Viuniski, 2005).

Em relação à prática de educação física, a escola tem se tornado um dos únicos ambientes no qual as crianças ainda praticam algum tipo de esporte, até porque essas aulas muitas vezes são a única possibilidade de essa população ter acesso a estas práticas regulares (Alves, 2007). Os professores, ao promoverem as aulas de educação física, devem ir além da atividade de ir às quadras, piscinas ou ginásios; têm o dever de conscientizar e incentivar o aluno para a prática regular de esportes; esclarecer que atividades físicas previnem a obesidade, proporcionam prazer e bem-estar, motivação e confiança para os seus praticantes (Santos, Carvalho, & Garcia-Júnior, 2007).

Viuniski (2005) sugere que, além das aulas de educação física, as escolas deveriam instalar programas de combate ao sedentarismo, valorizando ainda mais as aulas de educação física, práticas esportivas e também possuir atividade física específica para grupos de crianças obesas ou com sobrepeso, respeitando as características neuromotoras e protegendo a criança de competições com as crianças não obesas (Viuniski, 2005). Outra forma de estimular ainda mais a prática de atividade física nas escolas é incluir também a dança, a ginástica, as atividades rítmicas (Alves, 2007).

A educação física, enquanto componente curricular da educação básica, deve apresentar a seus alunos essas diversas modalidades esportivas, a fim de que os alunos possam conhecer, experimentar, tomar contato, gosto, escolher e, por fim, praticá-la de maneira regular fora das aulas de educação física, na própria escola ou em alguma instituição que as desenvolva de forma sistematizada em benefício da qualidade de vida (Alves, 2007; Betti & Zuliani, 2002).

Diante disso a escola, enquanto espaço de promoção de saúde, exerce papel fundamental na mudança do hábito sedentário, uma vez que pode incentivar e fortalecer as capacidades das crianças e adolescentes, bem como das suas famílias, para lidar com as multiplicidades dos condicionantes da prática de educação física (Guedes, Moreira, Cavalcante, Araújo & Ximenes, 2009).

O governo do Canadá, preocupado com o aumento da obesidade, lançou uma política de aumento de atividade física nas escolas para combater a obesidade infantil. Para isso conduziu-se uma meta-análise para determinar os efeitos da atividade física no IMC de 18.141 crianças do ensino fundamental. O resultado desse estudo revelou que o IMC das crianças não melhorou com intervenções no aumento da atividade física nas escolas, embora essas crianças apresentassem outros benefícios que refletiam na própria saúde. Os autores desse artigo sugerem que a combinação de diferentes estratégias é necessária para reduzir o IMC das crianças, além da atividade física isolada (Harris, Kuramoto, Schulzer & Retallack 2009).

Por fim, as escolas podem ter um importante papel na prevenção da obesidade. Elas podem trabalhar em conjunto com a comunidade para criar uma ambiente para promover uma boa nutrição, atividade física e um peso saudável, por meio de alimentos saudáveis, programas de educação física e aulas sobre saúde (Story & cols., 2006). No entanto, há poucos incentivos financeiros para as escolas irem além do ensino tradicional de educação física e para melhorar o estado nutricional das crianças (*NGA –The National Governours Association, 2009)*.

2.6.1. Prevalência da obesidade em escolares

Após ter visto que a escola pode exercer influência no desenvolvimento da obesidade infantil, é necessário verificar como está a sua prevalência em escolares. Para isso serão apresentados resultados de pesquisa que indicam a prevalência em diversas regiões do país.

a) Crianças de seis a quatorze anos de um ambulatório de pediatria e de uma escola, ambos situados no *campus* da Unicamp (Universidade Estadual de Campinas) na cidade de Campinas, apresentou a seguinte prevalência: a amostra do ambulatório era composta por 107 crianças, das quais 13,1% delas estavam com sobrepeso e 11,2% com obesidade, e a amostra de escolares era de 109 crianças, das quais 16,5% estavam com sobrepeso e 20,2% com obesidade (Troncon & cols., 2007).

b) Estudo realizado no Estado da Bahia, no Brasil, com crianças entre 5 a 9 anos, sendo 415 de escolas públicas e 284 de escolas particulares, com prevalência para escolas privadas de 13,4% de sobrepeso e 7% de obesidade, enquanto para os alunos das escolas públicas, o diagnóstico de sobrepeso e obesidade aconteceu respectivamente em 6,5% e 2,7% alunos (Oliveira & cols., 2003b).

c) Estudo feito no Recife, com 1616 crianças e adolescentes, identificou sobrepeso em 234 (14,5%) e obesidade em 134 (8,3%). Neste estudo, a prevalência de sobrepeso e obesidade foi maior nos pré-escolares, seguido dos escolares e adolescentes (Silva & cols., 2005).

d) Pesquisa realizada com 1927 crianças, de 6 a 11 anos de idade, na cidade de Natal, no Rio Grande do Norte, em escolas públicas e privadas, apresentou os seguintes resultados: nas escolas privadas, no total de 895 alunos, 488 (54,5%) apresentavam risco de sobrepeso ou sobrepeso, e nas escolas públicas, no total de 1032 alunos, foram encontrados 15,6% para risco de sobrepeso ou sobrepeso (Brasil & cols., 2007).

e) Um estudo realizado na cidade de Uberaba, Estado de Minas Gerais, com 229 alunos entre 5 e 15 anos de idade, em uma escola de ensino fundamental, apresentou a

seguinte prevalência: a de sobrepeso foi de 11,79%, e a de obesidade, 13,53% (Xavier, Xavier, Magalhães, Nunes & Santos, 2009).

f) Pesquisa no Município de São Paulo, com 2125 estudantes, de 5ª à 6ª série do ensino fundamental público e privado apresentou 24% com sobrepeso ou obesidade, sendo 26% nas escolas privadas e 22% nas escolas públicas (Nobre, Domingues, Silva, Colugnati & Taddei, 2006).

A obesidade é uma doença cuja prevalência vem aumentando nas últimas décadas (Troncon, & cols., 2007) e todos os estudos que foram apresentados até agora trazem dados que apontam para a alta incidência dessa doença nas crianças.

2.6.2. Exemplos de medidas práticas estabelecidas pelas escolas para o controle do sobrepeso e obesidade

Reconhecido o papel da escola na prevenção da obesidade, algumas medidas práticas estão sendo utilizadas pelas escolas para este controle. Entre essas medidas, seguem algumas:

- O projeto, “a escola promovendo hábitos alimentares saudáveis”, desde 2001, promove práticas alimentares saudáveis nas escolas de educação infantil e ensino fundamental até a 4ª série, públicas e privadas do Distrito Federal, Brasil. Este projeto realiza capacitações para educadores, oferecendo bases técnico-pedagógicas e conhecimentos necessários ao trabalho autônomo de educação nutricional na escola, além de oferecer também, capacitação sobre alimentação saudável para os donos de cantinas escolares (Schmitz & cols., 2008).
- “Planeta saúde” é uma intervenção que ocorre no horário de aula destinada a reduzir a obesidade de jovens de sexta à oitava série nos Estados Unidos. A intervenção visa promover atividade física, alertar sobre os fatores de risco da alimentação, como a ingestão de alimentos gordurosos, e diminuir o “uso” da televisão. Para avaliar a eficácia desse programa foi realizada uma pesquisa que apresentou os seguintes resultados: somente redução da obesidade para meninas, sem diferença significativa para os meninos, o que sugere, a presença de diferentes fatores que devem operar no estabelecimento da obesidade em função do gênero (Gortmaker & cols., 1999).
- A CDC (2008d) identificou 10 estratégias, que usam da atividade física e da alimentação saudável para ajudar as escolas na prevenção da obesidade. Seguem as estratégias: adicionar programas de saúde que abordem a atividade física e nutrição; manter o conselho de saúde ativo nas escolas; acessar as políticas e

programas de saúde da escola e desenvolver melhorias; fortalecer as políticas escolares de alimentação saudável e de atividade física na escola; implementar cursos de educação em saúde; implementar curso de educação física; aumentar as oportunidades dos alunos de participarem na educação física; implementar programas de refeição com qualidade; garantir que os alunos façam escolhas saudáveis nos alimentos oferecidos fora da escola.

- O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), implantado em 1955, garante, por meio da transferência de recursos financeiros, a alimentação escolar dos alunos de toda a educação básica matriculados em escolas públicas e filantrópicas. Seu objetivo é atender às necessidades nutricionais dos alunos durante sua permanência em sala de aula, contribuindo para o crescimento, o desenvolvimento, a aprendizagem e o rendimento escolar dos estudantes, bem como, promover a formação de hábitos alimentares saudáveis (FNDE – fundo Nacional de desenvolvimento da Educação, 2009).
- Programa com o nome de Escolas Promotoras de Saúde, realizado em uma escola pública, em Belo Horizonte, teve o envolvimento de alunos de 12 a 14 anos. Em oficinas semanais eram abordados temas alimentação e higiene, implementação da horta escolar, confecção de cartazes para palestras para a escola e para a comunidade e experimentação de verduras. Este programa obteve resultado positivo: participação dos alunos no projeto, compreensão e absorção pelos jovens da estratégia da escola promotora de saúde e envolvimento da comunidade escolar (Vieira, Ferreira & Mattos, 2005).

Embora já existam alguns programas no Brasil que visem o controle da obesidade, a realidade evidencia que existem diversas situações que deveriam ser corrigidas, como mostra uma pesquisa realizada com 137 educadores de oito creches do Município de São Paulo, que teve o objetivo de avaliar o conhecimento das educadoras de creches sobre a alimentação nos primeiros anos de vida. Como resultado, verificou-se a necessidade da difusão de programas para incorporação de conhecimentos para promover boa alimentação e hábitos alimentares saudáveis, pois o conhecimento obtido por meio de sua formação e da prática foi insuficiente (Shimabukuro, Novaes & Taddei, 2008).

Outra situação que deveria ser corrigida é revelada por uma pesquisa feita em dez municípios brasileiros, sendo dois de cada região geográfica para avaliar o PNAE (Programa Nacional de Alimentação Escolar). As informações foram obtidas a partir de visitas às escolas e entrevistas com 2678 escolares. Verificou-se que a adesão ao

programa de alimentação escolar é baixa, além de ser fortemente afetada pelas variáveis socioeconômicas, idade e estado nutricional dos alunos. Embora concebido para ser universal, na prática, assume caráter focalizado, beneficiando os alunos mais novos e principalmente os escolares comprometidos nutricionalmente, cujas famílias possuem menores rendimentos e escolaridade (Sturion, Silva, Ometto, Furtuoso & Pipitone, 2005).

3. MÉTODO

Para atingir os objetivos, este estudo exploratório, descritivo e correlacional, de natureza quantitativa e qualitativa, foi dividido em duas fases de coleta e análise de dados: uma fase quantitativa e qualitativa, e outra, qualitativa. A descrição detalhada do método utilizado em cada uma das fases está apresentada abaixo.

3.1. 1ª FASE

3.1.1. Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada na sala de aula dos próprios alunos em duas escolas públicas localizadas no Município de Palmeira, Paraná.

3.1.2. Participantes

Os participantes deste estudo foram selecionados em uma amostra por conveniência, no total de 139 alunos matriculados na 5ª e 6ª séries do ensino fundamental e 139 responsáveis por esses alunos. Da Escola 1 DC[4] foram 75 alunos, 75 responsáveis e o diretor da escola; e da Escola 2 SJ[5] foram 64 alunos, 64 responsáveis e o diretor da escola.

Os alunos tinham idade entre 10 a 14 (idade média=11,45; desvio padrão de 1,06), sendo 64% do sexo feminino (n=87) e 36%(n=50) do sexo masculino. Os responsáveis participantes foram 82% mães (n=83), 11% pais (n=11) e 7%(n=7) outros, como, padrasto, madrasta, tios, avós, irmãos (sendo que em 38 o parentesco não foi informado).

3.1.3. Instrumentos

Os instrumentos aplicados nas crianças participantes estão descritos abaixo:

1) **Questionário Elaborado para a Pesquisa 1:** objetiva verificar informações de identificação das crianças como: idade, data de nascimento, sexo, se já repetiu de ano, qual o período em que estuda, quais e quantas pessoas residem na casa, número de irmãos, tempo que as crianças passam com seus pais; se têm algum problema de saúde que interfere no peso, e a situação conjugal dos pais (Anexo A).

---

[4] DC: iniciais do nome da escola

[5] SJ: iniciais do nome da escola

2) **Critério de Classificação Econômica Brasil**: segundo o IBOPE (2008) esse critério enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”, mas adotando o de “classes econômicas”. Para essa escala as crianças responderam as questões sobre a quantidade dos seguintes itens que existem na sua casa: televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, máquina de lavar, videocassete e/ou DVD, geladeira, freezer (Anexo B).

3) **Escalas de Exigência e Responsividade:** essas escalas avaliam os estilos parentais e foram criadas por Lamborn, Mounts, Steinberg e Dornbusch (1991). Elas foram validadas, traduzidas e adaptadas no Brasil por Costa, Teixeira e Gomes (2000) para adolescentes, e foram também adaptadas e validadas para crianças por Weber, Prado, Viezzer e Brandemburg (2004). Nesta pesquisa será utilizada a última versão citada, que tem 16 questões divididas em duas escalas: 10 perguntas que medem o quanto a criança percebe seus pais como amorosos, responsivos e envolvidos (responsividade); e 6 perguntas que medem o quanto os pais monitoram e supervisionam a criança (exigência). As escalas são avaliadas por um sistema Likert, de três pontos, e cada item possui um valor: de 1 a 3 pontos (Anexo C)

4) **Questionário de Verificação das Práticas Alimentares versão Filhos**: elaborado por Musher-Eizenman e Holub (2007) é um instrumento adequado para medir as práticas alimentares utilizadas pelos pais e as suas implicações no comportamento alimentar dos filhos. O primeiro estudo validou nove fatores de práticas alimentares para mães e pais. O segundo estudo teve como objetivo incluir mais itens em duas práticas que não tinham itens suficientes para defini-las. O terceiro estudo validado expandiu para 12, os fatores que medem as práticas alimentares utilizadas por mães de crianças de 2 a 8 anos de idade. Esses três estudos tiveram o objetivo de incluir uma variedade de comportamentos com que os pais se ocupam quando alimentam seus filhos e destes, quais estão relacionados a uma alimentação mais saudável e quais não. As doze práticas alimentares utilizadas pelos pais são: (1) controle da alimentação feito pela criança: os pais deixam o controle da alimentação ser feito pela criança; (2) controle das emoções: os pais usam a comida para controlar os estados emocionais da criança; (3) incentivo ao equilíbrio e variedade: os pais proporcionam o equilíbrio e variedade na alimentação dos seus filhos; (4) ambiente: os pais deixam alimentos saudáveis disponíveis em casa; (5) alimento como

recompensa: os pais utilizam a comida como recompensa ao bom comportamento do seu filho; (6) envolvimento: os pais estimulam o envolvimento dos seus filhos no planejamento e preparação das refeições; (7) modelo: os pais comem alimentos saudáveis para dar exemplo para seus filhos; (8) monitoramento: os pais ficam atentos no consumo de alimentos menos saudáveis pelos seus filhos; (9) pressão: os pais pressionam seus filhos a comerem mais nas principais refeições; (10) restrição por saúde: os pais controlam o consumo de comida dos seus filhos com o propósito de limitar comidas menos saudáveis e doces, para manter seus filhos mais saudáveis; (11) restrição para o controle do peso: os pais controlam o consumo de comida dos seus filhos com o objetivo de diminuir ou manter o peso deles; (12) ensino sobre nutrição: os pais ensinam o valor nutricional dos alimentos aos seus filhos para incentivar o consumo de alimentos saudáveis. Acrescentou-se aos instrumentos uma pergunta sobre o que a criança acha sobre a sua alimentação, sobre praticar algum esporte, o que pensa sobre seu corpo, escrever o que quiser sobre os seus pais e, em ordem de importância, escrever três coisas que mudaria em sua vida (Anexo D).

5) **Índice de Massa Corporal (IMC):** objetiva determinar se o indivíduo está com um peso normal ou não, para uma dada altura. Para a criança o IMC foi obtido pela medição da sua altura e do seu peso. Os instrumentos utilizados foram a fita métrica e uma balança. Em relação ao cálculo do IMC dos pais, foram utilizados a altura e o peso mencionados pelo responsável no questionário que a eles correspondia.

Os instrumentos aplicados a um dos responsáveis pela criança estão descritos abaixo:

1) **Questionário Elaborado para a Pesquisa 2:** objetiva verificar informações sobre escolaridade e profissão dos pais, quem é o chefe da família e a altura e peso dos pais (Anexo E).

2) **Questionário de Verificação das Práticas Alimentares versão Pais:** é o mesmo, descrito para as crianças; o que o difere é a forma de apresentação das perguntas para os pais responderem em relação ao seu filho participante da pesquisa. Acrescentou-se ao final, uma questão aberta para os responsáveis escreverem sobre o que quiserem sobre o aluno participante (Anexo F).

O instrumento aplicado aos diretores das duas escolas participantes está descrito abaixo:

1) **Verificação das Práticas Escolares no Controle da Obesidade:** consiste em uma entrevista semiestruturada, elaborada para a pesquisa, com base na literatura, com o diretor da escola, para verificar as práticas utilizadas pelas escolas participantes no controle da obesidade (Anexo G).

3.1.4. Procedimentos de coleta dos dados

Após a seleção das escolas na cidade de Palmeira, em uma amostragem por conveniência, foi feito contato com a direção de cada escola, com o objetivo de obter a autorização para realizar a pesquisa (Anexo H). Obtida a autorização das escolas, a pesquisadora foi a cada uma delas e entregou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I) para as crianças levarem para seus pais, como o objetivo de se informarem sobre os objetivos da pesquisa e seus direitos como participantes, sendo enfatizado que sua participação seria voluntária e anônima. Os responsáveis que estavam de acordo, responderam um questionário que foi entregue junto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizaram seus filhos a participarem da pesquisa e encaminharam os dois documentos pela criança para levá-los para a escola.

Passados dois dias, a pesquisadora retornou às escolas participantes e fez a aplicação dos questionários para todas as crianças presentes na sala de aula, devido à escola solicitar esse procedimento, porém somente os questionários das crianças que trouxeram o Termo de Consentimento assinado e o questionário respondido pelos pais foram utilizados. Os questionários referente às crianças foram grampeados juntamente com o de seus pais, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi recolhido à parte. Enquanto as crianças respondiam a seus questionários em sala de aula, uma nutricionista chamava-os para, em outro ambiente, verificar o peso e a altura. O tempo de aplicação em cada turma foi de aproximadamente 50 minutos, totalizado 6 turmas de 5ª e 6ª séries para cada escola.

Na data de entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e dos questionários a serem encaminhados para os pais, a pesquisadora realizou a entrevista com o diretor de cada escola participante, totalizando uma média de tempo de 20 minutos para cada entrevista (Anexo J). O presente projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética do Setor de Saúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, sob o registro CEP/SD: 966.091.10.07 e CAAE: 0046.0.091.000-10.

3.1.5. Procedimento de análise de dados

Os dados coletados nesta fase referentes ao questionário das crianças e um dos seus responsáveis foram analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versão 15. As medidas estatísticas acompanham cada análise, e para melhor compreender suas implicações, é importante observar o índice *p*, pois seu valor indica a probabilidade de a diferença entre os grupos estar determinada pelo acaso. Ou seja: quanto menor o valor de *p*, maior é a certeza de que naquela variável os grupos apresentem diferenças consistentes. O nível utilizado de significância foi $p<0,05$. As análises ocorreram por meio de medidas descritivas (médias, medianas, percentagens, desvio-padrão etc.), e foram calculados escores totais por escalas, bem como os escores das suas subescalas. Foram realizados testes estatísticos para relacionar as diferentes variáveis investigadas, conforme os objetivos descritos. Para a análise de dados foram utilizados, entre outros, os seguintes testes estatísticos: Anova, Qui-quadrado, Correlação de Pearson, *t de Student* – este, tanto na versão para amostras independentes quanto para amostras pareadas e análise de Cluster. A consistência interna das escalas foi avaliada por meio do índice alfa de Cronbach cujo valor mínimo esperado é de 0,7.

1) Questionário Elaborado para a pesquisa 1: utilizou-se o teste estatístico Qui-Quadrado para verificar as relações entre variáveis como gênero, IMC e a situação conjugal dos pais.

2) Critério de Classificação Econômica Brasil: a ABEP – Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa, a pedido da ABA – Associação Brasileira de Anunciantes – completou o processo de revisão do CCEB – Critério de Classificação Econômica Brasil –, que mostrou a introdução de ajustes no critério que era utilizado anteriormente. A partir de diversas simulações, os autores concluíram pela manutenção das mesmas variáveis, com exclusão de uma delas – o aspirador de pó – cujos testes demonstraram que este já não contribui para aumentar o poder de discriminação do modelo (Tabela 1 e 2). Outras mudanças foram: o novo modelo de atribuição de pontos às variáveis utilizadas resulta em uma escala de 0-46 pontos e à subdivisão da classe C em classes C1 e C2 (Tabela 3). Com esses ajustes, obteve-se uma pequena melhora na relação entre a nova escala e a renda familiar, como indicam os coeficientes de: correlação: de 0,76 para 0,79; determinação: de 0,58 para 0,62 (IBOPE, 2008).

Tabela 1: Sistema de pontos

Posse de itens	Não tem	Tem			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte de geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Tabela 2: Sistema de pontos

Grau de instrução do chefe da família	Pontos
Analfabeto / Primário incompleto Analfabeto / Até 3a. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginasial incompleto / Até 4a. Série Fundamental	1
Ginasial completo / Colegial incompleto /Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto / Médio completo	4
Superior completo	8

Tabela 3: Cortes do critério Brasil

Classe	Pontos	Total Brasil %
A1	42 - 46	0,9%
A2	35 - 41	4,1%
B1	29 - 34	8,9%
B2	23 - 28	15,7%
C1	18 - 22	20,7%
C2	14 - 17	21,8%
D	8 - 13	25,4%
E	0 - 7	2,6%

3) Escalas de Exigência e Responsividade: foi usada a mediana da amostra para considerar um escore alto ou baixo em ambas as dimensões. Por meio dos escores das duas escalas foram classificados os estilos parentais. Os pais com escore alto em exigência e baixo em responsividade foram classificados no estilo autoritário; os pais com escore alto nas duas dimensões, no estilo autoritativo; com escore alto em responsividade e baixo em exigência, no estilo permissivo, e aqueles, com baixo escore em ambas as dimensões, no estilo negligente.

4) Questionário de Verificação das Práticas Alimentares versão Filhos e Pais: somaram-se os itens que compõem cada subescala para gerar um escore para cada uma das práticas e também um escore total, calculado conforme trabalho de Musher-Eizenman e Holub (2007). Segundo esse autor são somadas as escalas de práticas alimentares consideradas positivas (incentivo ao equilíbrio e variedade, ambiente, envolvimento, modelo, monitoramento e ensino sobre nutrição) e descontados os escores das negativas (controle das emoções, alimento como recompensa, pressão, restrição por saúde e restrição para controle do peso). O escore da prática de controle da criança, segundo os autores, não gera efeito sobre o escore total - possivelmente por poder apresentar efeitos paradoxais no desenvolvimento do comportamento alimentar das crianças.

Nos testes estatísticos utilizados para verificar a relação entre práticas alimentares e o sexo da criança, foi utilizado o *teste t* de *Student;* para investigar a relação entre IMC que indique sobrepeso e obesidade e práticas de alimentação foi utilizado o teste Anova. E, ainda, para verificar as percepções das práticas de alimentação infantil mencionada pelos responsáveis e pelas crianças foi utilizado o teste *t* de *Student* para amostras pareadas, e, por fim, para verificar as relações entre estilos parentais e práticas de alimentação infantil foi utilizada a Correlação de Pearson.

5) Índice de Massa Corporal (IMC): para a avaliação do sobrepeso e obesidade infantil existem procedimentos e critérios diferentes quando comparados aos do adulto. Nesta pesquisa, o IMC foi avaliado de acordo com os critérios do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (*Centers for Disease Control and Prevention* – CDC), que estabelece que o valor do IMC é obtido pelo peso, em Kg, dividido pelo quadrado da altura, em metros (Viuniski, 2005). Ao obter o valor do IMC, verifica-se-o sobre um gráfico para o sexo feminino (Anexo L) e outro, para o masculino (Anexo M) para obter o percentil, e, em seguida, tem-se a indicação se a criança está com baixo peso, peso normal, sobrepeso e obesidade, conforme a Tabela 4. Este procedimento pode ser

aplicado com indivíduos de idade de 2 a 20 anos e pode ser realizado tanto manualmente como já descrito, ou de forma automática pelo site da CDC.

Tabela 4: Classificação do peso para indivíduos de 2 a 20 anos segundo *Centers for Disease Control and Prevention* – CDC

IMC	PESO
Percentil ≥ 95	Obesidade
Percentil de 85 a < 95	Sobrepeso
Percentil de 5 a < 85	Peso normal
Percentil < 5	Desnutrição

Para a avaliação do IMC adulto com vinte anos ou mais, tanto para o sexo feminino quanto masculino, o seu cálculo também é obtido pelo peso, em Kg, dividido pelo quadrado da altura, em metros (CDC, 2010). A Tabela 5 classifica o IMC dos adultos em desnutrição, peso normal ou saudável, sobrepeso e obesidade.

Tabela 5: Classificação do peso para indivíduos de 20 anos ou mais, segundo *Centers for Disease Control and Prevention* – CDC

IMC	PESO
Abaixo 18.5	Desnutrição
18.5 – 24.9	Peso Normal
25.0 – 29.9	Sobrepeso
30.0 ou acima	Obeso

6) Questionário Elaborado para a Pesquisa 2: as informações contidas nesse questionário visam complementar a avaliação do critério de classificação econômica Brasil e o cálculo do IMC dos Pais.

7) Verificação das práticas escolares para o controle da obesidade: foi feita uma análise qualitativa de categorias de respostas discursivas. As análises das respostas abertas foram feitas com base em categorização de equivalência semântica de conteúdo. A categorização dos dados foi efetuada após a realização de todas as entrevistas, em consonância com os temas destacados no referencial teórico, e com base na proposta de pesquisa. Em um sistema de categorização de eventos comportamentais (no caso da presente pesquisa o comportamento é o relato verbal dos participantes) é essencial a descrição precisa das variáveis e a operacionalização dos eventos de acordo com uma

dada dimensão comportamental. De acordo com Danna e Matos (1999, 134), a definição de um evento em uma dada categoria deve: “a) ser objetiva, clara e precisa; b) ser expressa na forma direta e afirmativa; c) incluir somente elementos que lhe sejam pertinentes; d) ser explícita e completa”. É preciso, ainda, evitar o conceito “circular”, ou seja: o termo utilizado não pode ser apresentado na sua definição, e devem ser evitados termos subjetivos ou fatos interpretados ou inferidos (Cunha, 1975; Fagundes, 1992; Zamignan & Meyer, 2007).

3.2. Análise Funcional Qualitativa de Casos

3.2.1. Local da pesquisa

A pesquisa nesta fase foi realizada em um consultório de psicologia no Município de Palmeira, Paraná.

3.2.2. Participantes

Participaram desta fase da pesquisa um menino com 11anos e uma menina com 12 anos.

3.2.3. Instrumentos

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado (Anexo N) para a realização das entrevistas, um gravador para gravar a entrevista e uma fita métrica e uma balança para verificar respectivamente a altura e o peso da criança.

3.2.4. Procedimento de coleta dos dados

Primeiramente foi solicitada a autorização dos pais das crianças para a participação na entrevista e autorização para que fosse gravada (Anexo O). Com autorização, as entrevistas foram agendadas e realizadas. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas. Os participantes dessa fase foram previamente selecionados mediante o critério de apresentarem sobrepeso ou obesidade e terem deixado o telefone para contato nos questionários a que os pais responderam em suas casas.

3.2.5. Procedimento de análise de dados

Os dados foram analisados de forma qualitativa, procurando descrever os comportamentos das crianças e de seus pais em relação à obesidade da criança. De acordo com Ludke e André (1986), na entrevista a relação que se cria é de interação,

havendo uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde, o que permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos.

Assim, esta técnica permitiu a realização de uma análise funcional do comportamento de comer dos participantes. A análise funcional é um método que busca compreender um comportamento, ou seja, busca identificar as relações entre os eventos ambientais e as ações do organismo. Para estabelecer estas relações, deve-se especificar a ocasião em que a resposta ocorre, a própria resposta e as consequências reforçadoras. Para identificar relações entre variáveis ambientais e o comportamento de interesse, inicia-se a análise, com a descrição da situação antecedente e da subsequente, para, em seguida, verificar quais destes eventos de fato exercem controle sobre a resposta analisada (Meyer, 2003).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. 1ª Fase

4.1.1. Prevalência de sobrepeso e da obesidade e as relações entre IMC dos pais e dos filhos

A prevalência do sobrepeso e obesidade no mundo todo tem aumentado e tem sido apontada como uma epidemia (Mello & cols., 2004; Philipsen & Philipsen, 2008) ou, até mesmo, como uma pandemia (Troncon & cols., 2007). A Figura 2 apresenta a distribuição das crianças conforme os grupos designados a partir do Índice de Massa Corpórea.

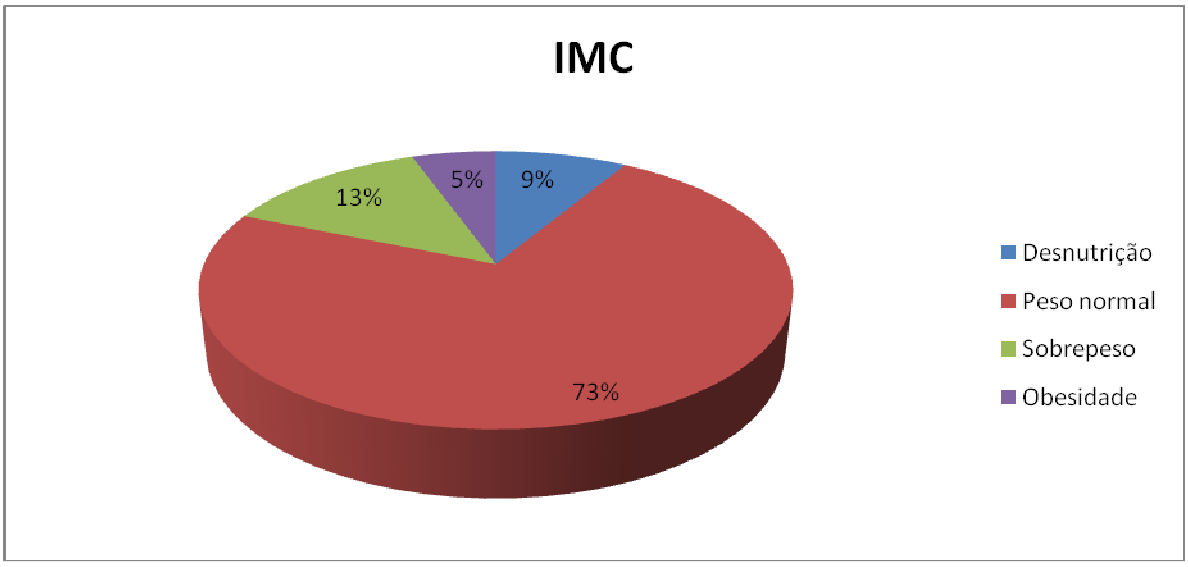


Figura 2 - IMC das crianças classificadas em desnutrição, peso normal, sobrepeso e obesidade

Os dados da Figura 2 mostram que 13% das crianças estão com sobrepeso, e 5%, com obesidade, fato que condiz com a literatura, que aponta uma frequência de obesidade infantil que varia de 5 a 18%, de acordo com a região estudada (Rinaldi & cols., 2008). Outro dado verificado foi o de que a desnutrição apresentou uma porcentagem de 9%, sendo menor que o número total de sobrepeso e obesidade, que é 18%. Este fato também é confirmado pela literatura, a qual afirma que, no Brasil vive-se uma inversão nutricional, ou seja, a obesidade está aumentando em todas as faixas etárias, enquanto que a desnutrição está diminuindo (Viuniski, 1999).

As medidas de peso e altura informados no questionário que foi respondido por um dos responsáveis permitiram o cálculo do IMC da mãe e do pai, conforme as Figuras 3 e 4.

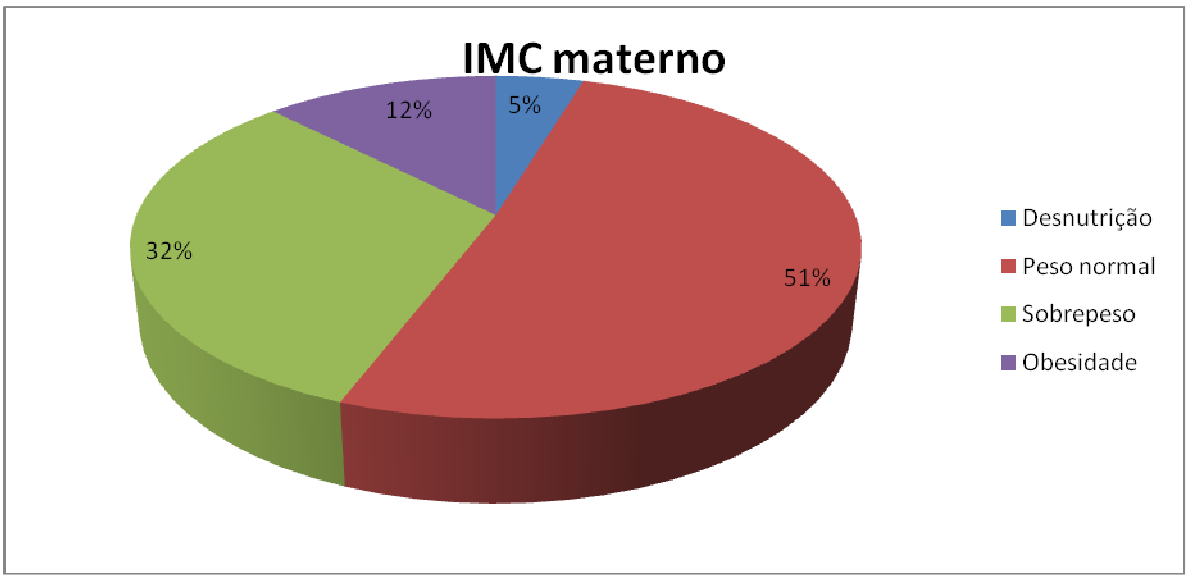


Figura 3 - IMC materno classificado em desnutrição, peso normal, sobrepeso e obesidade

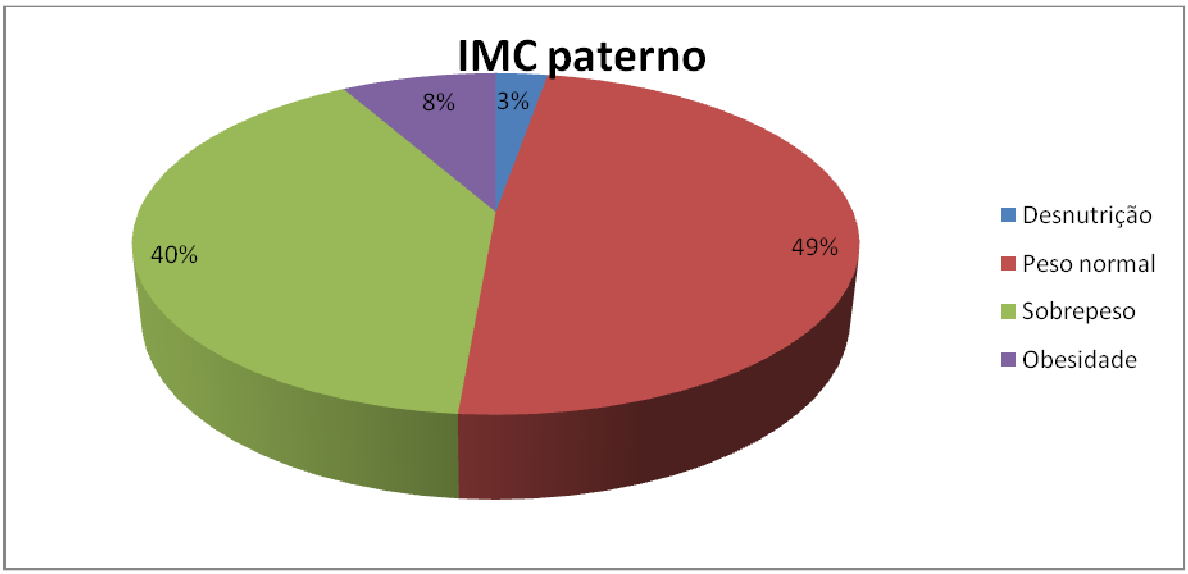


Figura 4 - IMC paterno classificado em desnutrição, peso normal, sobrepeso e obesidade

A prevalência de sobrepeso foi altíssima tanto para as mães quanto para os pais, sendo para as mães de 32% e de 40% para os pais, e de obesidade foi de 12% para mães e 8% para os pais. Conforme pesquisa do IBGE (2004), 38,8 milhões de pessoas com 20 anos, ou mais, de idade estão acima do peso, o que significa 40,6% da população total do país. Na amostra estudada 44% das mães e 48% dos pais estão com excesso de peso. Mesmo que a prevalência do sobrepeso e da obesidade das crianças tenha sido menor comparada ao grupo de pais, como estará o IMC dessas crianças na fase adulta? Visto a alta prevalência de excesso de peso nos seus pais.

Procurando entender as diversas relações entre o excesso de peso da criança e o comportamento dos seus pais, um dos objetivos neste estudo foi o de verificar a relação do IMC das crianças com o de seus pais através do teste Anova, porém não foi observada relação significativa entre a condição de IMC da criança e o IMC do pai (F=0,50, gl=3, p > 005) ou o IMC da mãe (F=1,00, gl=3, p > 005). As pesquisas apontam para essa relação resultados diferentes, na qual algumas confirmam essa relação (Birch & Fisher, 1998; Birch & Fisher, 2000; Giugliano & Carneiro, 2004; Oliveira & cols., 2007; Philipsen & Philipsen, 2008), outras não (Musher-Eizenman & cols., 2009), e ainda outras relacionam-na somente com o IMC materno (Johannsem & cols., 2006; Musher-Eizenman & cols., 2009; Watkins & cols., 2007).

4.1.2. Relações entre IMC dos filhos e o estado civil dos pais, com a classe econômica e com as mães que trabalham fora de casa

Para verificar a relação entre o estado civil dos pais e a presença de sobrepeso e obesidade em crianças não foi observada relação significativa, conforme a Figura 5, sendo que para essa análise foram desconsideradas as condições nas quais poucos participantes se contavam (pais viúvos ou filhos em desnutrição, por exemplo).

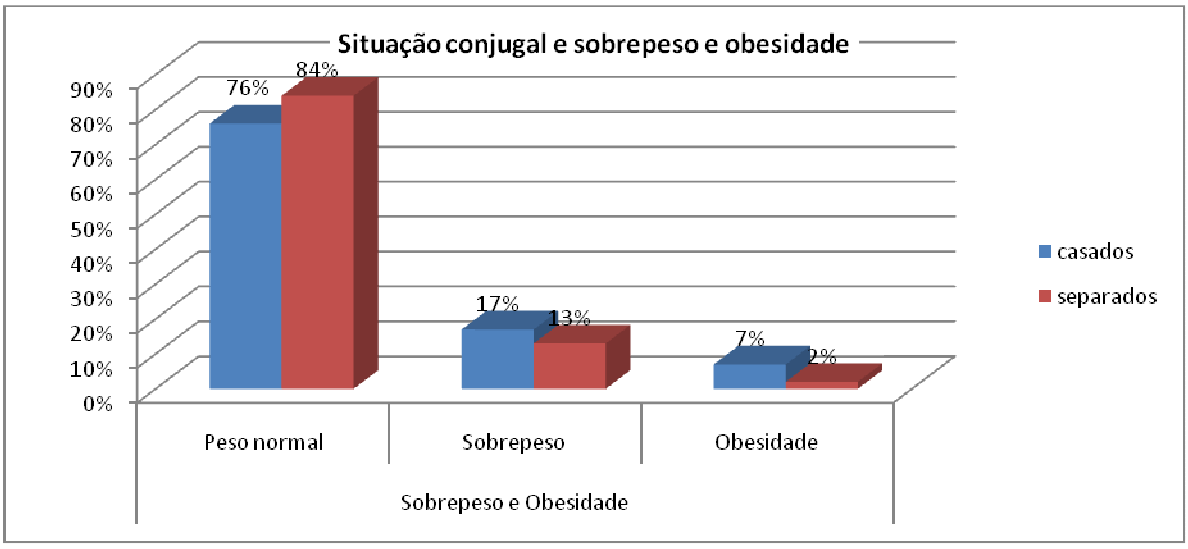


Figura 5 – Relação entre situação conjugal dos pais e a presença de sobrepeso e obesidade nas crianças (X2=1,43, gl=2, p>0,05, n=110)

No entanto, a Figura 5 mostra uma leve tendência ao sobrepeso e obesidade entre filhos de pais casados, em relação ao grupo de pais separados. No Brasil, a obesidade é menos prevalente em crianças que têm os pais separados; uma das explicações para isso é que, com a separação dos pais, muitas vezes ocorre uma redução na renda familiar,

resultando em uma diminuição no acesso aos alimentos (Oliveira & cols., 2007). Porém, a explicação entre estado civil e a presença de obesidade para os filhos pode envolver outros fatores que podem explicar essa relação, necessitando assim, de melhor investigação em pesquisas futuras.

Outra hipótese seria a de que os filhos de pais casados teriam duas figuras (paterna e materna) diariamente oferecendo comida para as crianças, ao passo que no caso de pais separados, a criança estaria recebendo alimentos somente de um dos responsáveis, pois dificilmente os dois responsáveis convivem juntos no momento em que estão com seus filhos.

Heller (2004) aponta que nos casos de famílias em que ocorre a superalimentação, a relação com a comida apresenta-se de maneira bastante desadaptativa. A comida serve para diferentes fins e é associada a diferentes situações como: solidão (pais viajam ou saem e, ao voltar, trazem doces para a criança), dor (a criança se machuca e ganha água com açúcar e doces para se acalmar e alegrar-se), socialização (faz-se muita comida para as visitas e não se aceita que não consumam, com isso a criança aprende que é falta de educação deixar comida no prato mesmo que não se tenha fome).

Através da escala Critério Brasil, foi verificada a classe econômica das famílias participantes. Foram encontradas participantes desde a classe D até a classe A2, conforme apresenta a Figura 6.

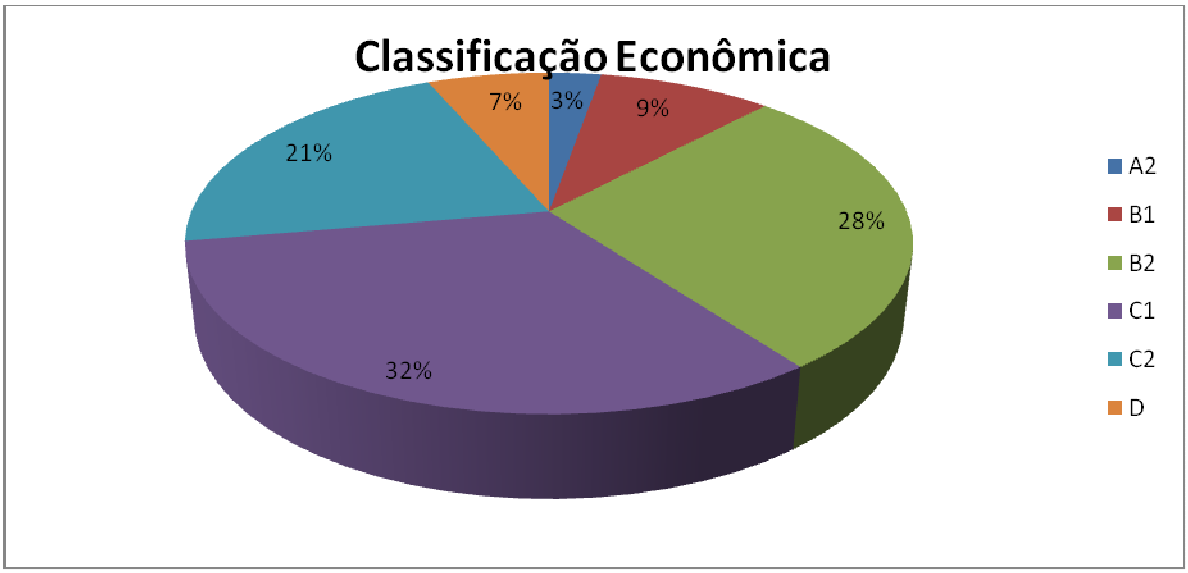


Figura 6 – Classe econômica das famílias participantes (X2=20,17, gl=15, p>0,05)

Não foi encontrada relação significativa entre a condição de IMC da criança (dividido em desnutrição, peso normal, sobrepeso e obesidade) e a classe socioeconômica das famílias participantes. Tampouco verificando a relação somente entre os grupos de crianças com peso normal e sobrepeso e agrupando as classes econômicas, dado apresentado na Figura 7.

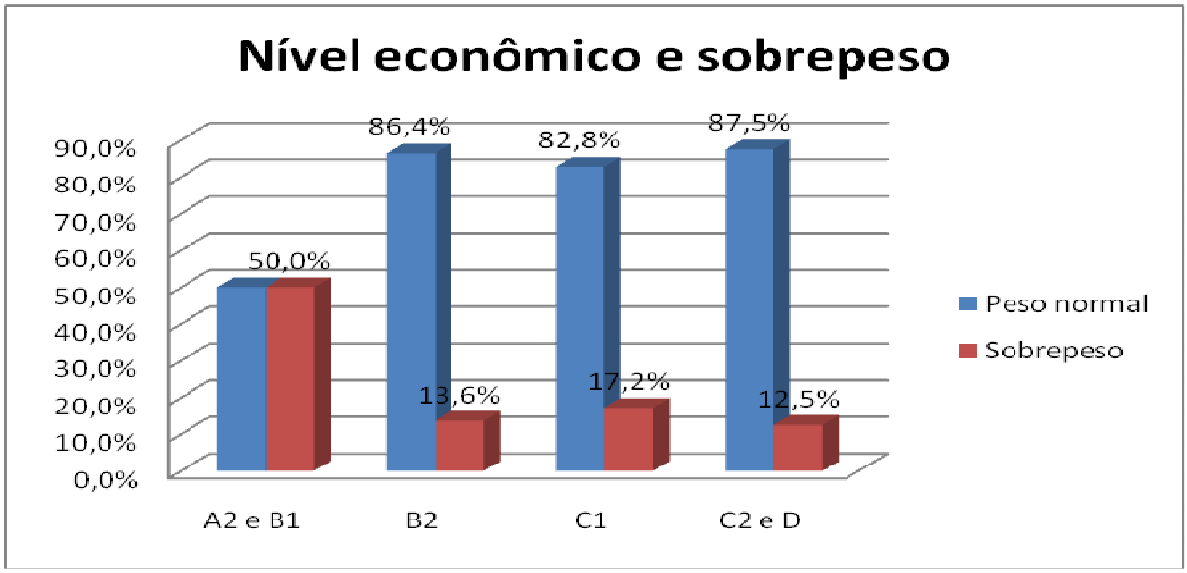


Figura 7 – Relação entre classe econômica e grupo de crianças com peso normal e sobrepeso (X^2=7,4, gl=3, p>0,05)

Refazendo um novo agrupamento entre as classes econômicas com sobrepeso e obesidade, também não houve uma relação significativa, conforme apresentado na Figura 08. Entretanto, parece claro, pelas Figuras 7 e 8, que o excesso de peso está mais presente nas classes mais altas.

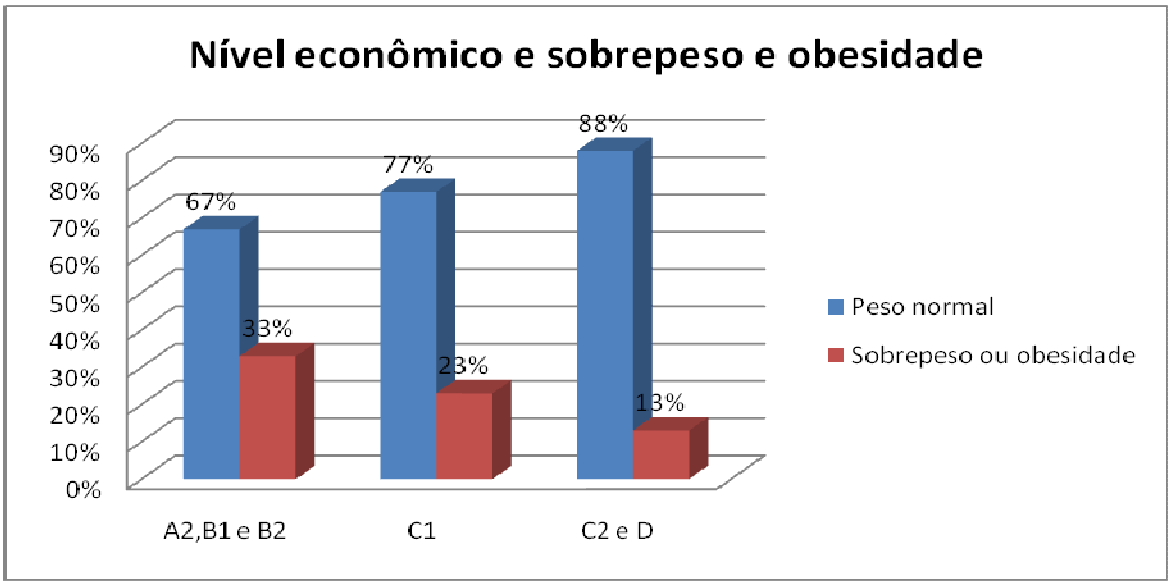


Figura 8 – Relação entre classe econômica e grupo de crianças com peso normal e sobrepeso ou obesidade (X^2=3,5, gl=2, P>0,05)

Conforme a literatura, o excesso de peso sofre influência da questão socioeconômica (Birch & Fischer, 2000; Butte, 2009; Oliveira & cols., 2003a; Oliveira & cols., 2007; Stein & Conditz, 2004). Em uma pesquisa internacional, a renda dos pais não apresentou relação com o IMC dos filhos (Musher-Eizenman & cols., 2009); já em outras pesquisas feitas no Brasil, o sobrepeso e a obesidade relacionaram-se com crianças de melhor condição socioeconômica (Brasil, Fisberg & Maranhão, 2007; Oliveira & cols., 2007; Silva, Balaban & Motta, 2005).

De acordo com os resultados apresentados na Figura 7 e 8, uma hipótese para essa condição seria que pais que têm uma condição social mais elevada têm acesso a uma maior diversidade de alimentos, que podem não ser adequados a uma alimentação equilibrada das crianças, o que pode levar ao excesso de peso.

Os resultados apresentados na Figura 9 mostram que não houve diferença significativa na condição do IMC dos filhos de mães donas de casa e de mães que trabalham fora.

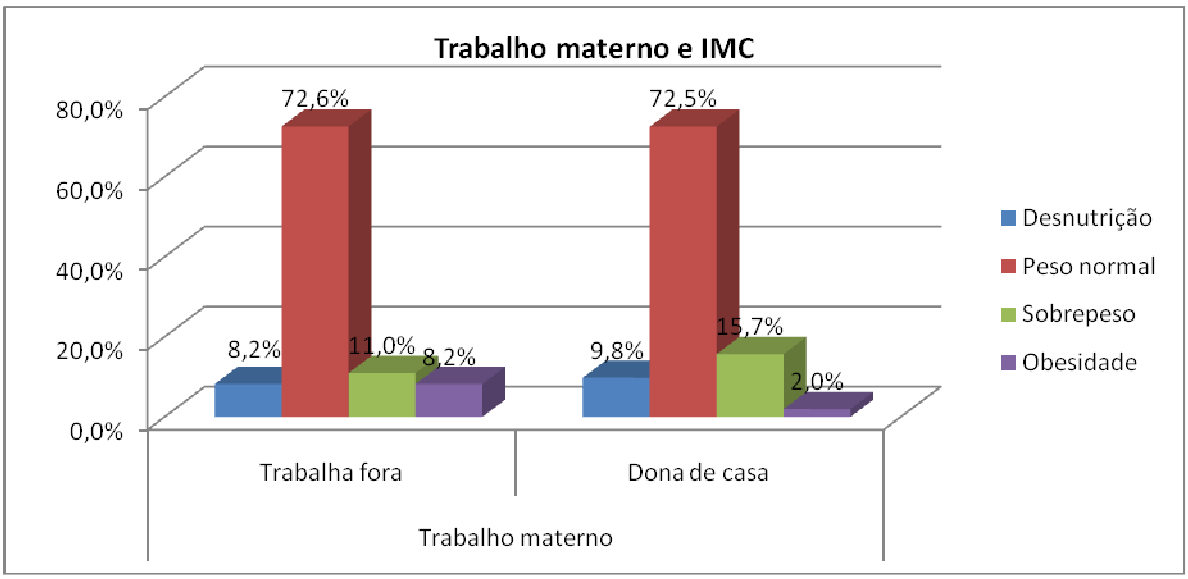


Figura 9 – Relação entre IMC da criança e o fato de as mães trabalharem fora ou não (X^2=2,7, gl=3, p>0,05)

Uma sutil tendência pode ser observada na figura 9, na qual, os filhos de mães que trabalham fora apresentam uma maior frequência de obesidade do que os filhos de mães que são dona de casa. Estes resultados podem ser comparados a duas pesquisas, uma, internacional, de Phipps e cols. (2006), que enfatiza associação entre obesidade e mães que trabalham fora e outra, nacional, realizada por Oliveira e cols. (2007), que não mostrou nenhuma associação. Considera-se que, pela falta de tempo, mães que trabalham fora de casa podem não conseguir preparar uma alimentação mais equilibrada, fazendo mais uso de *fast food*, o que pode levar a criança ao aumento de peso. Ao passo que mães que são donas de casa teriam mais tempo para preparar uma alimentação mais saudável para seus filhos.

4.1.3. O uso das práticas de alimentação infantil em razão do sexo da criança

Para o fato de existirem ou não, diferenças significativas nas práticas de alimentação infantil em razão do sexo da criança, de acordo com o teste *t* de *Student* foi observada diferença na percepção das práticas alimentares utilizadas pelas mães entre meninos e meninas (*t*=-2,0, gl=101, p<0,05), sendo a média das meninas (15,0) significativamente maior que a dos meninos (11,9). A mesma relação se apresentou para os escores totais de práticas alimentares de pais e mães somados (*t*=-2,0, gl=89, p<0,05). Utilizando o mesmo teste, não foi encontrada diferença significativa para os escores paternos (t=-0,88, gl=97, p>0,05). Estes resultados podem ser verificados na Figura 10.

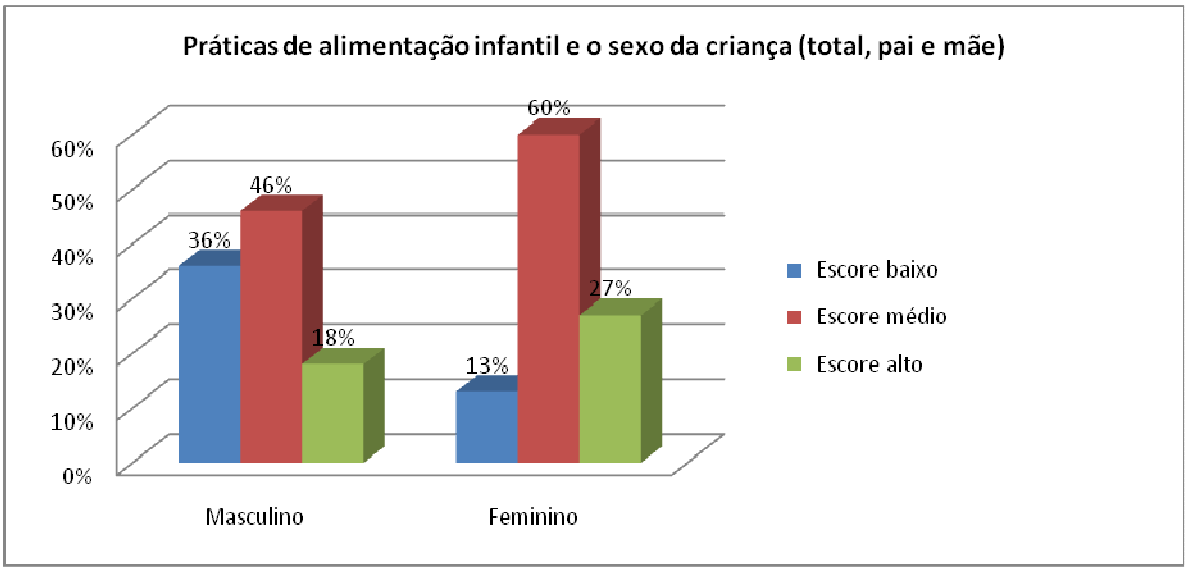


Figura 10 – Práticas de alimentação infantil e o sexo da criança (T=-2,0, gl=89, p<0,05)

Esses resultados encontrados corroboram as conclusões de Orrell-Valente e cols. (2007), que afirmam que as estratégias alimentares utilizadas por pais e mães podem variar conforme o sexo da criança, mas são contrários às pesquisas feitas por Musher-Eizenman e cols. (2009), Kroller e Warschburger (2009), nas quais não houve diferença das práticas utilizadas pelos pais em relação ao sexo da criança. Na pesquisa de Spruij-Metz e cols. (2002), eles verificaram que as mães diferem no uso do monitoramento com seus filhos; elas tendem a monitorar mais os meninos do que as meninas com seus lanches, doces e consumo de gordura.

As mães ou as mães e pais combinados, conforme apresentado no resultado no teste utilizado, podem praticar uma alimentação mais adequada com as meninas pelo fato de uma cobrança social maior para que as mulheres mantenham-se magras, sendo até mesmo a magreza considerada sinônimo de beleza. Ao passo que somente para os pais essa relação não foi significativa, talvez por os homens não privilegiarem tanto uma alimentação e um peso saudáveis.

No entanto, analisando cada classe de prática alimentar individualmente, não foi observada diferença significativa. Nas práticas de envolvimento e de incentivo ao equilíbrio e variedade foi observada tendência a maior escore materno, para as meninas, ou seja, apresentando práticas de alimentação mais adequadas com as meninas, (duas práticas afetando o escore total, mas não foram significativas em si) o que não constituiu diferença significativa.

A prática de envolvimento utilizada pelas mães com suas filhas pode estar ligada ao papel social da mulher que é o de estar envolvida com as atividades domésticas, que, neste caso é a preparação de alimentos. Desse modo, as mães envolvem mais meninas no planejamento e preparação das refeições, o que caracteriza também uma prática que ajuda a manter um IMC saudável. Quanto à prática de incentivo ao equilíbrio e variedade por parte das mães para as suas filhas, essa tendência pode ocorrer pelo mesmo fato que já foi mencionado, que é tentar manter as filhas sempre magras, e para atingir esse objetivo, as mães podem utilizar-se dessa estratégia alimentar.

Dessa forma, a percepção das práticas alimentares maternas pelas filhas parece mais favorável que a percepção pelos filhos. Como não foi encontrada a mesma relação para o relato da própria mãe quanto a suas práticas alimentares (T=0,71, p>0,05), pode-se considerar que seja um resultado relacionado às condições de percepção dos filhos.

4.1.4. Relação entre IMC dos filhos e os estilos parentais

As Escalas de Responsividade e Exigência (estilos parentais) apresentaram uma ótima validade interna, com Alfa de Cronbach de α=0,85 para as medidas maternas e de α=0,92 para as paternas. A prevalência dos pais e mães classificados conforme os estilos parentais pode ser observada na Figura 11 para os pais e na Figura 12 para as mães.

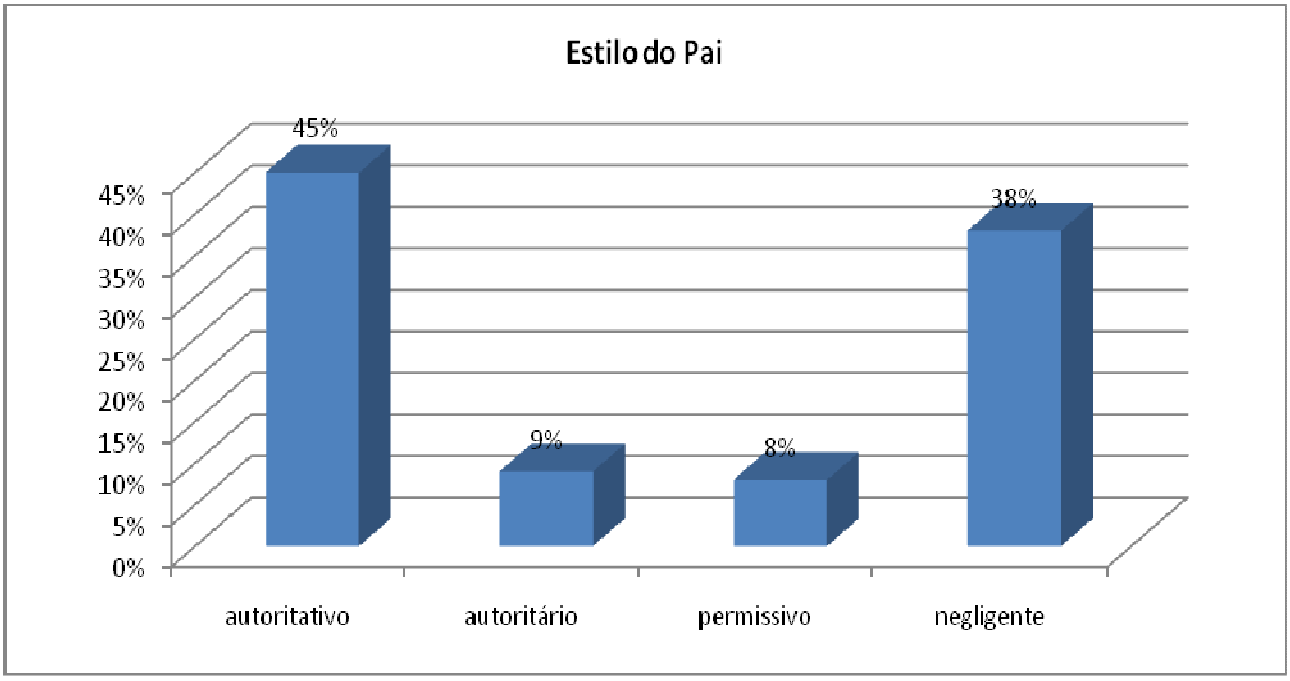


Figura 11 – Classificação dos estilos parentais para a figura paterna

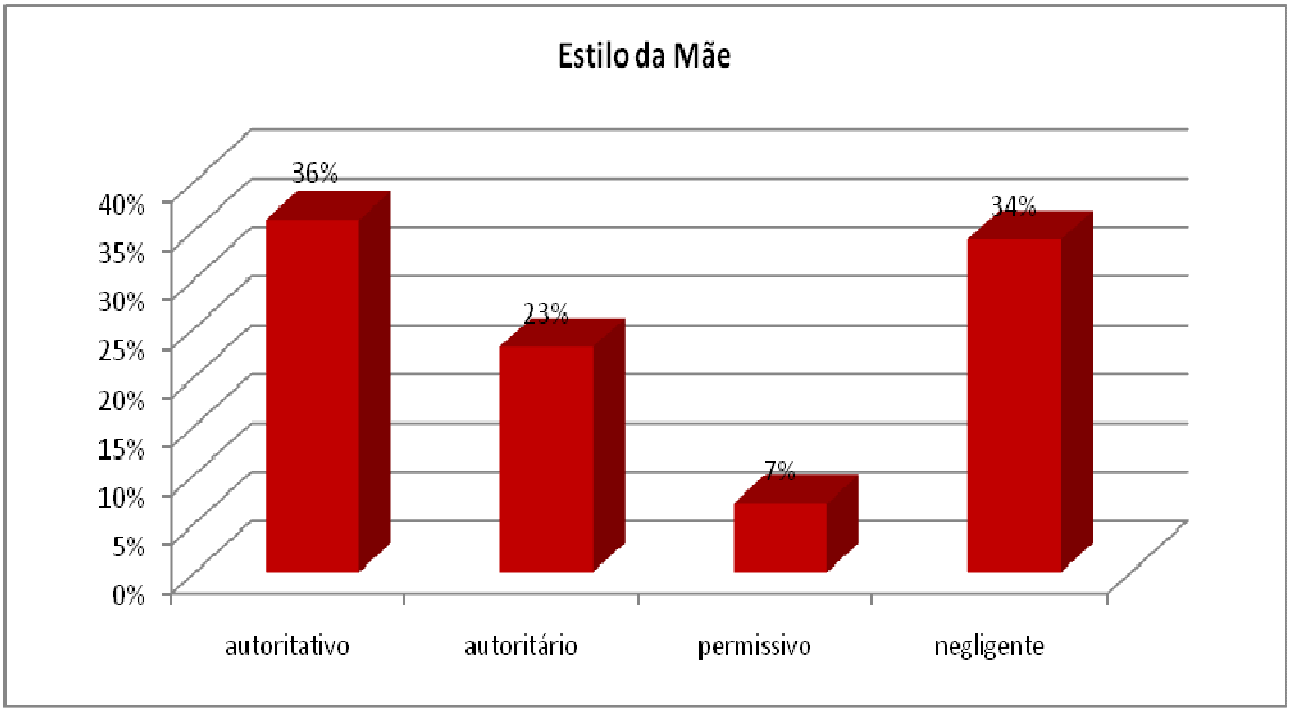


Figura 12 – Classificação dos estilos parentais para a figura materna

Avaliando a prevalência dos estilos parentais para as mães e pais, obtiveram-se os seguintes resultados: 45% dos pais e 36% das mães são autoritativos, 9% dos pais e 23% das mães são autoritárias; 8% dos pais e 7% das mães são permissivos, e finalmente 38% dos pais e 34% das mães são negligentes. A frequência dos estilos parentais demonstra, como está na pesquisa de Weber e Brandenburg (2003), que a maior parte dos pais e mães está se encaixando nos pontos extremos da classificação dos estilos parentais, ou seja: os pais são classificados como autoritativos e negligentes. Segundo Weber e Brandenburg (2003), apresentar por um lado uma boa porcentagem de pais autoritativos é positivo, ao passo que apresentar tantos pais negligentes é preocupante, devido a ser considerado fator de risco à criança.

No que diz respeito à relação entre os estilos parentais do pai e da mãe e a condição do IMC das crianças não houve uma relação significativa conforme pode ser verificado nas Figuras 13 e 14.

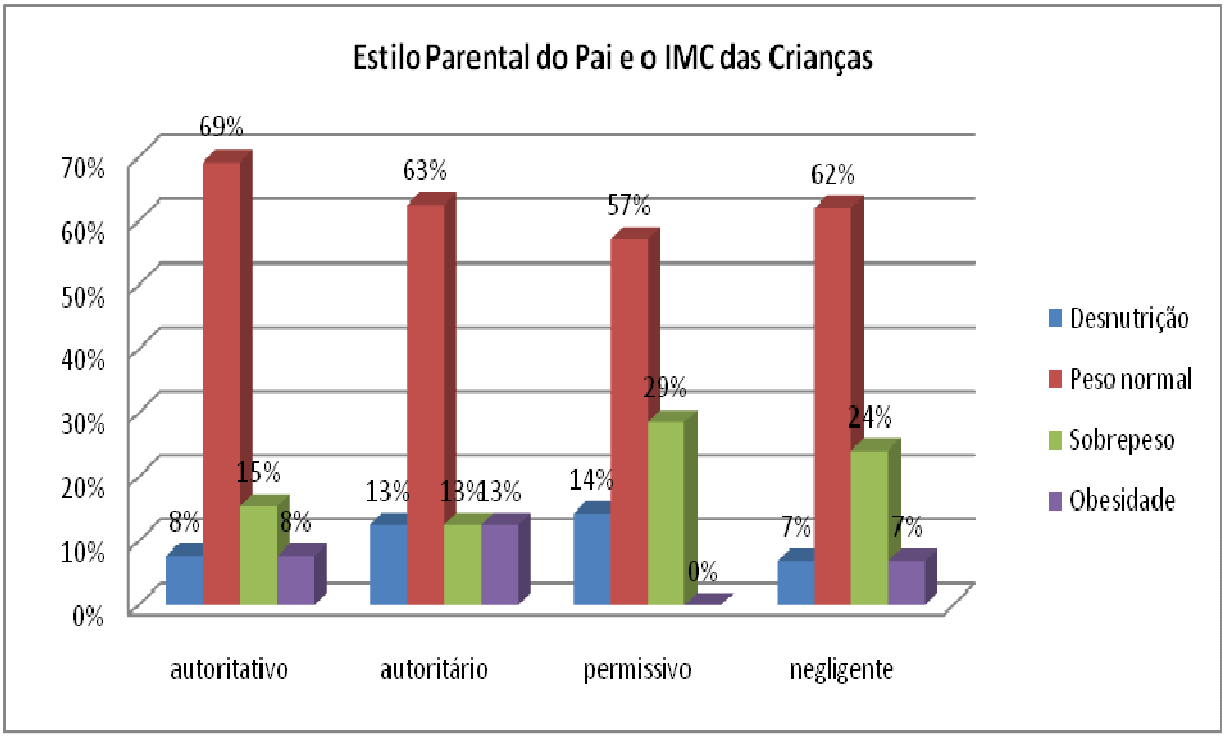


Figura 13 – Relação entre IMC das crianças e os estilos parentais paternos percebidos pela criança (X^2=2,7, gl=9, p>0,05)

No entanto, podem ser observadas algumas tendências em relação ao estilo parental do pai e o IMC da criança. Entre as tendências, verifica-se que pais autoritativos são os que têm filhos com um peso mais normal, perfazendo um total de 69%. Em relação a prevalência de sobrepeso e obesidade, 23% das crianças são filhos de pais autoritativo; 26% de autoritário; 29% de permissivo; 31% de negligente.

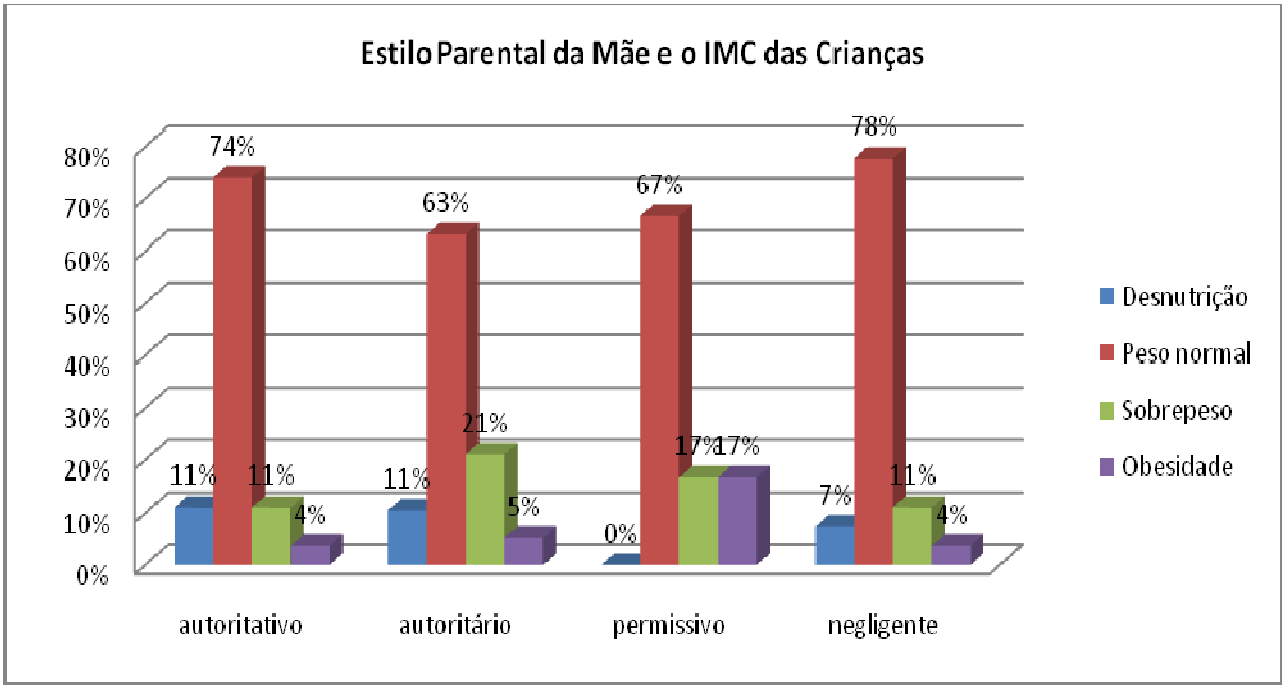


Figura 14 – Relação entre IMC das crianças e os estilos parentais maternos percebidos pela criança (X^2=4,0, gl=9, p>0,05)

Para as mães foi observada uma frequência aumentada de peso normal para filhos de mães negligentes (78%) seguida das mães autoritativas (74%). Somando os casos de sobrepeso e obesidade, 15% das mães negligentes e das autoritativas apresentam filhos acima do peso; 26% das autoritárias, e 34% das mães permissivas.

Diferente da figura paterna - que apresentou uma tendência de pais autoritativos com filhos de peso normal – os filhos das mães negligentes foram as que apresentaram uma tendência maior a essa classificação do IMC. É possível que o motivo de os filhos das mães negligentes apresentarem um peso mais próximo do normal esteja relacionado ao fato de que outras pessoas próximas possam estar exercendo a função de conduzir a alimentação dessas crianças. Separando os casos de mães negligentes dos demais foi encontrada uma média de pessoas por residência sutilmente maior (5,1) que para os outros estilos (4,6).

A literatura mostra resultado nulo para a relação entre excesso de peso e estilos parentais, como a pesquisa de Gibson e cols. (2007) e a de Blissett e Haycraft (2008); como também aponta para a relação de alguns estilos parentais com o excesso de peso. Dentre algumas pesquisas nessa especificidade, as mães com estilo parental autoritário, permissivo e negligente na pesquisa de Rhee e cols. (2006), tinham maior probabilidade de ter filhos com excesso de peso do que mães de crianças autoritativas. Em outra

pesquisa, verificou-se que, após os três anos, os filhos de mães permissivas tinham maior probabilidade de terem sobrepeso do que filhos de mães autoritárias e autoritativas (Olvera & Power, 2009). De forma geral, segundo essas pesquisas, um ambiente com baixo controle parental estaria associado com um maior risco de obesidade, em função de os pais permitirem que seus filhos façam muitas escolhas em um ambiente que pode conter alimentos não saudáveis (Olvera & Power, 2009; Topham & cols., 2009), além de que, um ambiente rigoroso e carente de afetividade também é associado com o aumento da obesidade na infância (Rhee & cols., 2006).

4.1.5. Relação entre IMC dos filhos e as práticas de alimentação infantil

Verificando o índice de confiabilidade encontrou-se para a Escala de Práticas Alimentares um Alfa de Cronbach de 0,74 para o responsável (autodeclarado), 0,93 para o pai (percebido pelo filho) e 0,87 para a mãe (percebido pelo filho). Para verificar quais das práticas de alimentação infantil exercidas pelos pais estão relacionadas ao sobrepeso e obesidade da criança foi construída a Tabela 6 para uma melhor visualização.

Embora só tenha sido encontrada diferença significativa na prática de restrição para controle de peso, nas quais as crianças desnutridas e em peso normal relataram índices menores que crianças obesas, na revisão de literatura foi encontrado que outras práticas também estão relacionadas ao desenvolvimento do sobrepeso e obesidade, como, por exemplo, o uso da comida para controle das emoções e como recompensa, o uso da pressão para comer determinados alimentos e o uso da restrição de alimentos por saúde e para controle de peso.

Quanto ao uso de restrição de alimentos para controle de peso, a literatura aponta como sendo uma das primeiras respostas dos pais para tentar limitar o consumo dos alimentos não saudáveis pelos seus filhos (Birch & cols., 2003). No entanto, é a estratégia alimentar que implica um maior risco de sobrepeso e obesidade (Faith & cols., 2004b; Kroller & Warschburger, 2008).

Tabela 6: Relações entre todas as práticas de alimentação exercidas pelos pais e o IMC da criança

Informante	Prática alimentar	gl	F	P
Criança sobre a mãe	Controle da alimentação feito pela criança	3	1,7	> 0,05
Criança sobre o pai	Controle da alimentação feito pela criança	3	0,4	> 0,05
Criança sobre a mãe	Controle das emoções	3	1,4	> 0,05
Criança sobre o pai	Controle das emoções	3	2,2	> 0,05
Criança sobre a mãe	Incentivo ao equilíbrio e variedade	3	0,7	> 0,05
Criança sobre o pai	Incentivo ao equilíbrio e variedade	3	1,1	> 0,05
Criança sobre a mãe	Ambiente	3	0,4	> 0,05
Criança sobre o pai	Ambiente	3	0,7	> 0,05
Criança sobre a mãe	Comida como recompensa	3	1,1	> 0,05
Criança sobre o pai	Comida como recompensa	3	1,2	> 0,05
Criança sobre a mãe	Envolvimento	3	0,1	> 0,05
Criança sobre o pai	Envolvimento	3	0,3	> 0,05
Criança sobre a mãe	Modelo	3	0,6	> 0,05
Criança sobre o pai	Modelo	3	1,8	> 0,05
Criança sobre a mãe	Monitoramento	3	1,1	> 0,05
Criança sobre o pai	Monitoramento	3	1,1	> 0,05
Criança sobre a mãe	Pressão	3	0,8	> 0,05
Criança sobre o pai	Pressão	3	1,0	> 0,05
Criança sobre a mãe	Restrição por saúde	3	1,4	> 0,05
Criança sobre o pai	Restrição por saúde	3	1,1	> 0,05
Criança sobre a mãe	**Restrição para controle de peso**[6]	**3**	**3,9**	**< 0,05**
Criança sobre o pai	**Restrição para controle de peso**	**3**	**4,1**	**< 0,05**
Criança sobre a mãe	Ensinar sobre nutrição	3	0,2	> 0,05
Criança sobre o pai	Ensinar sobre nutrição	3	0,3	> 0,05
Pai ou mãe	Controle da alimentação feito pela criança	3	0,6	> 0,05
Pai ou mãe	Controle das emoções	3	0,9	> 0,05
Pai ou mãe	Incentivo ao equilíbrio e variedade	3	0,7	> 0,05
Pai ou mãe	Ambiente	3	0,7	> 0,05
Pai ou mãe	Comida como recompensa	3	1,8	> 0,05
Pai ou mãe	Envolvimento	3	1,3	> 0,05
Pai ou mãe	Modelo	3	1,4	> 0,05
Pai ou mãe	Monitoramento	3	1,1	> 0,05
Pai ou mãe	Pressão	3	2,5	> 0,05
Pai ou mãe	Restrição por saúde	3	1,8	> 0,05
Pai ou mãe	Restrição para controle de peso	3	1,6	> 0,05
Pai ou mãe	Ensinar sobre nutrição	3	0,3	> 0,05

[6] Restrição para controle de peso: única prática que apresentou resultado significativo p<0,05

Essa prática também pode levar a problemas na seleção dos alimentos pela criança, nas preferências por comidas com alto teor de gordura e por alimentos energéticos, no autocontrole do consumo de alimentos, pode limitar a criança a aceitar uma variedade de alimentos e a consumir frutas e verduras (Birch & Firsher, 1998; Birch & cols., 2003; Kroller & Warschburger, 2008).

Porém, a maior consequência dessa prática é o fato de que, quando os pais determinam o que, quando e quanto a criança vai comer, impedem-na de ter a oportunidade de aprender o autocontrole em relação à sua alimentação (Birch & Fisher, 1998). Em resposta a isso, a criança pode aprender que tem de comer a quantidade de comida que tem no seu prato, e dessa forma não aprende a controlar a sua alimentação por uma resposta fisiológica que sinaliza a fome ou a saciedade (Birch, 1998; Rhee & cols., 2006).

Mesmo só tendo encontrado uma relação significativa, diferenças entre os escores médios podem ser notadas nas práticas abaixo:

- Controle da alimentação feito pela criança (sobre o pai): Crianças em desnutrição apresentaram médias menores que crianças obesas, ou seja: as obesas têm mais controle da própria alimentação que as que estão desnutridas. Quanto a este resultado, alguns estudos mostram que esse tipo de prática está associada tanto com resultados positivos como negativos (Kroller & Warschburguer, 2008). Um dos efeitos negativos pode ser que esta prática leve ao aumento do consumo de alimentos preferidos pela criança e nem sempre nutritivos, podendo ocasionar um aumento de peso (Musher-Eizenman & cols., 2009). Talvez o fato de essa prática somente ter aparecido como uma tendência para os pais e não para as mães deva-se ao fato de que os pais, ao estarem mais ausentes pelo próprio trabalho e por considerarem que esta é uma função da mãe, tendam a deixar que a criança controle sua própria alimentação.

- Pressão (pai ou mãe sobre si): dados revelam menor escore para filhos obesos e maior escore para desnutridos. Confirmando os resultados apontados pela literatura, estudos apontam que mães de crianças mais magras pressionam mais seus filhos a comer (Lee & Birch, 2002; Matheson & cols., 2006; Spruijt-Metz & cols., 2002) e que esta prática é utilizada menos em crianças com sobrepeso (Kroller & Warschburger, 2008, 2009). Essa prática deve acontecer em função da preocupação dos pais em

fazer que os seus filhos comam mais para aumentar o peso que está abaixo do normal.

- Restrição por saúde (pai ou mãe sobre si): menor escore para filhos em sobrepeso e maior para obesos. Mesmo que tenha aparecido em menor intensidade em crianças com sobrepeso e maior para crianças com obesidade, esta prática está associada com um IMC acima do normal e leva às mesmas consequências que a prática de restrição para o controle do peso.

4.1.6. Percepção das práticas de alimentação infantil mencionada pelos responsáveis e pelas crianças

As práticas alimentares foram avaliadas tanto do ponto de vista dos filhos, quanto dos próprios responsáveis, sendo que na maior parte dos casos (82%) foi a mãe que respondeu o questionário, 11% foi os pais e 7% outros que se refere, a madrasta, padrasto, tios e avós conforme Figura 15.

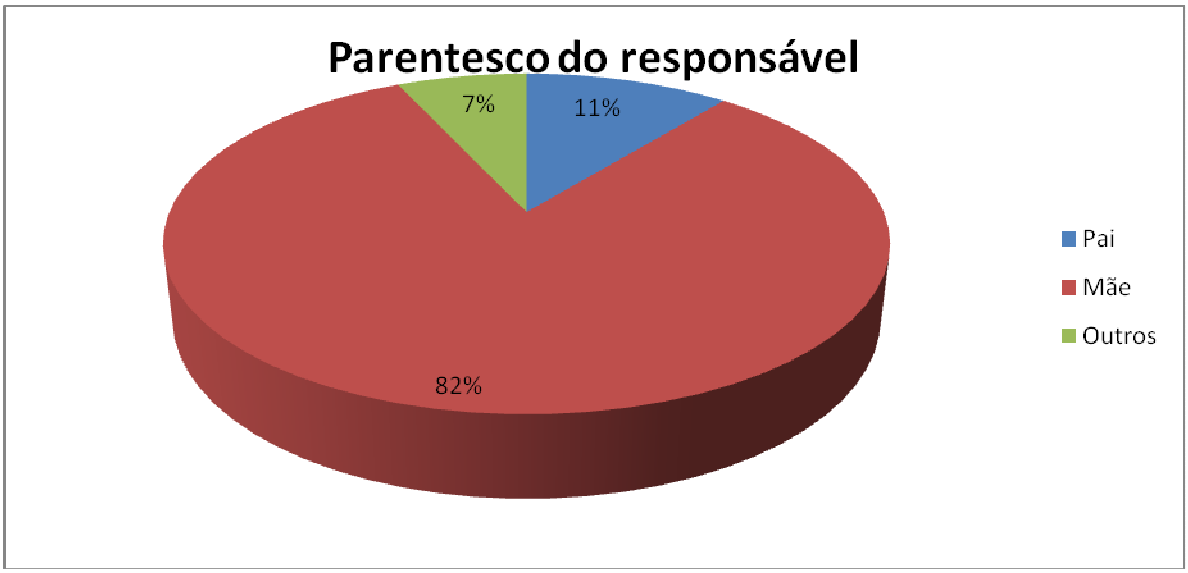


Figura 15 – Distribuição dos responsáveis conforme responderam ao questionário de verificação das práticas alimentares

Por meio do teste-T pareado foi verificada a relação entre o escore total de práticas alimentares percebidas pelos filhos e o das práticas autorrelatadas pelos responsáveis. O teste indicou médias autorrelatadas (14,0) superiores às percebidas pelos filhos (13,0) para as mães e sutilmente superiores para os pais (autorrelatadas = 14,6 e percebidas = 14,0). As diferenças, no entanto, não foram estatisticamente significativas (mãe: T=-0,95, gl=47, p>0,35; pai: T=-0,14, gl=4, p>0,05).

Mesmo que tenha ocorrido uma sutil tendência de os pais acharem que suas práticas são um pouco melhores do que na percepção das crianças, o que as crianças percebem dos seus pais é o que os pais relatam fazer. Diferente de uma pesquisa realizada por Weber, Prado, Viezzer e Brandenburg (2004), com objetivo de identificação dos estilos parentais percebidos pelos filhos e pelos pais, mostrou que os pais tendem a se perceber mais adequados quando comparados com a percepção que os filhos têm sobre eles. Os autores dessa pesquisa relatam que, além de saber o que fazer para educar bem, também é importante saber se o que se está fazendo para educar uma criança é interpretado por ela como se espera.

Esse resultado pode ser considerado um fator de proteção, pois os pais, ao exercerem as diversas práticas na alimentação dos seus filhos, têm consciência das práticas que estão utilizando. De forma que, ao instalar um programa de orientação à alimentação das crianças, para os pais, já tendo consciências das práticas que utilizam, é um facilitador para obter uma mudança nas práticas de alimentação infantil adotadas por eles com seus filhos.

4.1.7. As relações entre estilos parentais e práticas de alimentação infantil

A fim de observar as correlações entre as escalas de exigência e responsividade e a escala de práticas de alimentação infantil, a Tabela 7 apresenta os índices obtidos para os escores gerais. Assim, verifica-se que as escalas de exigência e responsividade estão correlacionadas entre si e esta escala está correlacionada com a escala de práticas de alimentação infantil.

Tabela 07: Correlações entre as escalas de exigência e responsividade e a escala de verificação das práticas de alimentação infantil referentes à figura materna e paterna

		Exigência do pai	Exigência da mãe	Exigência do pai e mãe	Responsividade do pai	Responsividade da mãe	Responsividade do pai e da mãe	Escore total da práticas de alimentação (pai)	Escore total da práticas de alimentação (mãe)	Escore total da práticas de alimentação (pai e mãe)
Exigência da mãe	r	**0,54**[7]								
	p	0,00								
Exigência do pai e mãe	r	**0,91**	**0,84**							
	p	0,00	0,00							
Responsividade do pai	r	**0,71**	**0,28**	**0,59**						
	p	0,00	0,00	0,00						
Responsividade da mãe	r	0,18	**0,56**	**0,38**	**0,41**					
	p	0,06	0,00	0,00	0,00					
Responsividade do pai e da mãe	r	**0,59**	**0,49**	**0,60**	**0,90**	**0,76**				
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00				
Escore total das práticas de alimentação (pai)	r	**0,39**	**0,28**	**0,38**	**0,35**	0,19	**0,35**			
	p	0,00	0,01	0,00	0,00	0,07	0,00			
Escore total das práticas de alimentação (mãe)	r	**0,27**	**0,30**	**0,34**	0,17	**0,25**	**0,24**	**0,84**		
	p	0,01	0,00	0,00	0,10	0,02	0,02	0,00		
Escore total das práticas de alimentação (pai e mãe)	r	**0,34**	**0,32**	**0,37**	**0,26**	**0,22**	**0,30**	**0,96**	**0,96**	
	p	0,00	0,00	0,00	0,01	0,04	0,01	0,00	0,00	

Outra maneira de compreender a relação entre o escore total de práticas alimentares e o escore de estilo parental do pai e da mãe é mostrada nas Figuras 16 e 17, porém, entre elas, foi encontrada somente relação significativa para os pais e não para as mães.

[7] Os resultados em negrito marcam correlações com p<0,05, ou seja: resultados estatisticamente significativos.

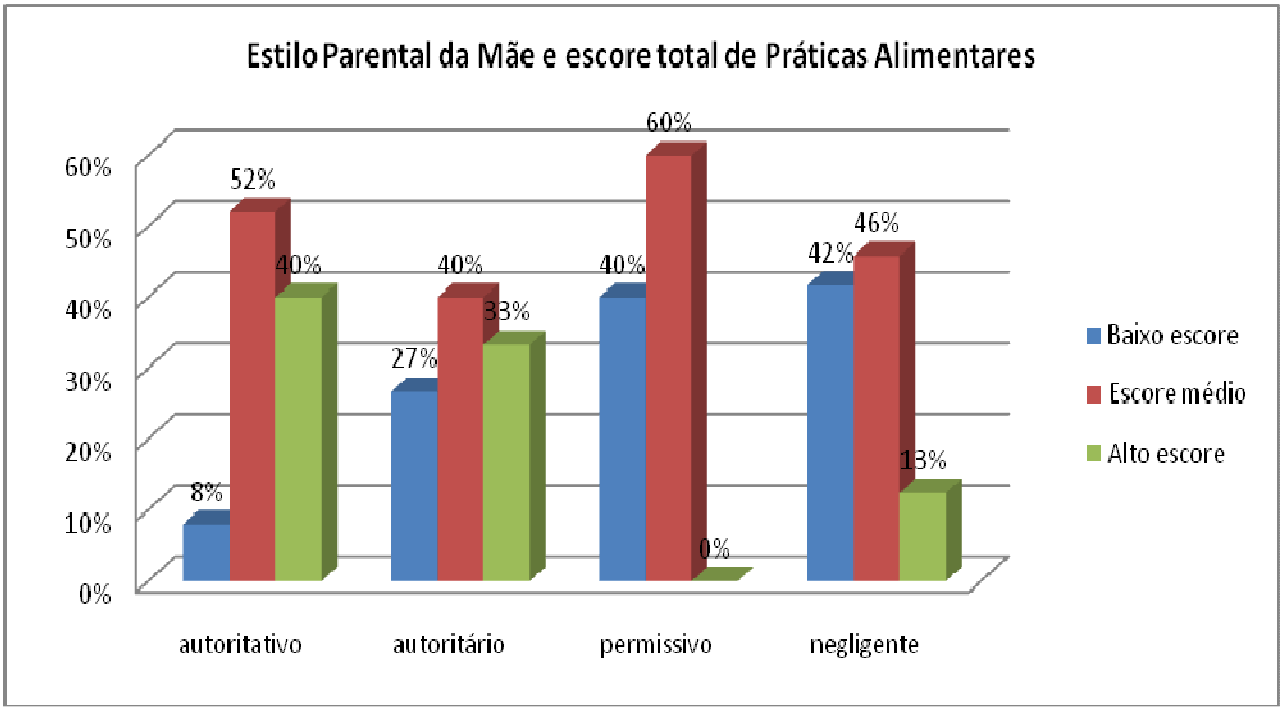


Figura 16 – Relação entre estilos parentais maternos e escore total de práticas alimentares (X^2=11,4, gl=6, p>0,05)

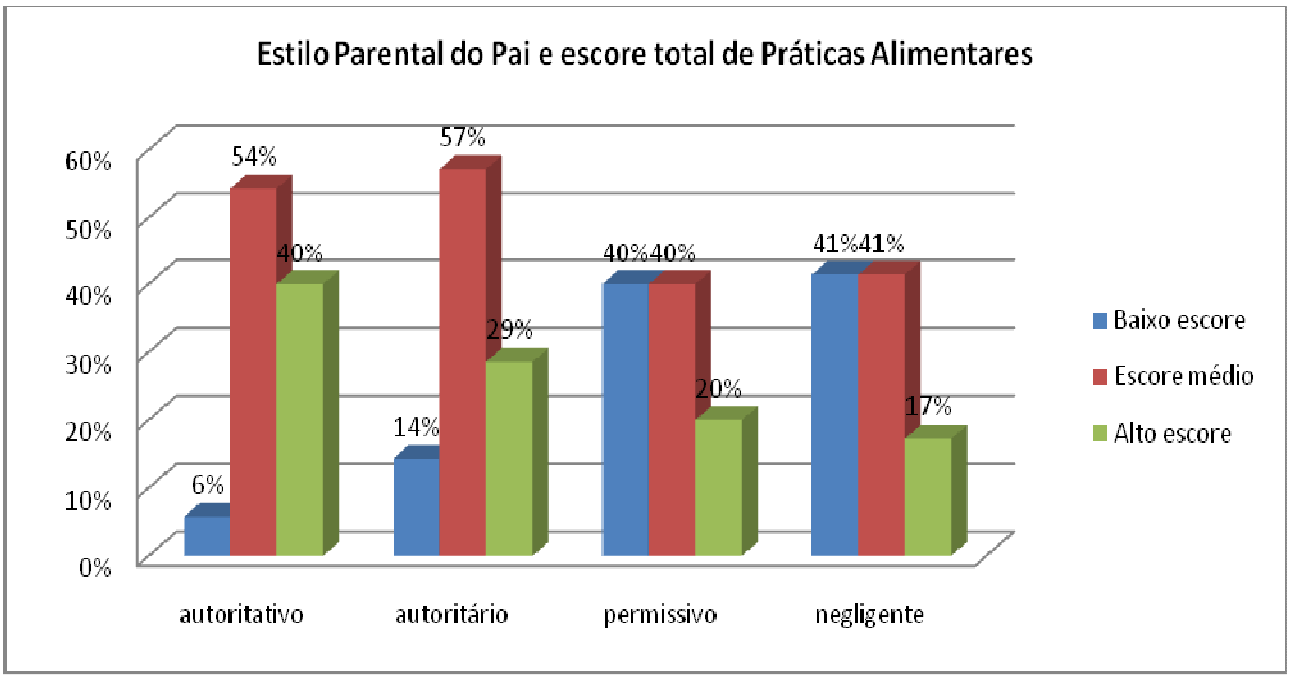


Figura 17 – Relação entre estilos parentais paternos e escore total de práticas alimentares (X^2=13,6, gl=6, p<0,05)

Nestas duas figuras observa-se que tanto mãe quanto pai autoritativos são os que apresentam as melhores práticas de alimentação infantil e que mães e pais permissivos e negligentes são os que apresentam as piores práticas com os seus filhos. Sabe-se que o

estilo parental autoritativo é considerado mais benéfico para a educação dos filhos, e com esta tendência percebe-se que este estilo também é o mais adequado quanto ao uso das práticas alimentares pelos pais com seus filhos. Por outro lado, os pais com estilos negligente e permissivo se caracterizam, de modo geral, como inadequados para a educação dos filhos, o que está refletindo também nas práticas de alimentação adotadas por eles com seus filhos. Em termos de literatura, um resultado encontrado por Kremers, Brug, Vries e Engels, (2003), foi de que crianças com maior conhecimento e consumo de frutas são filhos de pais autoritativos quando comparado com outros estilos parentais.

Para exemplificar quais as práticas alimentares estão ligadas a quais estilos parentais, tem-se o resultado que pode ser observado na Tabela 8 e na Figura 18. É importante ressaltar que somente as práticas alimentares que apresentaram um resultado estatístico significativo foram selecionadas para se compor a Tabela 8 e a Figura 18.

Tabela 08: Comparação entre estilos parentais com práticas de alimentação infantil

	Prática alimentar	gl	F	p	Negligente (escore médio)	Autoritário (escore médio)	Autoritativo (escore médio)	Permissivo (escore médio)
Pai	Controle das emoções (-)	89	2,9	0,04	4,4	3,8	5,3	4,1
	Incentivo ao equilíbrio e variedade (+)	88	11,9	0,00	8,2	9,1	11,0	9,1
	Ambiente (+)	87	3,4	0,02	9,2	10,1	10,2	9,3
	Envolvimento (+)	87	7,4	0,00	5,4	5,4	7,2	6,8
	Modelo (+)	88	14,1	0,00	8,0	7,1	10,7	8,4
	Monitoramento (+)	89	31,4	0,00	6,9	9,0	10,8	10,0
	Restrição por saúde (-)	87	5,3	0,00	7,5	7,8	9,2	7,9
	Ensinar sobre nutrição (+)	89	16,5	0,00	5,2	6,0	7,3	5,1
Mãe	Monitoramento (+)	83	11,7	0,00	8,5	9,9	11,0	11,3
	Ambiente (+)	80	2,7	0,05	9,5	10,1	10,4	9,0

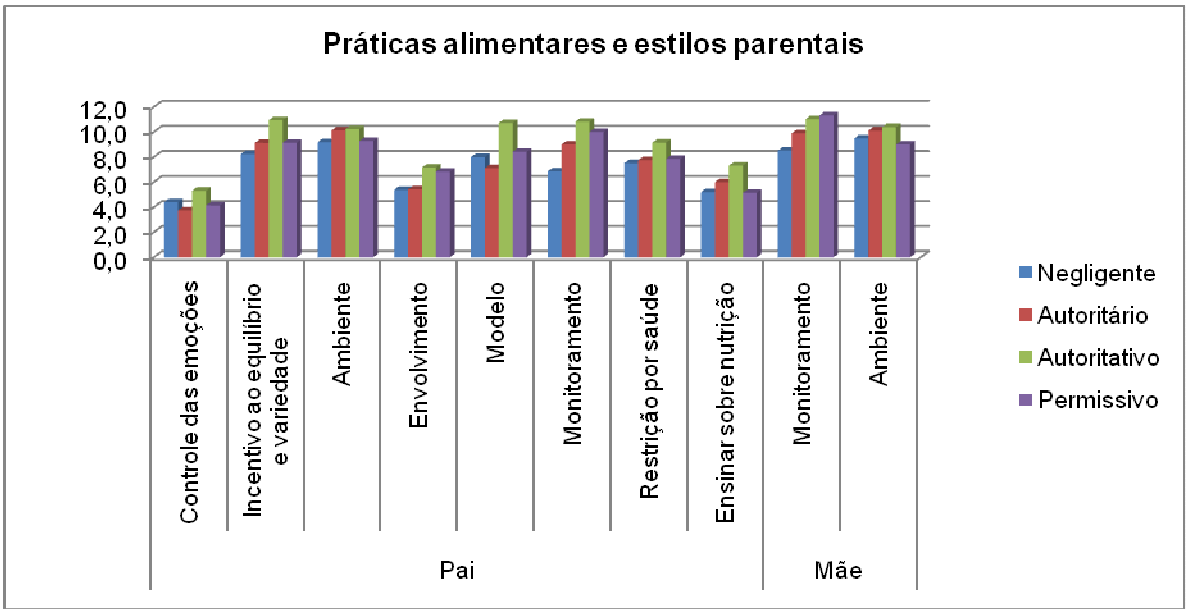


Figura 18 - Comparação entre estilos parentais com práticas de alimentação infantil

A diferença no número de resultados significativos de mães e pais indica que possivelmente fatores não avaliados interfiram na relação entre práticas educativas e práticas alimentares. Entre esses fatores, pode ser que as mulheres sejam mais expostas ou mais suscetíveis a interferências externas, entre elas, fatores como o tempo de convivência diária com os filhos, variações de humor e papéis culturalmente atribuídos.

Outra forma de verificar as correlações entre as duas escalas e entre elas mesmas foi dividi-las em resultados paternos e maternos, o que está apresentado na Tabela 09 e na Tabela 10. Devido ao grande número de correlações, somente as que apresentaram um $r \geq 0,4$ foram descritas.

Tabela 09: Correlações entre as escalas de exigência e responsividade e a escala de verificação das práticas de alimentação infantil referentes à figura paterna

		Exigência do pai	Responsividade do pai	Controle da alimen-tação pela criança	Controle das emoções	Incentivo ao equilíbrio e variedade	Ambiente	Comida como recompensa	Envolvimento	Modelo	Monitoramento	Pressão	Restrição por saúde	Restrição para controle de peso
Responsividade do pai	r	**0,71**												
	p	0,00												
Controle da alimentação pela criança (+-)	r	**0,28**	**0,27**											
	p	0,00	0,00											
Controle das emoções (-)	r	0,17	**0,33**	**0,35**										
	p	0,06	0,00	0,00										
Incentivo ao equilíbrio e variedade (+)	r	**0,55**	**0,62**	**0,32**	**0,40**									
	p	0,00	0,00	0,00	0,00									
Ambiente (+)	r	**0,24**	**0,20**	-0,12	0,04	**0,29**								
	p	0,01	0,03	0,20	0,66	0,00								
Comida como recompensa (-)	r	0,05	**0,23**	**0,27**	**0,53**	**0,26**	-0,17							
	p	0,63	0,01	0,00	0,00	0,00	0,07							
Envolvimento (+)	r	**0,36**	**0,51**	**0,37**	**0,36**	**0,61**	**0,24**	**0,39**						
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00						
Modelo (+)	r	**0,41**	**0,58**	**0,29**	**0,41**	**0,74**	**0,26**	**0,35**	**0,48**					
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00					
Monitoramento (+)	r	**0,59**	**0,75**	0,18	**0,28**	**0,57**	**0,29**	**0,21**	**0,53**	**0,48**				
	p	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00				
Pressão (-)	r	0,12	**0,28**	**0,24**	**0,50**	**0,44**	0,01	**0,50**	**0,30**	**0,48**	**0,28**			
	p	0,19	0,00	0,01	0,00	0,00	0,95	0,00	0,00	0,00	0,00			
Restrição por saúde (-)	r	**0,29**	**0,39**	**0,39**	**0,36**	**0,46**	0,08	**0,30**	**0,31**	**0,48**	**0,39**	**0,47**		
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
Restrição para controle de peso (-)	r	**0,22**	**0,30**	**0,36**	**0,38**	**0,34**	-0,04	**0,50**	**0,35**	**0,35**	**0,31**	**0,46**	**0,43**	
	p	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,69	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Ensinar sobre nutrição (+)	r	**0,51**	**0,54**	**0,29**	**0,43**	**0,61**	**0,22**	**0,30**	**0,52**	**0,66**	**0,51**	**0,41**	**0,53**	**0,48**
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

A Tabela 09 apresenta os índices de correlação obtidos para as medidas paternas de exigência e responsividade e das práticas alimentares. As principais correlações são: a prática de incentivo ao equilíbrio e variedade foi correlacionada com responsividade e exigência – pais que apresentam atitudes compreensivas, amorosas, que se envolvem

com seus filhos e que estabelecem regra. Outra correlação com incentivo ao equilíbrio e variedade foi fazer o uso de alimentos pela figura paterna para controlar os estados emocionais dos seus filhos.

Pais que utilizam a comida como recompensa a bons comportamentos dos seus filhos, também a usam para controlar os estados emocionais deles. Essas duas práticas que estão correlacionadas são consideradas fator de risco para o desenvolvimento da obesidade. Quando usam a comida em resposta aos estados emocionais dos seus filhos, os pais estão incentivando-os a associarem o comer em resposta a eventos de ordem emocional negativa e não a comer na presença de fome (Wardle & cols., 2002). E ao utilizar a prática de recompensar as crianças principalmente com os doces, pode-se fazer com que eles tenham um valor especial para a criança que os recebeu, aumentando dessa forma, o seu consumo (Orrell-Valente & cols., 2007).

A prática de envolvimento, que consiste em envolver os filhos no planejamento e na preparação das refeições favorece que a criança goste de determinados alimentos (Casey & Rosin, 1989. Luther, 2007), e está correlacionada com pais responsivos e principalmente com pais que incentivam o equilíbrio e a variedade nas alimentações, sendo uma das mais altas correlações. Essa correlação é de natureza positiva, ao correlacionar a responsividade com as duas práticas que são consideradas positivas.

Uma das práticas que também favorece a criança a gostar de determinados alimentos saudáveis é a de os pais servirem de modelo ao ingeri-los. Essa prática apresenta a maior correlação com a prática de incentivo ao equilíbrio e à variedade. Além dessa, outras correlações menores apareceram também, como a prática em que os pais envolvem seus filhos no planejamento e na preparação das refeições e que são responsivos e exigentes, ou seja: pais que apresentam atitudes compreensivas com seus filhos e que estabelecem regras. No entanto, a prática de servir de modelo também foi correlacionada com a prática negativa que é a de usar os alimentos para controle das emoções.

Os pais que monitoram a alimentação dos seus filhos, ou seja, que se mantêm atentos no consumo de alimentos menos saudáveis por eles, correlacionam-se somente com práticas positivas, como incentivo ao equilíbrio e variedade, envolvimento, para servir de modelo e, por fim, com exigência e principalmente com responsividade, sendo a mais alta correlação verificada para os pais.

O fato de os pais pressionarem seus filhos a comerem alimentos saudáveis está correlacionado com as práticas de usar os alimentos para o controle das emoções dos filhos e como recompensa aos seus bons comportamentos. Pais que usam pressão

alimentar, eliciam o comportamento de comer em resposta às emoções e, assim, essas práticas podem ensinar a comer em decorrência de estados emocionais (Blissett & cols., 2008). Essa prática também foi correlacionada aos pais ao incentivarem o equilíbrio e a variedade nas refeições e para servirem de exemplo para seus filhos ao fazerem uma alimentação bem equilibrada.

A prática de restringir a alimentação dos filhos por motivo de saúde foi correlacionada com incentivar maior equilíbrio e variedade na alimentação, servir de modelo para os filhos e pressioná-los a comerem determinados alimentos. A restrição para controle de peso foi correlacionado somente com práticas que são consideradas negativas para manter um IMC saudável, entre elas, restrição da alimentação por motivos de promover saúde, pressionar a comer determinados alimentos e utilizar a comida como recompensa.

O ato dos pais que utilizam a prática de ensinar o valor nutricional dos alimentos aos seus filhos para incentivar o consumo de alimentos saudáveis foi correlacionado tanto com medidas positivas quanto negativas. As positivas são o incentivo ao equilíbrio e variedade e modelo, que são as mais altas correlações, seguidas por outras, como o envolvimento, monitoramento, exigência e responsividade. As negativas são o controle das emoções, pressão, restrição por saúde e para controle de peso.

É importante destacar também que pais que são exigentes apresentam as seguintes práticas correlacionadas: deixam a criança controlar a alimentação, incentivam o equilíbrio e a variedade na alimentação, promovem um ambiente com alimentos saudáveis, envolvem seus filhos na preparação das refeições, são modelos positivos ao se alimentarem de alimentos saudáveis, monitoram a alimentação dos seus filhos, ensinam o valor nutricional dos alimentos e, por fim, fazem uso da restrição na alimentação dessas crianças com a função de controlar o peso e a saúde delas.

Os pais responsivos controlam a alimentação dos seus filhos, incentivam o equilíbrio e a variedade na alimentação, promovem um ambiente com alimentos saudáveis, envolvem seus filhos na preparação das refeições, são modelos ao ingerirem alimentos saudáveis, monitoram a alimentação dos filhos e ensinam o valor nutricional dos alimentos. Esses mesmos pais também utilizam a comida como para controlar as emoções dos seus filhos, oferecem alimentos em recompensa a bons comportamentos, pressionam seus filhos a se alimentarem adequadamente e restringem a alimentação dessas crianças para que tenham mais saúde e um peso saudável. Ao analisar as práticas que pais exigentes e responsivos apresentam é importante destacar que esses

pais exercem tanto práticas positivas, na condução da alimentação dos seus filhos, como práticas negativas.

Passando a analisar as correlações entre as práticas de alimentação infantil e a escala de exigência e responsividade para a figura materna, pode-se observá-las de forma clara na Tabela 10.

Tabela 10: Correlações entre as escalas de exigência e responsividade e a escala de verificação das práticas de alimentação infantil referentes à figura materna

		Exigência da mãe	Responsividade da mãe	Controle da alimentação pela criança	Controle das emoções	Incentivo ao equilíbrio e variedade	Ambiente	Comida como recompensa	Envolvimento	Modelo	Monitoramento	Pressão	Restrição por saúde	Restrição para controle de peso
Responsividade da mãe	r	**0,56**												
	p	0,00												
Controle da alimentação pela criança (+-)	r	0,00	0,01											
	p	0,99	0,89											
Controle das emoções (-)	r	0,03	-0,01	**0,30**										
	p	0,71	0,94	0,00										
Incentivo ao equilíbrio e variedade (+)	r	**0,23**	**0,27**	0,14	**0,25**									
	p	0,01	0,00	0,10	0,00									
Ambiente (+)	r	**0,23**	0,12	**-0,27**	-0,08	0,16								
	p	0,01	0,20	0,00	0,36	0,06								
Comida como recompensa (+)	r	-0,02	-0,06	**0,21**	**0,51**	0,17	**-0,21**							
	p	0,81	0,55	0,02	0,00	0,05	0,02							
Envolvimento (+)	r	0,16	**0,20**	0,14	0,16	**0,35**	0,17	**0,30**						
	p	0,08	0,03	0,10	0,07	0,00	0,05	0,00						
Modelo (+)	r	**0,21**	**0,28**	0,17	**0,35**	**0,51**	0,10	**0,27**	**0,29**					
	p	0,02	0,00	0,05	0,00	0,00	0,24	0,00	0,00					
Monitoramento (+)	r	**0,38**	**0,48**	-0,01	0,03	**0,28**	**0,27**	-0,01	**0,23**	**0,25**				
	p	0,00	0,00	0,89	0,77	0,00	0,00	0,91	0,01	0,00				
Pressão (-)	r	0,05	0,07	0,14	**0,46**	**0,26**	-0,06	**0,44**	**0,21**	**0,32**	0,12			
	p	0,62	0,45	0,12	0,00	0,00	0,48	0,00	0,02	0,00	0,18			
Restrição por saúde (-)	r	0,03	0,13	**0,20**	**0,19**	**0,35**	-0,08	**0,23**	0,09	**0,24**	**0,19**	**0,36**		
	p	0,72	0,15	0,02	0,03	0,00	0,37	0,01	0,33	0,01	0,03	0,00		
Restrição para controle de peso (-)	r	0,02	0,00	**0,20**	**0,27**	**0,20**	-0,11	**0,40**	0,17	**0,28**	0,08	**0,37**	**0,30**	
	p	0,80	0,98	0,03	0,00	0,03	0,24	0,00	0,05	0,00	0,39	0,00	0,00	
Ensinar sobre nutrição (+)	r	**0,19**	**0,27**	0,16	**0,31**	**0,45**	0,16	**0,22**	**0,27**	**0,52**	**0,33**	**0,31**	**0,29**	**0,33**
	p	0,04	0,00	0,08	0,00	0,00	0,06	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

A Tabela 10 apresenta os índices de correlação obtidos para as medidas maternas de exigência e responsividade e das práticas alimentares. Como já correlacionado com os

pais, aparece para as mães também, a prática de utilizar a comida como recompensa em resposta ao bom comportamento do filho correlacionada com o usar a comida para controlar as emoções dele, assim também, a prática de pressionar os filhos para alimentarem-se igualmente está correlacionada com o uso da comida para o controle das emoções e também como recompensa. Por fim, a prática de restrição para controle de peso também se relacionou com a prática de usar comida como recompensa.

Cabe apontar também outras práticas maternas que apresentaram correlações significativas, entre elas, a prática de ser modelo para os filhos está correlacionada com a prática de incentivo de uma alimentação equilibrada e variada. As mães que monitoram a alimentação dos seus filhos, ou seja, que ficam atentas à alimentação deles, estão correlacionadas com mães que são responsivas. Por fim, mães que ensinam o valor nutricional dos alimentos para seus filhos, incentivam o equilíbrio e a variedade dos alimentos e são modelo de uma dieta equilibrada.

Correlacionando a escala de exigência e responsividade com as práticas de alimentação infantil, verifica-se que mães que são exigentes utilizam as seguintes práticas: incentivam o equilíbrio e a variedade na alimentação dos seus filhos, promovem um ambiente com alimentos saudáveis, são modelo ao ingerirem alimentos saudáveis, monitoram a alimentação das crianças e ensinam o valor nutricional dos alimentos aos seus filhos. As mães responsivas incentivam o equilíbrio e a variedade na alimentação dos seus filhos, envolvem seus filhos na preparação dos alimentos, são modelo ao comerem alimentos saudáveis, monitoram a alimentação dessas crianças e ensinam o valor nutricional dos alimentos a elas. Diferente dos pais, é importante destacar que essas mães não fazem uso de nenhuma prática negativa na alimentação dos seus filhos.

De forma geral, pode-se concluir que existem mais correlações e mais fortes para a figura paterna do que materna, e que principalmente pais responsivos estão mais ligados as práticas de alimentação infantil do que as mães.

4.1.8. Práticas de controle do sobrepeso e obesidade adotadas pelas escolas públicas

Em relação ao IMC das crianças, as duas escolas incluídas na pesquisa não apresentaram relação estatisticamente significativa conforme apresentado na Figura 19, sendo a prevalência de obesidade para escola 1(Escola DC) de 3%, e para a escola 2 (Escola SJ), de 7%.

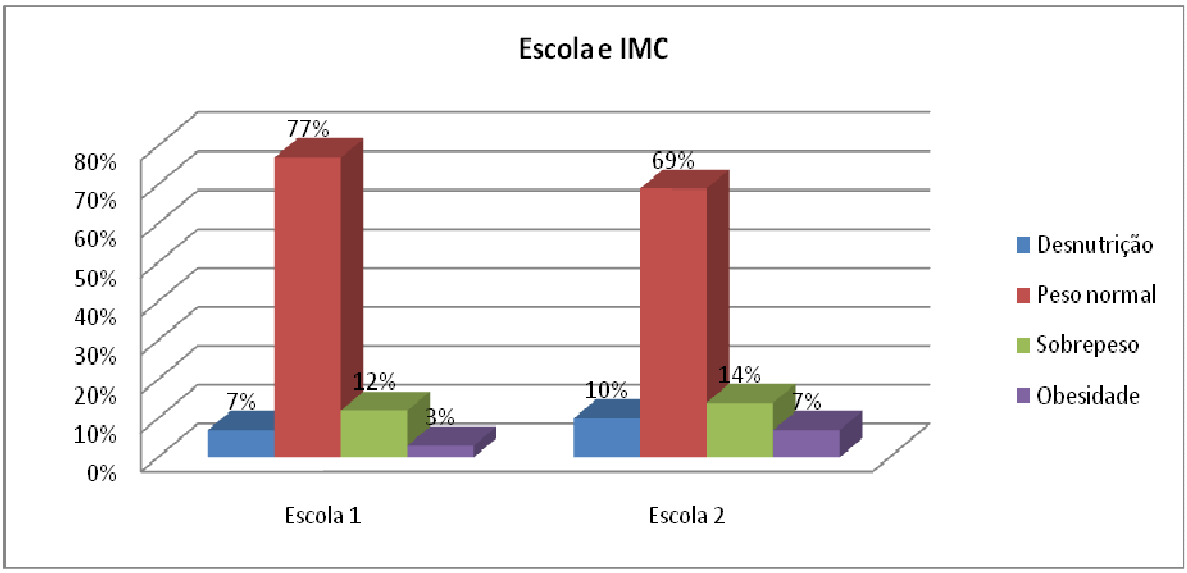


Figura 19 – Relação entre as escolas participantes e o IMC das crianças (X^2=1,6, gl=3, p>0,05)

Para a análise qualitativa das escolas participantes foram escritas as perguntas e em seguida a análise das respostas dadas pelos diretores. A questão 1 que foi perguntada às diretoras era: "*Você ouviu falar nos últimos tempos sobre o tema: obesidade na infância*?", dividida em duas categorias: ouvir falar ou não ouvir falar sobre esse tema; as duas diretoras afirmaram ter ouvido falar sobre esse tema. A questão 2: "*A escola possui alguma medida no controle da obesidade*?", dividida em duas categorias: possuir ou não possuir alguma medida no controle da obesidade, mostrou que nenhuma das escolas tem alguma medida para esse tipo de controle.

Em relação à atividade física, a questão 3 era para descrever: "*Como são as aulas de educação física*?", e as duas diretoras descreveram como sendo a maioria prática. A questão 4 era: "*Quantas aulas de educação física os alunos têm na semana*?" E as duas diretoras responderam que as crianças têm 3 aulas por semana. A questão 5 era sobre se "*A escola tem algum projeto de incentivo à atividade física*?" A diretora da escola 1 (Escola DC) demonstrou vontade de ter esse tipo de atividade. O problema era que essa atividade seria realizada no final da tarde, o que poderia acarretar riscos para as crianças no trajeto de suas casas até a escola, devido a muitas crianças terem que fazer esse trajeto sozinhas, e, por isso, optou-se em não ter esse tipo de atividade por uma questão de segurança aos alunos. A escola 2 (Escola SJ) mencionou que até o ano passado desenvolvia atividade física duas vezes por semana no período da manhã para alunos da tarde, mas este ano, devido à falta de um professor de educação física, esta atividade precisou ser cancelada.

No que se refere à alimentação, a questão 6 perguntada era: "*Existe algum momento durante as aulas que é dedicado a falar sobre a alimentação?*" Dividida em duas categorias: ter ou não ter um momento para falar desse tema. As duas diretoras mencionaram que este conteúdo é abordado na disciplina de ciências, e a diretora da escola 1 mencionou que ela acha que o professor de educação física também aborda esse tema. A questão 7 era sobre se "*A maioria dos alunos compram lanche na cantina, trazem de casa ou a escola fornece?*", e em seguida havia a questão 8 que era sobre se "*A cantina da escola pode vender tudo ou existem restrições?*" A diretora da escola 1 disse que eles têm somente a merenda que é oferecida pela escola, e a diretora da escola 2 disse que a maioria dos alunos come a alimentação oferecida pela escola. As duas diretoras mencionaram que a merenda escolar é rica em verduras; que três vezes por semana a merenda é salgada, e duas vezes, doce. Em relação a frutas, a diretora da escola 1 mencionou não se lembrar de comprá-las, e a diretora da escola 2 disse não ter verba suficiente para tê-las no lanche das crianças. A escola 1 não tem cantina escolar e a diretora está iniciando a venda de pirulitos de chocolate, e a escola 2 tem uma cantina, e, segundo a diretora, funciona dentro dos critérios que são exigidos pela lei, sem frituras, refrigerantes, salgadinho, balas e pirulitos, mas oferece bolos, assados, pizza, *chocomilk* e, às vezes, iogurte. Essa cantina fez a tentativa de vender frutas para os alunos, porém não tinha muita saída.

A questão 9, também referente à alimentação era: "*A escola tem algum programa sobre reeducação alimentar?*", dividida em duas categorias, ter ou não esse tipo de programa. As duas diretoras responderam que a escola não tem nenhum programa dessa ordem; o único momento em que se fala sobre esse tema é durante a exposição do conteúdo relacionado às disciplinas que abordam o tema alimentação. Por fim, a última pergunta era se "*A escola tem algum outro projeto integrado, como horta, por exemplo?*" E as duas escolas não têm esse tipo de atividade, devido a não haver um espaço para fazer uma horta.

De modo geral, as escolas não têm nenhum programa dedicado especialmente à questão do sobrepeso e obesidade, apesar de a prevalência da amostra estudada ter ficado em 13% de sobrepeso e 5% de obesidade para as crianças. Este tema parece ainda não ser considerado um problema para as escolas, pois é provável que voltem suas preocupações para outros temas, como, por exemplo, a própria violência, como foi mencionada pela escola 1.

Um fator considerado positivo é que as duas escolas, de maneira geral, estão preocupadas com uma alimentação equilibrada e com a prática de atividade física como

algo comum ao dia a dia das crianças. Aproveitando essa preocupação das escolas é necessário incluir políticas públicas para o controle do excesso de peso nessas crianças, como, por exemplo, a construção de hortas e pomares de frutas e proferir palestras informativas para professores, pais e crianças, pois a prevenção na infância é o melhor momento para obter resultados positivos para o controle da obesidade.

4.1.9. Análise das questões abertas das crianças

Em relação às perguntas abertas respondidas pelas crianças, a primeira diz respeito à alimentação, conforme a Figura 20. A questão formulada era: "*Escreva o que você acha sobre sua alimentação*". A análise das respostas foi dividida em quatro categorias: boa, média, ruim e neutra. A categoria boa refere-se a colocar de alguma forma que a alimentação é adequada como, por exemplo: "*Eu como muito bem, todos os dias, tomo café, almoço, janto etc.* (caso 35)"; "*Eu acho minha alimentação boa porque eu quase não como muitas bobagens*"; "*Eu acho que minha alimentação é saudável, como quase tudo, frutas, laticínios, carnes, pães, etc* (caso 117)". A categoria média refere-se a uma alimentação que é mediana, como por exemplo: "*Minha alimentação é meio ruim porque eu como demais doces* (caso 10)"; "*Uma alimentação pouco saudável* (caso 52)"; "*Eu acho que eu me alimento mais ou menos* (caso 113)". A categoria ruim diz respeito a uma alimentação inadequada, como, por exemplo: "*Eu estou comendo muito, estou gordinho* (caso 36)"; "*Ela está errada* (caso 57)"; "*Eu como demais doces, salgados e gorduras* (caso 69)." Por último a categoria neutra, que diz respeito a frases das crianças que não avaliam como é a sua alimentação; entre elas: "*Os alimentos são saudáveis para mastigar bem* (caso 23)"; "*Muito importante para a saúde* (caso 30)"; "*Alimentação é uma coisa de louco: se comer de mais fica obeso, se comer de menos fica com desnutrição* (caso 129)".

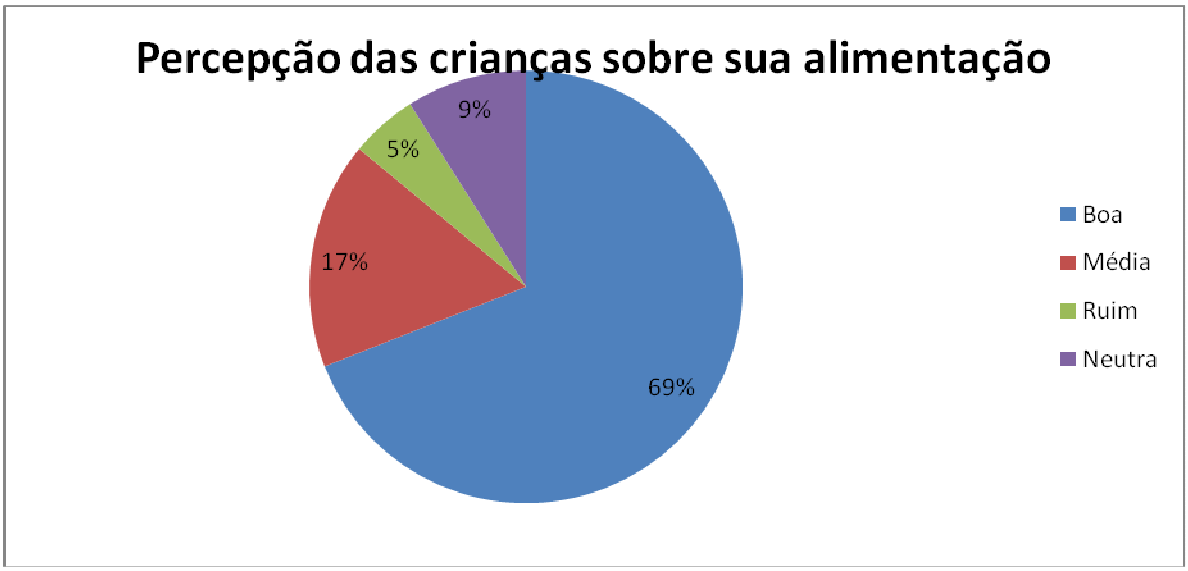


Figura 20 – O que as crianças acham sobre a sua alimentação

Tomando por base a Figura 20, pode-se verificar que a maioria das crianças, 69%, avalia a própria alimentação como sendo equilibrada. Este fato é de extrema importância, pois a alimentação é um dos fatores que tem contribuído para a epidemia da obesidade (Birch, 2006). Ao passo que 5% dos participantes considerou a alimentação como sendo inadequada, o que corresponde ao mesmo índice de prevalência de obesidade na amostra dessa pesquisa.

Além dos hábitos alimentares inadequados, o sedentarismo é apontado como outro fator que potencializa o aumento de sobrepeso e obesidade entre os jovens (Dowda & cols., 2001; Guerrero, 2007; Souza & cols., 2003). A questão formulada às crianças sobre a prática de fazer alguma atividade física era: "*Escreva o que você acha sobre fazer algum esporte*", conforme a Figura 21. A análise das respostas foi dividida entre duas categorias. A primeira categoria classificada como bom, refere-se a uma avaliação positiva sobre fazer esportes, como, por exemplo: "*Eu acho que é demais porque eu gosto de futebol e é bom para emagrecer* (caso 10)"; "*É bom para a saúde* (Ca so 112)"; "*Muito bom, perde calorias* (caso 37)". A categoria neutra diz respeito a frases das crianças que não avaliam o que acham sobre fazer algum esporte, como, por exemplo, "*Nada*",(caso 6); "*Eu pratico handebol* (caso 28)"; "*Dependendo do esporte eu procuro praticar mais*" (caso 41).

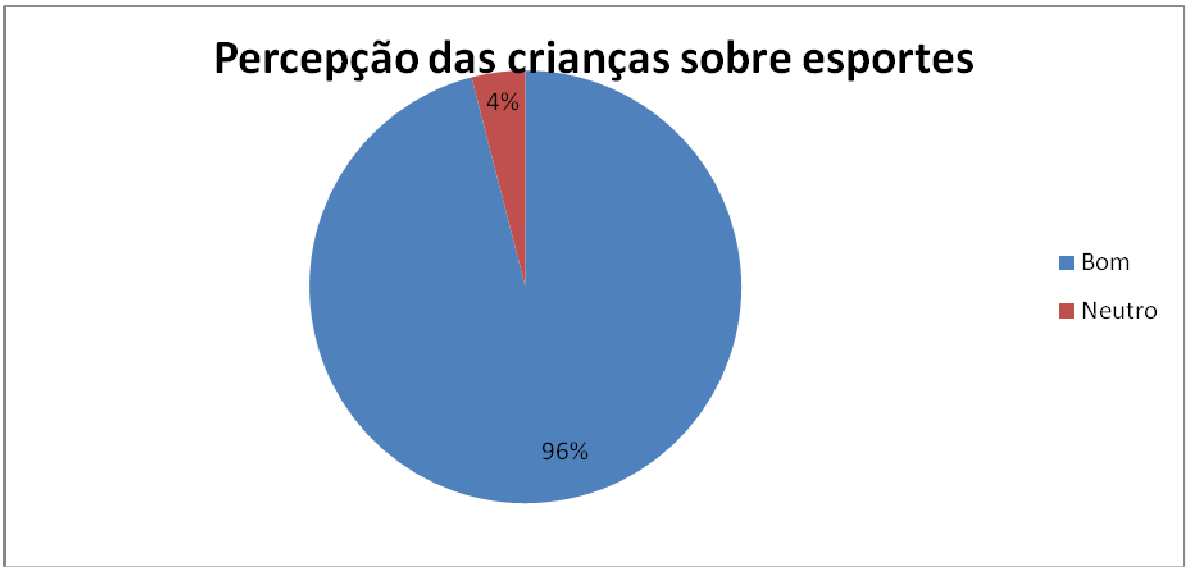


Figura 21 – O que as crianças acham sobre praticar algum esporte

O fato de as crianças mencionarem uma atitude bastante positiva ao ato de praticar um esporte, perfazendo um total de 96%, sugere um fator positivo para o controle do sedentarismo, pois as pesquisas apontam que, para manter um IMC saudável, é importante praticar algum tipo de atividade física. Entre as pesquisas que apontam isso estão a de Bukara-Radujkovic e Zdravkovic, (2009); Giugliano & Carneiro, (2004) e Dowda e cols. (2001).

A próxima questão era: "*Escreva o que você pensa sobre seu corpo*". As respostas foram divididas entre 6 categorias, conforme a Figura 22.

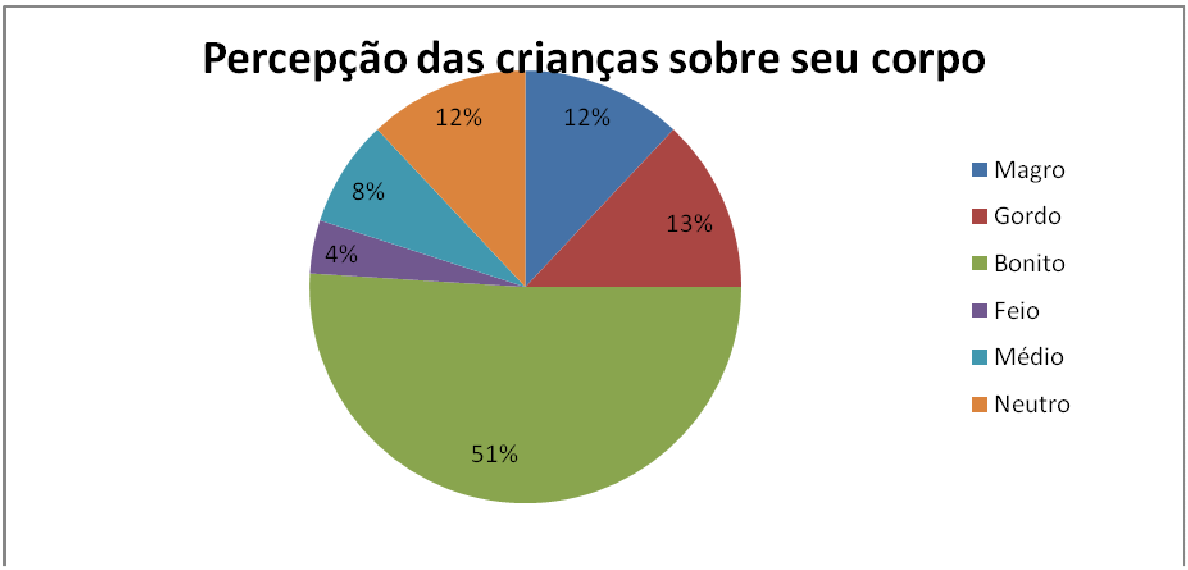


Figura 22 – O que as crianças pensam sobre o próprio corpo

A primeira categoria classificada como magro são crianças que se sentem magras. Alguns exemplos: “magro” (caso 1); “Que eu estou muito magro” (caso 26); “Bom e magro” (caso 28). A segunda categoria classificada como gordo são crianças que se sentem gordas; como exemplo: “*Um pouco gordinho*” (caso 32); “G*ordinho um pouco*” (caso 42); “*Eu penso que ele é muito gordo demais*” (caso 48). A terceira categoria classificada como bonito diz respeito a algum comentário positivo da criança em relação ao seu corpo, como, por exemplo, “*Que ele é bonito* (caso 22)”; “*Do meu corpo tudo de bom*” (caso 35); “*Linda*” (caso 47). A categoria feio refere-se ao contrário dessa última, como, por exemplo, “Eu *acho estranho*” (caso 29); “*Acho minha barriga feia e grande*” (caso 36); “*fora de forma*” (caso 136). A quinta categoria, médio, refere-se a crianças que avaliam seu corpo atribuindo-lhe pontos positivos e negativos; como exemplo: “*Bonito, mas ao mesmo tempo esquisito*” (caso 14) e “*Nem muito gordo e nem muito magro*” (caso 51). Por fim, a última categoria, que é neutro, refere-se a frases das crianças que não foram possíveis de enquadrar em nenhuma das categorias de análise para esta questão, como, por exemplo, “*se mexe o corpo inteiro*” (caso 23); “*Se eu comer comida gordurosa eu fico mais doente e posso quebrar a minha perna*” (caso 34); “*Eu não penso nada sobre meu corpo*” (caso 56).

De forma geral, percebe-se que as crianças estão satisfeitas com seu corpo, perfazendo um total de 51%. De acordo com Castilho (2004), o fato de a criança estar ou não, satisfeita com seu corpo está ligada a sua imagem corporal, que se refere à imagem, aos pensamentos, às emoções que a pessoa tem de seu corpo e como ela age em relação às características físicas. Porém, das crianças que citaram que estão gordas (13%), ou que estão magras (12%), não é possível saber se estão ou não, satisfeitas com o seu corpo. A quarta questão que foi formulada para as crianças era para escrever o que quisessem sobre os seus pais. As respostas das crianças foram classificadas em: bom, ruim, médio e neutro, conforme a Figura 23.

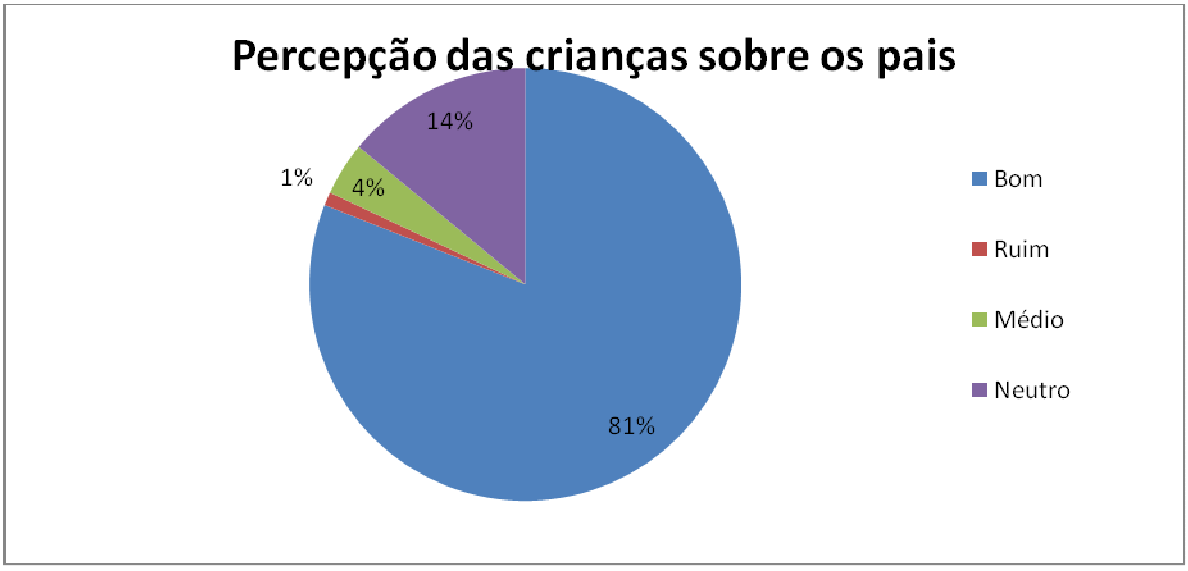


Figura 23 – O que as crianças acham dos seus pais

Os comentários das crianças foram bastante positivos em relação a seus pais; um total de 81% dos participantes da amostra escreveu um comentário positivo sobre seus pais, entre alguns deles: "*Que eles cuidam muito bem de mim que não existe pais melhores do que eles"* (caso 10); "*Meus pais são as coisas mais importantes nessa vida para mim"* (caso 30); "*Pai e mãe são maravilhosos. Era do jeito que eu queria ter*." (caso 70). Os comentários negativos sobre os pais, classificados como ruim, atingiram somente 1%, entre eles: "*Meu pai grita muito e minha mãe também*" (caso 36); "*Eles cobram muito de mim*" (caso 57).

Os comentários classificados como médio correspondem ao fato de a criança referir-se tanto a pontos positivos como a negativos dos pais ou referir-se aos pais de forma negativa e às mães, de maneira positiva ou vice versa. O todo dessa categoria corresponde a 4% do total da amostra. Alguns exemplos desses comentários: "*Meu pai: cavalo, chato, adora gritar e bater. Minha mãe: legal, querida, gente boa*" (caso 71); "*Meus pais são as vezes legais, as vezes chatos"* (caso 134); "*pai é chato, só que assistir tv. Minha mãe é boa, me incentiva em tudo de bom"* (caso 136). Por fim, a última classificação, categorizada como neutro; 14%, referem-se a comentários das crianças que não foram possíveis de se enquadrarem em nenhuma dessas categorias, entre eles: "*Ele é um pai para mim*" (caso 14); "*Os meus pais são separados*" (caso 24); "*Eles alimentam-se bem se é saudável eu não sei*" (caso 120).

De forma geral este resultado sugere uma boa relação estabelecida entre pais e filhos, pois a maior parte referiu-se aos pais com um comentário positivo, e somente 1% foi negativo, e 4% foram medianos. No entanto, isso fica em desacordo com os resultados

dos estilos parentais obtidos por meio da escala de responsividade e exigência, na qual existe um grande número de pais classificados como: negligentes, autoritários e permissivo. Uma explicação para esse resultado é que as respostas das crianças em escalas acabam sendo mais sinceras e menos politicamente corretas do que em respostas abertas; por fim, uma última explicação para esse fato pode ser que as crianças não percebam os comportamentos inadequados dos seus pais.

A última questão que foi formulada para as crianças era: "*Se você pudesse mudar algo em sua vida, o que seria? Diga 3 coisas que você mudaria, em ordem de importância.*" O total de respostas das crianças foi de 339, devido à criança poder escrever até 3 coisas que gostaria de mudar. As respostas delas foram classificadas em corpo, alimentação, família, próprios comportamentos, nada e outros. A Figura 24 mostra a porcentagem do número de participantes em relação à resposta dada em uma das seis categorias.

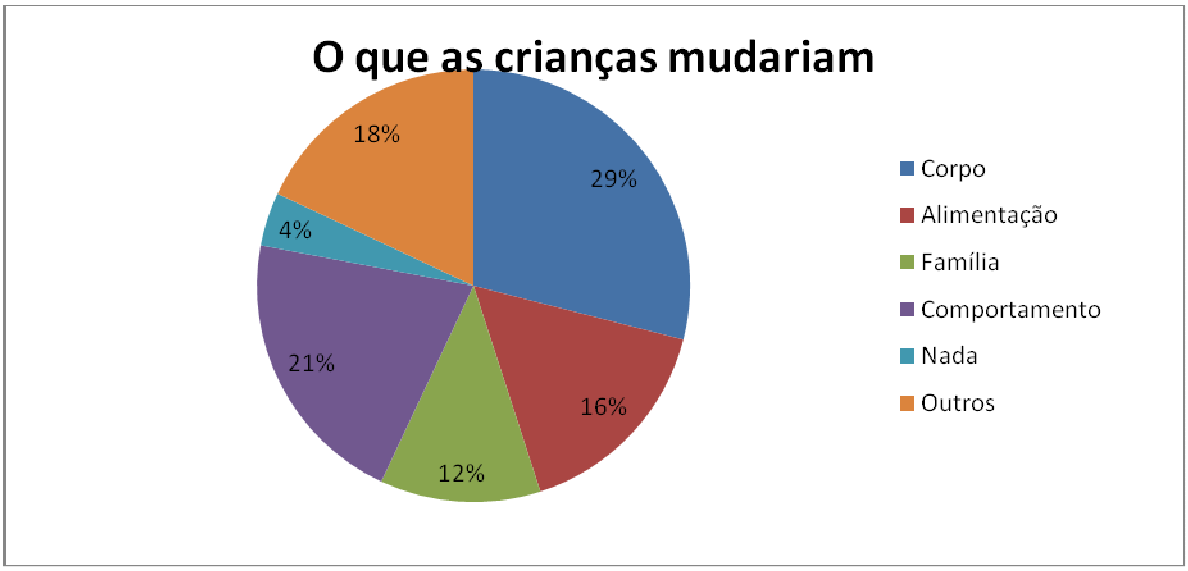


Figura 24 – O que as crianças mudariam em sua vida

A distribuição de cada categoria organizou-se da seguinte forma: a categoria corpo refere-se a desejos que as crianças têm em mudar alguma coisa em seu corpo, perfazendo um total de 29%. Alguns exemplos dessa categoria: "*Meu cabelo, meu dente e meu corpo*." (caso 12); "*Emagrecer. Mudava o cabelo."* (caso 34); "*Diminuir o peso*." (caso 70); "*Meu peso, meu corpo."* (caso 128); "*Ser um pouco mais magra, mais bonita, tiver um corpo lindo."* (caso 92).

A categoria alimentação, que corresponde a 16%, está ligada a desejos das crianças em relação a alimentos. Exemplos dessa categoria: *"Só ter alimentos saudáveis."*

(caso 139); “*Mudar para algo melhor a minha alimentação, eu queria gostar das verduras*.” (caso 133); “*Melhoraria minha alimentação*.” (caso 117); “*Comer chocolate todo dia, comer comida gordurosa, comer bala de goma todo dia*.” (caso 78).

Ainda dividindo a categoria alimentação, em comer alimentos saudáveis e não saudáveis, 84% das respostas indicam que as crianças mudariam para uma alimentação mais saudável; como exemplo: “*não comer muito doce e comer mais comida saudáve*l” (caso 124), e 16% gostariam de poder comer mais alimentos não saudáveis, como por exemplo: “*tudo o que eu quiser comer deixar eu comer*” (caso 95), “*comer chocolate todo dia*” (caso 78).

Provavelmente o que pode ter influenciado esses resultados, o desejo de mudar o corpo ou a alimentação, foi o fato de as crianças terem respondido anteriormente no mesmo questionário a várias perguntas sobre como os pais conduzem a sua alimentação.

A categoria família, que corresponde a 12%, diz respeito a algum desejo de mudança das crianças que envolvam familiares. Exemplos dessa categoria: “*Família meu pai voltar pra casa*.” (caso 82); “*Morar com a vó*.” (caso132); “*Minha família unida, com o pai*.” (caso 44); “*A família inteira reunida, que meu avô, minha avó e meu tio parassem de fumar*.” (caso 88); “*Melhorar o salário do meu pai. Melhorar o salário da minha mãe*.” (caso 18).

A categoria comportamento, que corresponde a 21%, se refere a algum desejo de mudança das crianças no seu próprio comportamento. Exemplos dessa categoria: “*Inteligente.”* (caso 64); *“Minha forma de ser”* (caso 38); “*Comportamento”* (caso 48); *“Estudar mais. E ter mais atenção nas coisas.”* (caso 70)

A categoria nada, somente com um total de 4%, se refere a crianças que escreveram que simplesmente não desejam mudar nada em suas vidas. Enfim, a categoria outros, diz respeito a vários desejos de mudanças das crianças que atingiram um total de 18%. Entre os desejos, estão: mudar o mundo, praticar mais esporte, mudar a vida, mudar a escola, adquirir bens materiais, ter mais saúde. Nesta categoria também incluem-se alguns desejos que não ficaram bem claros da forma como as crianças escreveram; por exemplo: *“amor”, “alegria”, “meu problema de velho”, “bolo”, “chips”.*

Conclui-se que as respostas das crianças mostram que seus desejos não envolvem a vontade de possuir mais bens materiais, como muitos pais pensam, mas sim mudar situações familiares, os próprios comportamentos, o corpo ou parte dele e, surpreendentemente, a alimentação, provavelmente influenciadas pelo questionário a que haviam acabado de responder.

4.1.10. Análise da questão aberta dos responsáveis

Os responsáveis pelas crianças responderam à seguinte questão no final da escala de verificação das práticas alimentares: "*Escreva o que você quiser sobre seu filho*". O total de responsáveis que respondeu essa questão foi de 76%. As respostas dos responsáveis foram categorizadas, de acordo com a valoração para o filho, em quatro categorias: bom (características positivas dos filhos), ruim (características negativas dos filhos), médio (características positivas e negativas) e neutro (comentários dos pais que não avaliam os filhos). A Figura 25 apresenta as respostas dos responsáveis.

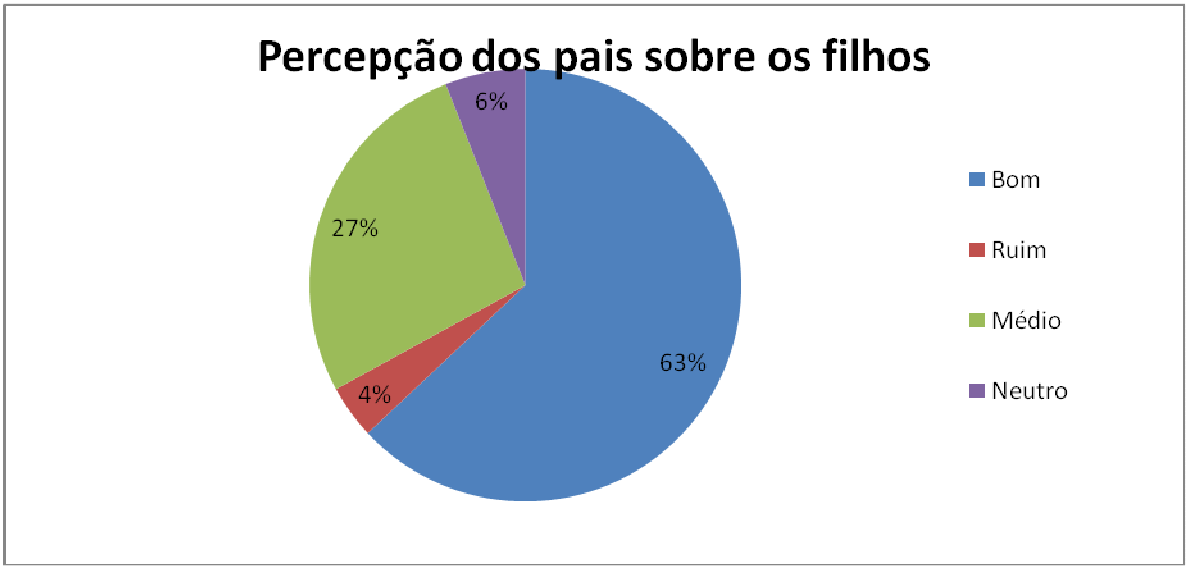


Figura 25 – O que os pais acham do seu filho

Os responsáveis se referiram às crianças de forma bastante positiva, categorizando 63% de respostas nesta ordem. Suas respostas descreveram características positivas dos filhos (inteligente, amoroso, esperto, especial, querido, e qualquer comportamento positivo diante da alimentação, etc.). A resposta de alguns responsáveis ilustra essa categoria: "*Uma criança saudável, ativa, inteligente e raramente fica doente. Sempre comeu de tudo principalmente alimentos saudáveis sem eu ter que fazer alguma pressão ou chantagem. Uma filha que qualquer mãe gostaria de ter (amamentei ela no peito até 2 anos)*" (caso 44); "*É uma criança educada, linda, criativa, aplicada com estudo escolar, obediente, compreensiva, sensível, delicada, amorosa, atenciosa comigo, amigos e familiares, em fim é uma bênção em minha vida*" (caso 46).

Quando os responsáveis descreveram seus filhos de ambas as formas, positiva e negativa, que se refere a categoria média, com 27%, eles fizeram isso tanto em relação ao comportamento alimentar como a outros comportamentos. "*Minha filha é uma menina*

boa e compreensiva. Sempre come pouco, às vezes exagera em alguns doces" (caso 19*); "É uma boa filha, que eu gosto muito dela, mas às vezes não obedece, mas é tudo pra mim e tudo o que eu tenho"* (caso 77); "*Ele é um menino inquieto e inseguro, às vezes retraído nos seus sentimentos, demonstra nervosismo às vezes, mas também tem o seu lado bom, carinhoso e obediente, me ajuda nas tarefas e a cuidar dos seus irmãos quando precisa. É um filho querido"* (caso 111).

As respostas dos responsáveis, categorizadas em valoração negativa para a criança, referem-se a respostas que somente abordam pontos negativos sobre a criança. Por exemplo: "*Meu filho é meio hiperativo e muito ansioso, às vezes quer se acalmar comendo, tenho muitas vezes dificuldades em controlar, porque quer comer o tempo todo*". (caso 58); "*Meu filho é um pouco desobediente, ele é revoltado, muito bravo, nervoso, altera-se facilmente , não gosta de estudar. Tem que saber falar com ele*" (caso 132). Por fim, as respostas consideradas na categoria neutra, 6%, referem-se às respostas dos responsáveis em relação a outras situações e não, em relação à criança. Por exemplo: "*Eu mãe de meu filho o R, sempre incentivarei meu filho sempre comer frutas, verduras e legumes para que seu peso sempre fique adequado e sua saúde máxima*" (caso 53); "*Eu sei educar muito bem meus filhos. Ajudando a que eles comam muitas coisas saudáveis e comidas diferentes*" (caso 114).

Ao comparar as respostas das crianças sobre os responsáveis e dos responsáveis sobre a criança, percebe-se que as crianças referiram-se aos seus responsáveis de maneira mais positiva (81%) do que os responsáveis, a elas (63%). Seguindo essa mesma percepção, as crianças também incluíram menos comentários com características positivas e negativas (4%) do que os responsáveis, em relação a elas (27%). Esse resultado parece revelar que os responsáveis são mais críticos em relação a escrever algo sobre as crianças.

4.1.11 O uso de práticas alimentares maternas com seus filhos

Por meio da análise estatística de Cluster a amostra foi segmentada em 3 grupos segundo as 12 escalas componentes do Questionário de Verificação das Práticas Alimentares (práticas de alimentação infantil). A partir dessa segmentação é possível a caracterização dos grupos e a observação de diferenças não observadas por meio de análises anteriores. A Figura 26 apresenta a distribuição dos casos, segundo a percepção das crianças sobre suas mães, nos três grupos formatados. Para facilitar a caracterização dos grupos, descrita abaixo, foram utilizados "apelidos" relacionados às suas características principais.

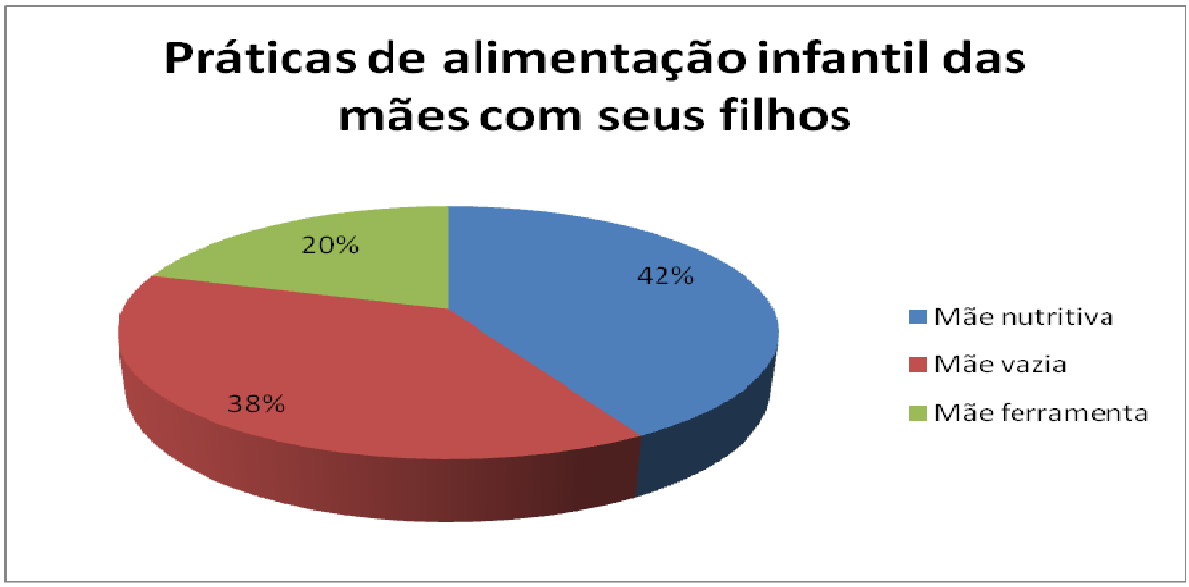


Figura 26 - Distribuição das mães nos três grupos segundo a percepção das crianças

Grupo 1: Mãe nutritiva (42% da amostra)

Este grupo integrou-se por mães que tentam utilizar um maior número de práticas de alimentação benéficas com seus filhos . As mães desse grupo não usam a comida para controlar os estados emocionais da criança e não os pressionam a comerem mais nas refeições.

Elas proporcionam o incentivo ao equilíbrio e a variedade na alimentação e estimulam o envolvimento dos seus filhos no planejamento e preparação das refeições. São modelo para os filhos ao ingerirem alimentos saudáveis e ensinam o valor nutricional dos alimentos para eles, além de também ficarem atentas no consumo de alimentos menos saudáveis pelos seus filhos.

As práticas negativas desse grupo envolvem as mães que restringem o consumo de doces e alimentos prejudiciais à saúde dos seus filhos a fim de lhes assegurar saúde e de controlar o seu peso. Mesmo que a prática de restrição seja considerada negativa, de acordo com o modelo de Musher-Eizenman e Holub (2007), muitas mães apresentam como primeira resposta restringir a alimentação dos seus filhos para controlarem o excesso de peso da criança. Provavelmente essas mães usam dessa prática de forma a pensar que é uma prática que vai ajudar os seus filhos a manter um peso saudável.

Mediante o teste Anova foi verificada a relação entre o IMC e o deixar a criança controlar a sua alimentação; como resultado foi observada uma tendência ($F=0,45$, $gl=3$, $p>0,05$) de essa prática estar relacionada à obesidade nos filhos, o que indica que também é uma prática negativa. Esse mesmo resultado também foi encontrado no grupo

“mãe vazia” e “mãe ferramenta”.

Este grupo corresponde a 42% da amostra, dos quais:

- Tendência de pais separados (43%): esta tendência talvez ocorra pelo fato de as mães promoverem maior cuidado com os filhos devido à falta dos pais ou até mesmo por uma competição entre os pais para ver qual é melhor para seu filho. Outra possibilidade é que os filhos, ao passarem o final de semana com os pais, possam receber uma alimentação extremamente calórica desses pais ao fazerem as vontades dos filhos como uma forma de demonstração de afeto.
- Tendência de seis ou mais irmãos (9,5%): uma eventual explicação para este fato é de que em famílias que têm um número maior de irmãos, os filhos podem ter uma expectativa menor com as mães e por este fato podem ter respondido sem tanto critério, ao questionário da pesquisa.
- Tendência dos filhos com sobrepeso ou obesidade (30%): o excesso de peso pode estar ligado ao uso da prática alimentar de restrição, que está associada com o aumento do peso e pelo fato de os pais não controlarem a alimentação dos filhos.
- Tendência das mães trabalharem fora (70%): essas mães podem não estar conseguindo ter tempo para organizar uma alimentação saudável para essas crianças.

Grupo 2: Mãe vazia (38% da amostra)

Este grupo é composto por mães que são negligentes com a alimentação dos seus filhos. As boas práticas de alimentação que compõem esse grupo se resumem nas mães que não pressionam seus filhos a comerem mais nas principais refeições, não restringem comidas menos saudáveis, seja por motivo de saúde, seja para controle de peso e não faz uso dos alimentos para controlar as emoções dos seus filhos. Essas mães também deixam as crianças controlarem a sua própria alimentação, o que foi verificado através do teste Anova, visto que esta prática está relacionada com a obesidade.

Essas mães também proporcionam menor equilíbrio e variedade na alimentação dos seus filhos, não incentivam o envolvimento dos seus filhos na preparação das refeições, não ficam atentas no consumo de alimentos inadequados, não podem ser consideradas um modelo de alimentação e não lhes ensinam o valor nutricional dos alimentos.

Este grupo corresponde a 38% da amostra, dos quais:

- Tendência dos filhos com histórico de reprovação (33%): provavelmente, são mães que não estão envolvidas com a educação alimentar dos seus filhos e também não

se envolvem com a educação escolar dessas crianças.

- Dos três grupos é o que apresenta o maior índice de peso normal (84%).
- Sobrepeso e obesidade (13,5%)

Grupo 3: Mãe ferramenta (20% da amostra)

As mães desse grupo apresentam práticas adequadas como as do grupo da “mãe nutritiva”, ao proporcionarem incentivo ao equilíbrio e a variedade na alimentação dos seus filhos, ao darem exemplo alimentando-se corretamente, ao ficarem atentas no consumo de alimentos não saudáveis pelos filhos, ao ensinarem o valor nutricional dos alimentos, ao envolverem moderadamente os seus filhos na preparação e planejamento das refeições e por não restringirem a comida deles com o objetivo de diminuir ou manter o peso.

Em contraposição, elas deixam as crianças controlarem sua alimentação, usam a comida para controlar os estados emocionais da criança, pressionam seus filhos a comerem mais nas principais refeições e restringem o consumo de comida dos seus filhos com o propósito de limitar comidas menos saudáveis e doces para manter seus filhos mais saudáveis.

Este grupo parece composto por mães que não têm seu comportamento organizado ou coerente: embora em sua maioria utilizem práticas educativas globais muito adequadas, utilizam-se de recursos inapropriados quando se trata de educar para uma alimentação saudável, talvez por insegurança quanto a seu papel no campo da nutrição ou por falta de informação quanto às práticas ideais nessa área.

O grupo 3 corresponde a 20% da amostra, dos quais:

- Tendência mãe dona de casa, que não trabalha fora (62%): uma possível explicação para este fato poderia ser que mães donas de casa têm menos acesso às informações de práticas de alimentação mais adequada para seus filhos, comparado à mães que trabalham fora de casa.
- Tendência estilos parentais autoritativos (75%): o uso de práticas positivas na educação dos filhos pode não estar relacionado ao uso de práticas mais adequadas na alimentação da criança. Essa mãe pode estar errando nas práticas de alimentação por falta de conhecimento ou por algum motivo de ordem emocional delas mesmas, mas que faz com que 16% das crianças filhas dessas mães estejam com sobrepeso. Este grupo parece ser o das mães indiferentes, seja com o desenvolvimento dos filhos, seja com sua alimentação.
- Tendência a maior proporção de meninos (48%) em relação à proporção da

amostra.

- Tendência sem histórico de reprovação (90%): esse fato pode ocorrer devido aos pais, em sua maioria, serem autoritativos.
- Tendência de 5% estudam em período integral (todos da amostra)
- Tendência dos filhos desnutrição (16%): uma das consequências do uso de práticas negativas de alimentação infantil é causar problemas à saúde das crianças, neste caso, a desnutrição.
- Tendência de 16% com sobrepeso e nenhum caso com obesidade

Verificando a relação entre os três grupos com os estilos parentais, obteve-se o resultado apresentado na Figura 27.

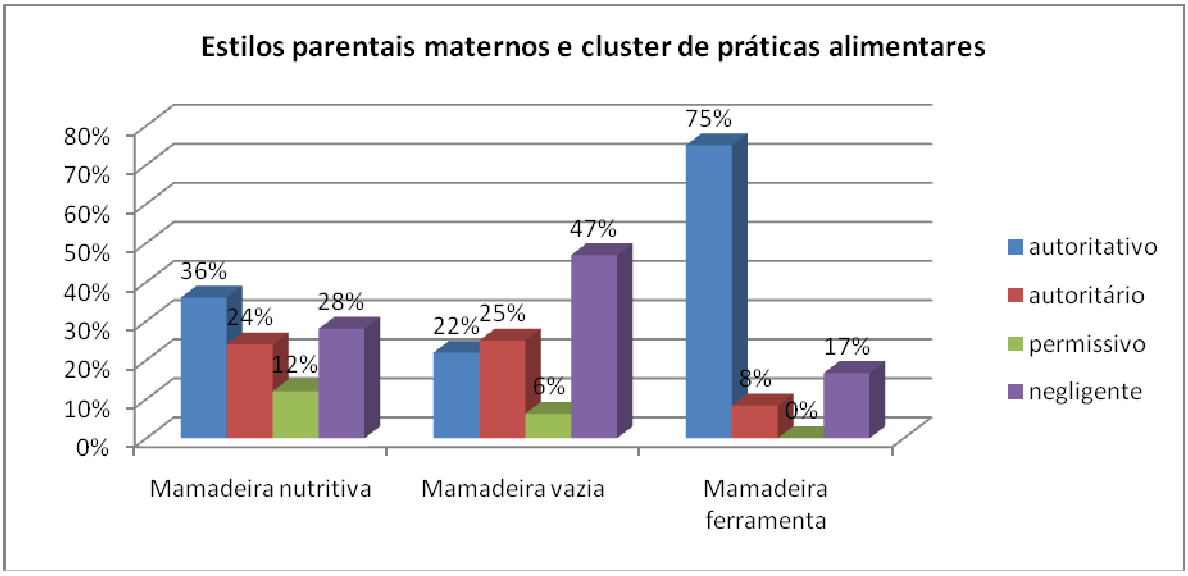


Figura 27 – Relações entre os grupos de mães e os estilos parentais

Conforme os resultados da Figura 27, observa-se que os grupos “mãe nutritiva” e “mãe vazia” são compostos pelos quatro estilos parentais e somente o grupo “mãe ferramenta” não apresenta o estilo parental permissivo, mas apresenta, por outro lado, o maior índice de pais autoritativos (75%). Esse resultado sugere que mães mais adequadas na educação dos seus filhos podem não ser as mais adequadas no uso das práticas de alimentação infantil; pensar inversamente, também estaria correto, pois as mães com práticas de alimentação mais saudável dos seus filhos necessariamente podem não ser as mais adequadas quanto ao estilo parental.

Outra interpretação para este resultado é que a escala de responsividade e exigência é limitada, ou seja: avalia somente a exigência como monitoria e a

responsividade, deixando dessa forma de abordar outras práticas como: o controle psicológico e a intrusividade. Isso nos levaria à indicação de mensurar todos esses construtos em nova pesquisa.

Por fim, para as práticas de deixar alimentos disponíveis em casa e no uso de comida com recompensa ao bom comportamento não houve diferença entre os grupos; todos os grupos apresentaram um mesmo resultado.

4.2. 2ª Fase – Análise funcional qualitativa de casos

Nesta fase da pesquisa, foram obtidos resultados descritivos, através das entrevistas, sobre o comportamento das crianças e de seus pais em relação à criança estar obesa (Anexo P). A partir desses resultados foi feita uma breve análise funcional de cada um dos participantes.

4.2.1 Caso 1 Oliver[8]

O caso 1 refere-se a uma entrevista realizada com Oliver, da 6ª série da escola SJ. Na ocasião da entrevista Oliver estava com 12 anos, morava com seus pais e seus irmãos; estava com 1,60m de altura, seu peso era de 62 kg e era classificado como obeso segundo os critérios da CDC. Como os temas abordados na entrevista foram divididos em três tópicos principais, optou-se por apresentar as informações coletadas seguindo-se tais tópicos.

Sobre o peso:

Nesta categoria verificou-se que Oliver gosta e pratica atividades físicas. Que parte das suas refeições é feita na sua casa e outra parte, na lanchonete de sua mãe; que o menino tem consciência da sua obesidade; quer sair dessa condição no futuro e relata não ter nenhum problema em decorrência do excesso de peso. O seu café da manhã é composto de alimentos como feijão, ovos; no almoço, lanches ou carne, arroz, feijão e salada, e à noite não janta ou come macarrão ou pão.

Possíveis antecedentes e consequentes:

Oliver faz as três principais refeições diariamente e não mencionou fazer lanches entre as refeições. Alimenta-se em maior quantidade quando vai a restaurantes, ganha

[8] Nome fictício

uma vez por mês “chips” dos pais e não come mais quando está passando por alguma dificuldade.

Durante a alimentação de Oliver os pais falam para ele não exagerar na comida para não vir a passar mal mais tarde, e após as refeições os pais não falam nada para o filho. O sentimento de Oliver após as refeições é agradável.

Perguntas sobre as práticas de alimentação infantil:

Oliver, é quem controla a sua alimentação; ele come chocolate quando se sente triste; os seus pais o incentivam a comer salada, arroz e feijão; os pais mantêm em casa alimentos como arroz, feijão, salada, fubá, polenta, batata frita, carne e farofa. Oliver não recebe alimentos por comportar-se adequadamente, não ajuda no planejamento e na preparação das refeições; às vezes seus pais ficam atentos na sua alimentação, não o pressionam a comer mais e controlam a sua alimentação com o objetivo de controlar o seu peso, mas não ensinam o valor nutricional dos alimentos para seu filho.

Em relação às consequências físicas e emocionais da obesidade Oliver não relata sofrer nenhum tipo dessas consequências. Algumas situações podem ser hipotetizadas como antecedentes e consequentes do comportamento de Oliver estar obeso, entre elas:

Antecedentes:

Lanchonete da família: um ambiente com a disponibilidade de diversos alimentos

Controle da alimentação: feita pela própria criança.

Ausência de rotina alimentar: Oliver faz de duas a três refeições diárias e algumas delas com excesso de calorias, quando se sabe que a recomendação é que a criança faça diversas refeições ao dia, mas em menor quantidade.

Consequentes:

Reforço negativo: comer chocolate ao sentir-se triste. Provavelmente este alimento está sendo usado para aliviar efeitos aversivos do sentimento de tristeza.

Reforço positivo: sente-se bem após as refeições.

Ausência de envolvimento dos pais no planejamento e na preparação das refeições, falta de monitoria da alimentação; os pais não lhe ensinam o valor nutricional dos alimentos e usam da coerção para Oliver diminuir a quantidade de alimentos ingeridos.

De maneira geral, a pesquisadora percebeu a família de Oliver disposta a colaborar na pesquisa, bem humorada quanto à questão do peso, como, por exemplo, a mãe, ao trazer o filho para a entrevista, faz algumas brincadeiras dizendo "*conte para a Ana (pesquisadora) o quanto de batata frita nós comemos*". Em relação ao menino, no início ele estava ansioso, com medo de não saber responder às perguntas que a pesquisadora faria, mas à medida que a pesquisadora explicava o procedimento, ele foi percebendo que conseguiria responder a todas as questões e assim ele foi se soltando, rindo e mostrando-se disposto a conversar e a colaborar com a pesquisa.

4.2.2 Caso 2 Ângela[9]

O caso 2 refere-se a uma entrevista realizada com Ângela, da 5ª série da escola DC. Na ocasião da entrevista Ângela estava com 11 anos, morava com seus pais e seus irmãos e estava com 1,52m de altura e seu peso era de 65 kg e era classificada como obesa segundo os critérios da CDC. Como os temas abordados na entrevista foram divididos em três tópicos principais, optou-se por apresentar as informações coletadas seguindo-se tais tópicos.

Sobre o peso:

Ângela gosta de ficar em casa assistindo à televisão e ajudando nas atividades domésticas; não pratica nenhum esporte e faz as refeições em diversos cômodos da casa. Não gosta do seu peso e sente-se incomodada de comer na frente do espelho. Relata sentir-se mal por ser obesa, recebe apelidos e apresenta dificuldade de respirar, andar e correr. Deseja para o futuro emagrecer e ficar bonita. Os seus pais falam que ela precisa fazer regime e emagrecer.

Possíveis antecedentes e consequentes

Ângela relata ter uma rotina alimentar com cinco refeições no dia e ingerir diversos tipos de alimentos. Acha que come mais na hora do almoço e que recebe mais alimentos dos seus pais no café e no jantar. Relata também comer mais quando está feliz. Durante a sua alimentação os pais falam que ela deve comer menos, e Ângela relata sentir tristeza enquanto está comendo e às vezes se sente gorda.

Perguntas sobre as práticas de alimentação infantil:

[9] Nome fictício

O pai de Ângela algumas vezes escolhe o que ela vai comer e às vezes fica por conta da própria criança. Ângela relata não comer quando se sente triste. Seus pais incentivam-na a comer frutas e verduras e em sua casa há tanto alimentos saudáveis como não saudáveis. Ângela ajuda na preparação das refeições; os seus pais comem, com mais frequência, arroz com feijão e macarrão com carne e ficam atentos na alimentação da filha. Também não a pressionam a comer, controlam a quantidade de comida que ingere para não engordar e ensinam-lhe o valor nutricional dos alimentos. Porém, ao ser indagada sobre quais são os valores nutricionais dos alimentos, Ângela não soube responder.

Diferente do caso de Oliver, Ângela parece estar sofrendo consequências físicas e emocionais decorrentes da obesidade. Os seguintes antecedentes e consequentes podem ser hipotetizadas para o comportamento de estar obesa de Ângela.

Antecedentes:

Ausência de atividade física: Ângela relata gostar de ficar em casa ajudando a mãe e assistindo à televisão.

Ausência de local apropriado para alimentar-se: Ângela relata comer em diversas partes da casa.

Incentivo dos pais para comer mais no café da manhã e no jantar.

Consequentes:

Reforço positivo: comer mais quando está feliz, ou seja: a comida parece ser para Ângela uma das únicas fontes de reforço positivo, além de gostar de assistir à televisão, que deve estar associado a alimentar-se durante este momento de lazer.

Controle aversivo por parte dos pais em relação à quantidade de alimentos que Ângela ingere para não engordar.

Uso da restrição para controle de peso e não ensinam o valor nutricional dos alimentos.

A pesquisadora teve contato com o pai e a mãe de Ângela e nestes contatos percebeu o quanto os dois tinham dificuldades cognitivas para entender a pesquisa que seria realizada com a sua filha, sendo necessário explicar diversas vezes o procedimento. A percepção da pesquisadora em relação à menina foi a de que é uma criança triste, tímida, com falta de repertório social e extremamente controlada pelo seu pai, como, por exemplo, ao final da entrevista a pesquisadora deu um brinco como uma forma de

agradecimento à menina e ela relatou que o pai não a deixa usar brincos. Outro fato curioso foi que a menina relatou então, que é ela quem prepara as refeições em casa, pois seu pai exige que a mãe fique cuidando dos seus outros irmãos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O excesso de peso, classificado em sobrepeso e obesidade, teve a sua incidência elevada, perfazendo um total de 18%, entre as crianças pesquisadas. Para compreender essa epidemia é importante considerar, além dos fatores individuais de cada criança, o papel da família e da escola no desenvolvimento do excesso de peso.

Em síntese, os resultados encontrados nessa pesquisa apontam para algumas tendências, entre elas, o sobrepeso e obesidade foram mais prevalentes entre filhos de pais casados; filhos de mães que trabalham fora apresentam uma maior frequência de obesidade; e que o excesso de peso tende aparecer nas classes econômicas mais altas.

No que diz respeito ao objetivo de verificar a relação entre os estilos parentais e a condição do IMC das crianças não houve uma relação significativa, porém observou-se que, para a figura paterna, o estilo autoritativo foi o que apresentou maior número de crianças com o peso normal e que o excesso de peso dessas crianças está mais ligado a pais permissivos e negligentes. Diferentemente da figura paterna, as mães que apresentaram os filhos com peso normal foram as mães negligentes, seguidas das autoritativas, e o excesso de peso está mais ligado a mães autoritárias e permissivas. Esse resultado provavelmente pode estar ligado a outras variáveis, além da condição dos estilos parentais, que podem estar influenciando na determinação do IMC.

Para verificar o uso das práticas de alimentação infantil em função do sexo da criança, obteve-se como resultado que pais e mães utilizam práticas mais adequadas para com as meninas do que com os meninos. E quanto à percepção dos responsáveis sobre as crianças e vice-versa, em relação ao uso das práticas de alimentação infantil, ocorreu uma tendência no sentido de os pais e mães acharem que as práticas utilizadas por eles são um pouco melhores do que na percepção das crianças.

Para a relação entre às práticas alimentares exercidas pelos pais com seus filhos e o desenvolvimento do sobrepeso e obesidade, obteve-se somente uma relação significativa com a prática de restrição para o controle de peso, nas quais as crianças desnutridas e em peso normal relataram índices menores que crianças obesas. No entanto algumas tendências foram encontradas para as seguintes práticas: controle da alimentação feito pela criança, (criança responde sobre o pai), teve com resultado que as crianças obesas têm mais controle da própria alimentação que as que estão desnutridas; pressão (pai ou mãe respondem sobre si): os dados revelam menor escore para filhos obesos e maior escore para desnutridos; restrição por saúde (pai ou mãe responde sobre si): menor escore para filhos em sobrepeso e maior, para obesos.

Quanto a verificar se existe relação entre os grupos de pais e mães autoritários, autoritativos, negligentes e permissivos em suas práticas alimentares, notou-se que mães e pais autoritativos tiveram escores de práticas alimentares mais benéficos ao desenvolvimento dos filhos, seguidos por pais e mães autoritários. E mães e pais permissivos e negligentes tiveram as práticas alimentares mais prejudiciais para o desenvolvimento alimentar dos filhos.

A correlação mais alta apresentada para as escalas de exigência e reponsividade e pela escala de verificação das práticas de alimentação infantil, foi a da prática de envolvimento, exercida pela figura paterna, que está correlacionada com pais responsivos e principalmente com pais que incentivam o equilíbrio e a variedade nas alimentações. Outra correlação fortíssima é a de a figura paterna servir de modelo, ao ingerir alimentos saudáveis, para seus filhos com a prática paterna de incentivo ao equilíbrio e à variedade. Por fim, outra correlação que mereceu destaque para a figura paterna foi a de que pais que monitoram a alimentação dos seus filhos são pais extremamente responsivos. Diferente da figura paterna, a figura materna apresentou um número menor de correlações entre as práticas alimentares e exigência e responsividade.

Outro resultado interessante encontrado foi o de que pais que são exigentes e responsivos utilizam tanto práticas positivas para alimentação dos seus filhos quanto práticas de alimentação consideradas negativas com seus filhos, diferentemente das mães que, de maneira geral, não utilizam práticas negativas na alimentação da criança. Talvez essa diferença seja reflexo do papel culturalmente atribuído a pais e mães, pelo qual é mais aceito dos pais um comportamento mais rude e impaciente, dispostos a todos os recursos para obterem dos seus filhos o comportamento desejado.

A análise de Cluster permitiu segmentar a amostra em três grupos, a partir da semelhança das práticas alimentares parentais de cada indivíduo, entre eles: grupo das “mães nutritivas” que são as que tentam ser as mais adequadas no uso das práticas de alimentação com seus filhos, o grupo das “mães vazias” que são as mães negligentes na alimentação das crianças, e a “mães ferramentas” que usam dos alimentos com os seus filhos para atingir os seus objetivos. Essa técnica permitiu verificar que mães que não são adequadas em termos de práticas educativas, podem ser adequadas no uso de práticas de alimentação com os seus filhos.

Quanto ao papel da escola para o controle do excesso de peso, as escolas participantes não apresentaram nenhum programa dedicado especialmente a esta temática, porém as diretoras relatam estarem preocupadas com uma alimentação equilibrada e com a prática de atividade física como algo pertencente ao dia a dia das

crianças. Ao mesmo tempo isso parece contraditório, ao verificar que em uma das escolas tem venda de chocolates e talvez isso ocorra por falta de informações sobre as práticas de alimentação infantil por parte das figuras de autoridade da escola. Dessa forma, as escolas são um excelente local para a propagação de informações para pais e professores que, por sua vez, atingem as crianças e, dessa forma, contribuem para um desenvolvimento mais saudável.

Em relação à parte qualitativa, que se continha nos questionários respondidos pelas crianças e pais, os resultados mais interessantes foram: a maioria das crianças avaliou sua alimentação como sendo adequada, e praticamente todas as crianças têm uma percepção positiva sobre praticar esportes. Quando indagadas sobre o que as crianças acham do seu corpo, praticamente metade da amostra mostrou-se satisfeita e ao responder o que mudariam em sua vida, as respostas se concentram em mudanças no corpo, na alimentação, na família e no próprio comportamento. Em relação à percepção que as crianças têm dos seus pais, a maioria das respostas foi positiva sobre eles, ao passo que os pais foram mais críticos ao escreverem algo sobre seus filhos.

No que se refere às entrevistas conduzidas com os dois participantes obesos, permitiu-se entender, em cada um dos casos, as particularidades do que pode estar mantendo o excesso de peso. Nesses casos percebeu-se tanto a presença de reforçadores positivos como negativos, como também, o uso de práticas alimentares inadequadas utilizadas pelos pais na alimentação dos entrevistados.

Apesar de a relação entre a maioria das práticas de alimentação infantil, estilos parentais e o sobrepeso e obesidade não tenha apresentado resultados estatisticamente significativos, é importante mencionar que tendências foram encontradas e que provavelmente com uma amostra maior os resultados poderiam apresentar-se mais significativos. Além disso, outras variáveis que foram deixadas de fora dessa pesquisa podem estar influenciando o IMC da criança, como, por exemplo, o metabolismo, o clima, a atividade física, entre outras.

Mesmo tendo se encontrado resultados interessantes nessa pesquisa, algumas limitações foram observadas e que merecem ser abordadas, pois podem contribuir para futuras pesquisas.

Em relação aos instrumentos de pesquisa, a escala de verificação das práticas de alimentação infantil deve ser mais estudada para sua aplicação no contexto brasileiro, devido às práticas mudarem muito de uma cultura para a outra, fato que pode ter comprometido a expressão de dados mais significativos; além de que, esta escala talvez

seja mais apropriada a ser utilizada com responsáveis por crianças com menor idade, pois, nesse momento, os pais tendem a exercer maior controle sobre a alimentação delas. Para a avaliação dos estilos parentais sugere-se utilizar escalas que avaliam mais práticas de relacionamento entre pais e filhos, podendo, dessa forma, contribuir com uma maior variedade de resultados. Sugere-se que o roteiro de entrevista deve ser utilizado depois de um vínculo com a criança, para que esta responda com mais informações as perguntas feitas pela pesquisadora, para dessa forma conduzir uma análise funcional mais ampla e consistente.

Quanto às variáveis que foram abordadas nesta pesquisa é necessário aprofundá-las e incluir outras variáveis, como a frequência com que a criança realiza atividade física, pois a obesidade é uma doença causada por múltiplas etiologias. Espera-se que com os resultados obtidos pela pesquisa possa-se progredir com o conhecimento no avanço da ciência, para um fenômeno que é considerado uma epidemia e que ainda não recebe atenção que deveria ter de toda a sociedade.

Assim, a cada ano, a prevalência da obesidade infantil no mundo todo, inclusive no Brasil, tem aumentado consideravelmente e tem trazido inúmeras consequências físicas e emocionais para todos os que sofrem dessa doença. E, nesse caminho, os profissionais devem-se posicionar para o avanço do conhecimento para ajudar milhares de crianças e talvez futuros adultos obesos, para que usufruam de uma melhor qualidade de vida. Um dos caminhos para iniciar essa ajuda é estudar de que forma a família e a escola podem contribuir para o controle dessa epidemia.

6. REFERÊNCIAS

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1979). The child behavior profile: II. Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. *Journal of consulting and clinical psychology, 47*(2), 223-233.

Ades, L., & Kerbauy, R. R. (2002). Obesidade: Realidade e indagações. *Psicologia USP*, *13*(1), 197-216.

Alvarenga, P. (2001). Práticas educativas parentais como forma de prevenção de problemas de comportamento. Em H. J. Guilhardi, Madi, M. B. B. P., Queiroz, P. P., & Scoz, M. C. (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Expondo a variabilidade* (Vol. 8, pp. 54-60). Santo André: Esetec.

Alves, J. G. B. (2003). Atividade física em crianças: Promovendo a saúde do adulto. *Revista Brasileira de saúde materno-infantil, 3*(1), 5-6.

Alves, U. S. (2007). Não ao sedentarismo, sim à saúde: Contribuições da educação física escolar e dos esportes. *O mundo da saúde, 31*(4), 464-469.

American Psychological Association (2010). Changing diet and exercise for kids. Recuperado em 14 de setembro, 2010, do *http://www.apa.org/topics/children/healthy-eating.aspx.*

Barbosa, V. L. P (2009). *Prevenção da obesidade na Infância e na adolescência* (2ª ed.) Barueri: Manole.

Barbosa, P. C., Ribeiro, M. G. V., & Neves, S. M. M. (2009). Obesidade infantil: identificação de variáveis no contexto familiar e intervenção terapêutica. Em R. Wielenska (org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Desafios soluções e questionamentos* (Vol 24, pp. 256-277). Santo André: Esetec.

Batista Filho, M., & Rissin, A. (2003). A transição nutricional no Brasil: Tendências regionais e temporais. *Caderno de Saúde Pública*, *19 (*sup.1), S181-S191.

Batista Filho, M., Souza, A. I., Miglioni, T. C., & Santos, M. C. (2008). Anemia e obesidade: Um paradoxo da transição nutricional brasileira. *Caderno de Saúde Pública, 24* (Sup 2*),* S247-S257.

Baughcum, A. E., Power, S. W., Jonhnson, S. B., Chamberlin, L. A., Deeks, C. M., Jain, A., & Whitaker, R. C. (2001). Maternal feeding practices and beliefs and their relationships to overweight in early childhood. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics,* 22(6), 391-408.

Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative control on child behavior. *Child Development*, 37, 887-907.

Barros Filho, A. A. (2004). Um quebra-cabeça chamado obesidade. *Journal de Pediatria*, *80*(1), 1-3.

Benton, D. (2004) Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *International Journal of obesity, 28*(7) 858-869.

Betti, M., & Zuliani, L. R. (2002). Educação física escolar: Uma proposta de diretrizes pedagógicas. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte, 1*(1), 73-81.

Birch, L. L. (2006). Child feeding practices and the etiology of obesity. *Obesity, 14*(3), 343-344.

Birch, L.L., & Fisher, J. O. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, *101*(3), 539-549

Birch, L. L. & Fisher, J. O. (2000). Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *American Journal of Clinical Nutrition, 71*, 1054-1061.

Birch, L. L. & Davison, K.K. (2001). Family environmental factors influencing the developing bevavioral controls of food intake and chilhood overweight. *Pediatric Clinics of North America, 48*(4), 893-907.

Birch, L.L., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., Markey, C. N., Sawyer, R., & Johnson, S. L. (2001). Confirmatory factor analysis of the child feeding questionnaire: A measure of parental attitudes, beliefs, and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite, 36*, 201-220.

Birch, L. L., Fisher, J. O., & Davison, K. K. (2003). Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *American Journal of Clinical Nutrition, 78,* 215-220.

Blissett, J., & Haycraft, E. (2008). Are parenting style and controlling feeding practices related? *Appetite 50*, 477-485.

Blissett, J., Meyer, C., Haycraft, E., Farrow, C., & Coulthard, H. (2008). Predicting children's emotional eating. *Appetite 5*, 751-764.

Boere-Boonekamp, M. M., L'Hoir, M. P., Beltman, M., Bruil, J., Dijkstra, N., & A. C. Emgelberts. (2008). Overweight and obesity in preschool children (0-4 years): Behavior and views of parents. *Ned Tijdschr Genneskd, 152*(6), 324-330.

Bradley, R.H., Houts, R., Nader, P.R., O'Brien, M., Belsky, J., & Crosnoe, R. (2008). The relationship between body mass index and behavior in children. *Journal of Pediatrics*, *153*(5*),* 629-634.

Brasil, L. M. P., Fisberg, M., Maranhão, H. S. (2007). Excesso de peso de escolares em região do nordeste brasileiro: Contraste entre as redes de ensino pública e privada. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 7*(4), 405-412.

Bueno, M. B., & Fisberg, R. M. (2006). Comparação de três critérios de classificação de sobrepeso e obesidade entre pré-escolares. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, *6*(4), 411-417.

Bukara-Radujkovic, G., & Zdravkovic, D. (2009). Physical activity as an important determinant in developing childhood obesity*. Medicinski Pregled, 62(3-4),* 107-113.

Butte, N. F. (2009). Impact of infant feeding practices on childhood obesity. *The Journal of Nutrition, 139*(2), 412s-416s.

Campbell, K. J., Crawford, D. A., & Ball, K. (2006). Family food environment and dietary behaviors likely to promote fatness in 5 - 6 year-old children. *International Journal of Obesity, 30*, 1272-1280.

Castilho, S. (2004). Obesidade infantil e auto-estima. Em D. C. L. Heller (org.) *Obesidade infantil: manual de prevenção e tratamento.* Santo André: Esetec.

Casey, R., & Rosin, P. (1989). Changing children's food preference: Parent opinions. *Appetite, 12*(3), 171-182.

Centers for Disease Control and Prevention. (2009a). Definitions for children and teens. Recuperado em 05 de outubro, 2009, do *http://www.cdc.gov/obesity/defining.html.*

Centers for Disease Control and Prevention. (2008d). Make a difference at your school. Recuperado em 18 de fevereiro, 2010, do *http://www.cdc.gov/HealthyYouth/KeyStratgies/.*

Centers for Disease Control and Prevention. (2009b). About BMI for children and teens. Recuperado em 05 de outubro, 2009, do *http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi/about_childrens_bmi.html.*

Centers for Disease Control and Prevention. (2009c). How do genes affect obesity? Recuperado em 05 de outubro, 2009, do *http://www.cdc.gov/genomics/resources/diseases/obesity/index.htm.*

Centers for Disease Control and Prevention. (2010). About BMI for Adults. Recuperado em 22 de julho, 2009, do *http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult_bmi /index.html.*

Conte, F. C. S. (2001). Promovendo a relação entre pais e filhos. Em Delliti, M. (Org), *Sobre Comportamento e Cognição: A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo comportamental* (Vol. 2, pp. 159-166). Santo André:Esetec.

Cornette, R. (2008). The emotional impact of obesity on children. *Nursing, 5*(3), 136-141.

Costa, F. T., Teixeira, M. A. P., & Gomes, W. B. (2000). Responsividade e exigências: Duas escalas para avaliar estilos parentais. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 13*, 465-473.

Coutinho, W. (1998). Obesidade: Conceitos e classificação. Em: M. A. A. Nunes, J. C. Appolinário, A. L. Abuchaim, & W. Coutinho (Orgs.), *Transtornos alimentares e obesidade*, (pp.197-215). Porto Alegre: Artmed.

Daniels, L. A., Magarey, A., Battistutta, D., Nicholson, J. M., Farrell, A., Davidson, G., & Cleghorn, G. (2009). The nourish randomised control trial: Positive feeding practices and food preferences in early childhood – a primary prevention program for childhood obesity. *BMC Public Health, 9*(387), 387-396.

Danna, M. F. & Matos, M. A. (1999). *Ensinando observação: Uma introdução*. São Paulo: Edicon.

Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, *113*(3), 487-496.

Davison, K. K., & Birch, L. L. (2001). Weight Status, Parent Reaction, and Self-Concept in Five-Year-Old Girls. *Pediatrics, 107*(1), 46-53.

Dehghan, M., Danesh, N. A., & Merchant, A. T. (2005). Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutrition Jornal, 4*(24). Recuperado em 11 de outubro, 2009, do *http://www.nutritionj.com/content/4/1/24.*

Dowda, M., Ainsworth, B. E. Addy, C. L., Saunders, R., & Riner, W. (2001). Environmental influences, physical activity, and weight status in 8 to 16 years olds. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 155*(6), 711-717.

Epstein, L. H., Paluch, R. A., Beecher, M. D., & Roemmich, J. N. (2008). Increasing healthy eating vs. reducing high energy-dense foods to treat pediatric obesity. *Obesity, 16*, 318-326.

Evers, C., De-Ridder, D. T. D., & Adriaanse, M. A. (2009). Assessing yourself as an emotional eater: Mission impossible? *Health Psychology, 28*(6), 717-725.

Fagundes, A. J. F. M. (1992). *Descrição, definição e registro de comportamento*. São Paulo. Edicon.

Faith, M. S., Heshka, S., Keller, K. L., Sherry, B., Matz, P. E., Pietrobelli, A., Allison, D. B. (2003). Maternal-child feeding patterns and child body weight: Findings from a population-based sample. *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine, 157*, 926-932.

Faith, M. S., Berkowitz, R. I., Stallings, V. A., Kerns, J., Storey, M. & Stunkard, A. J. (2004a). Parental feeding attitudes and styles and child body mass index: Prospective analysis of a gene-environment interaction. *Pediatrics, 114*, 429-436.

Faith, M. S., Scanlon, K. S., Birch, L. L., Francis, L. A., & Sherry, B. (2004b). Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obesity Research, 12*(11), 1711-1722.

Farrow, C. V., & Blissett, J. (2008). Controlling feeding practices: Cause or consequence of early child weight? *Pediatrics, 121,* 164-169.

Fisberg, M. (1995). *Obesidade na infância e adolescência*. São Paulo. Fundo Editorial BYK.

Fischer, J. O. & Birch, L. L. (1999). Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection, and intake. *American Journal of Clinical Nutrition, 69*, 1264-1272.

Fonseca, H., & Matos, M. G. (2005). Perception of overweight and obesity among portuguese adolescents: Overview of associated factors. *European Journal of Public Health, 15(3),* 323-328.

Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. (2009). A alimentação escolar. Recuperado em 24 de fevereiro, 2009, do *http://www.fnde.gov.br/index.php/ae-apresentacao.*

Gabriel, C. G., Santos, M. V., Vasconcelos, F. A. G. (2008). Avaliação de um programa para promoção de hábitos alimentares saudáveis em escolares de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil*. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 8*(3), 299-308.

Gibson, L. Y., Byrne, S. M., Davis, E. A., Blair, E., Jacoby, P., & Zubrick, S. R. (2007). The role of family and maternal factors in childhood obesity. *The Medical Journal of Australia***,** *186*(11), 591-595.

Giugliano, R., & Carneiro, E. C. (2004). Fatores associados à obesidade em escolares. *Jornal de Pediatria, 80*(1), 17-22.

Gortmaker, S. L., Peterson, K., Wiecha, J., Sobol, A. M., Dixit, S., Fox, M. K., & Laird, N. (1999). Reducing obesity via school-based interdisciplinary intervention among youth planet health. *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine, 153*(4), 409-418.

Guedes, N. G., Moreira, R. P., Cavalcante, T. F., Araújo, T. L., & Ximeneses, L. B. (2009). Atividade física de escolares: Análise segundo o modelo teórico de Pender. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 43*(4), 774-780.

Guerrero, M. N. V. (2007). Avaliação e tratamento da obesidade. Em V. E. Caballo (Org.), *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade* (209-230). São Paulo: Santos.

Halpern, Z., & Rodrigues, M. D. B. Obesidade Infantil. (2008). Obesidade infantil. Em: M. A. Nunes, J. C. Appolinário, A. L. Galvão & W. Coutinho. (Orgs.), *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 283-288). Porto Alegre: Artmed. (Original publicada em 2006).

Hara, R. N., & Priszkulnik, L. (2004). Obesidade nas crianças: Algumas considerações. *Psicologia da Saúde, 12*(2), 400-408.

Harris, K. C., Kuramoto, L. K., Schulzer, M., & Retallack, J. E. (2009). Effect of school-based physical activity interventions on body mass index in children: A meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal, 134*(8)*,* 2090-2105.

Haycraft, E. L. & Blissett, J. M. (2008). Maternal and paternal controlling feeding practices: Reliability and relationships with bmi. *Obesity, 16*(7), 1552-1558.

Heinberg, L. J., & Thompson, J. K. (2009). *Obesity in youth: Causes, consequences, and cures*. Washington: American Psychological Association.

Hendy, H. M., & Raudenbush, B. (2000). Effectiveness of teacher modeling to encourage food acceptance in preschool children. *Appetite, 34,* 61-76.

Heller, D. C. L. (2004). *Obesidade infantil: Manual de prevenção e tratamento*. São Paulo: Esetec.

Hubbs-Tait, L., Kennedy, T. S., Page, M. C., Topham, G. L., & Harrist, A. W. (2008). Parental feeding practices predict authoritative, authoritarian and permissive parenting styles. *Journal of the American Dietetic Association, 108*(7), 1154-1161.

Hunt, J. B. (2008). Childhood obesity and academic outcomes. Institute for Educational Leadrship and Policy: working at the intersection of policy and politics.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2004). Obesidade atinge mais de 40% da população brasileira. Recuperado em 01 de outubro, 2009, do *http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/noticias/obesidade.html*

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2006). POF - Medidas antropométricas de crianças e adolescentes 2002/2003: Em 30 anos, menos crianças desnutridas e mais adolescentes acima do peso. Recuperado em 03 de outubro, 2009, do *http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=625.*

IBOPE - Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística. (2008). Critério de Classificação Econômica Brasil. Recuperado em 04 de outubro, 2009, do *http://www.ibope.com.br/calandraWeb/servlet/CalandraRedirect?temp=5&proj=PortalIBOPE&pub=T&db=caldb&comp=Sociodemografia&docid=BA45822894BD6027832570350065CBAC*

Jahnke, D. L., & Warschburger, P. A. (2008). Familial transmission of eating behaviors in preschool-aged children. *Obesity, 16*(8), 1821-1825.

Jenovesi, J. F., Bracco, M. M., Colugnati, F. A. B., & Taddei, J. A. de. A. C. (2003). Perfil de atividade física em escolares da rede pública de diferentes estados nutricionais. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 11(4), 57-62.

Johannsen, D. L., Johannsen, N. M., & Specker, B. L. (2006). Influence of parents' eating behaviors and child feeding practices on children's weight status. *Obesity, 14*(3), 431-439.

Kafyulilo, A. C. (2008). *Prevalence and implications of overweight and obesity in children´s health and learnig behavior*. Dissertation (Master of Arts - Education) – University of Dar es Salaam, Tanzânia.

Kiess, W., Bluher, S., Kapellen, T., Garten, A., Klammt, J., Kratzsch, J., & Korner, A. (2006). Physilology of obesity in childhood and adolescence. *Current Pediatrics, 16*, 123-131.

Kremers, S. P. J., Brug, J., & Engels, H. V. R. C. M. E. (2003). Parenting style and adolescent fruit consumption*. Appetite, 41*, 43-50.

Kroller, K., & Warschburger, P. (2008). Associations between maternal feeding style and food intake of children with a higher risk for overweight. *Appetite 51*(1), 166-172.

Kroller, K., & Warschburger, P. (2009). Maternal feeding strategies and child's food intake: Considering weight and demographic influences using structural equation modeling. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 6*(78). Recuperado em 15 de fevereiro, 2010, do http://www.ijbnpa.org/content/6/1/78.

Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62, 1049-1065.

Lauzon-Guillain, B., Musher-Eizenman, D., Leporc, E., Holub, S., & Charles. M. A. (2009). Parental feeding practices in the United States and in France: Relationships with child's

characteristics and parent's eating behavior. *Journal of the American Dietetic Association, 109*(6), 1064-1069.

Lee, Y., & Birch, L.L. (2002). Diet quality, nutrient intake, weight status, and feeding environments of girls meeting or exceeding the american of pediatrics recommendations for total dietary fat. *Minerva Pediatrics, 54*(3), 179-186.

Lüdke, M., & André. M. E. D. A. (1986). *Pesquisa em educação: Abordagens qualitativas*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda.

Luiz, A. M. A. G., Gorayeb, R., Liberatone, R. D. R., & Domingos, N. A. M. (2005). Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas. *Estudos de Psicologia, 10*(3)*,* 371-375.

Luiz, A. M. A. G., Gorayeb, R., & Liberatone, R. D. R. (2010). Avaliação de depressão, problemas de comportamento e competência social em crianças obesas. *Estudos de Psicologia, 27*(1), 41-48.

Luther, B. (2007). Looking at childhood obesity through the lens of Baumrind's parenting typologies. *Orthopedic Nursing, 26*(5), 270-278.

Maccoby, E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. Em E. M. Hetherington (Org.), *Handbook of child psychology, v. 4. Socialization, personality, and social developmen*t (4ª ed., pp. 1-101). New York: Wiley.

Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite, 50*(1), 1-11.

Matheson, D. M., Robinson, T. N., Varady, A., & Killen, J.D. (2006). Do Mexican-American mothers' food-related parenting practices influence their children's weight and dietary intake?*Journal of the American Dietetic Association*,106,1861-1865.

Maturano, E. M., & Loureiro, S. R. (2003).O desenvolvimento socioemocional e as queixas escolares. Em: A. Del Prette, Z. A. P. Del Prette. (Orgs.), *Habilidades Sociais, desenvolvimento e aprendizagem: Questões conceituais, avaliação e intervenção* (pp.257-29). Campinas: Alínea.

Mello, E. D., Luft, V. C., & Meyer, F. (2004). Obesidade Infantil: Como podemos ser eficazes? *Jornal de Pediatria*, *80*(3)*,* 173-182.

Mendonça, C. P., Anjos, L. A. (2004). Determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Caderno de Saúde Pública, 20*(3)*,* 698-709.

Meyer, S. B. (2003). Análise funcional do comportamento. Em C. E. Costa, J. C. Luzia, & H. H. N. Sant'Anna. (Orgs.), *Primeiros Passos em Análise do Comportamento* (Vol 1, pp.75-91). Santo André: Esetec.

Moens, E., Braet, C., & Soetens, B. (2007). Observation of Family Functioning at Mealtime: A comparison between families of children with and without overweight. *Journal of Pediatric Psychology 32*(1)*,* 52–63.

Mulder, C. Kain, J., Uauy, R., & Seidell, J. C. (2009). Maternal attitudes and child-feeding practices: Relationship with the BMI of Chilean children. *Nutrition Journal, 8*(37), Recuperado em 10 de outubro, 2009, do *http://www.nutritionj.com/content/8/1/37.*

Mullheron, J., & Vonasek, K. (2009). Shaping a healthier generation: Successful state strategies to prevent childhood obesity. Recuperado em 12 de julho, 2010, do *http://www.nga.org/center*

Musher-Eizenman, D. M., & Holub, S. (2007). Comprehensive feeding practices questionnaire: Validation of a new measure of parental feeding practices. *Journal of Pediatric Psychology, 32*(8), 960-972.

Nguyen, V. T., Larson, D. E., Johnson, R. K., & Goran, M. I. (1996). Fat intake and adiposity in children of lean and obese parents. *American Journal of Clinical Nutrition, 63*, 597-513.

Nobre, M. R. C., Domingues, R. Z. L., Silva, A. R., Colugnati, F. A. B., & Tadd, J. A. A. C. (2006). Prevalências de sobrepeso, obesidade e hábitos de vida associados ao risco cardiovascular em alunos do ensino fundamental. *Revista da Associação Médica Brasileira, 52*(2), 118-124.

Oliveira, A. M. A., Cerqueira, E. M. M., Souza, J. S., Oliveira, A. C. (2003a). Sobrepeso e obesidade infantil: Influência de fatores biológicos e ambientas em Feira de Santana, BA. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo*, *47* (2)*,* 144-150.

Oliveira, A. M. A., Cerqueira, E. M. M., & Oliveira, A. C. (2003b). Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil na cidade de Feira de Santana-BA: detecção na família x diagnóstico clínico. *Jornal de Pediatria, 79*(4), 325-328.

Oliveira, A. M., Oliveira, A. C., Almeida, M. S., Oliveira, N., & Adan, L. (2007). Influence of the family nucleus on obesity in children from northeastern Brazil: a cross-sectional study. *Public Health, 7*(235). Obtido em 17 de dezembro de 2009 no word wide web: http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/235

Olvera, N., & Power, T. G. (2009). Parenting styles and obesity in Mexican-American children: A longitudinal study. *Journal of Pediatric Psychology*, 1-7.

OMS - World Health Organization. Obesity. Recuperado em 03 de outubro, 2009, do *http://www.who.int/topics/obesity/en/.*

OMS – World Health Organization. (2002). Towards healthier mothers, children and families a nutrition guide for community health workers. Recuperado em 05 de julho, 2010, do *http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/5718C723-9536-44DF-8DA6-C882553944ED/0/Towards_healthier_mothers.pdf*.

Orrell-Valente, J. K., Hill, L. G., Brechwald, W. A., Dodge, K. A., Petti, G. S., Bates, J.E. (2007). Just three more bites: An observational analysis of parents' socialization of children's eating at mealtime. *Appetite, 48*(1), 37-45.

Patrick, H., Niklas, T., Hughes, S., & Morales, M. (2005). The benefits of authoritative feeding style: Caregiver feeding styles and children's food consumption. *Appetite, 44*, 243–249.

Pearson, N., Biddle, S. J. H., & Gorely, T. (2008). Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: A systematic review. *Public Health Nutrition, 12*(2), 267-283.

Philipsen, N. M., & Philipsen, N. C. (2008). Childhood overweight: Prevention strategies for parents. *Journal of Perinatal Education, 17*(1) 44-47.

Phipps, S. A. Lethbridge, L. Burton, P (2006). Long-run consequences of parental paid work hours for child overweight status in Canada. *Social Science e Medicine, 62*(4), 977-986.

Picazio, L. (2009). Psicologia. Em V. L. P. Barbosa (Org.), Prevenção da obesidade na infância e na adolescência (pp 129-148). Barueri: Manole. (Original publicado em 2004)

Procter, K. L., Rudolf, M. C., Feltbower, R. G., Levine, R., Connor, A., Robinson, M., & Clarke, G. P. (2008). Measuring the school impact on child obesity. *Social Science & Medicine, 67*(2), 341-349.

Puhl, R. M., Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin, 133*(4)*,* 557-580.

Repetto, G., Rizzolli, J., & Bonatto, C. (2003). Prevalência, riscos e soluções na obesidade e sobrepeso: Here, there, and everywhere. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, 47*(6), 669-676.

Rhee K. E., Lumeng, J. C., Appugliese, D. P., Kaciroti, D., & Bradley, R. H. (2006). Parenting styles and overweight status in first grade*, Pediatrics 117*(6), 2047-2059.

Rhee, K. (2008). Childhood overweight and the realtionship between parent behaviors, parenting style, and family functioning. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, *615*(11), 12-37.

Rinaldi, A. E. M., Pereira, F. A., Macedo, C. S., Mota, J. F., & Burini, R. C. (2008). Contribuições das práticas alimentares e inatividade física para o excesso de peso infantil. *Revista Paulista de Pediatria*, 26*(3),* 271-277.

Salim, C. M. R., & Bicalho, R. N. N. (2004). Obesidade infantil - aspectos psicológicos envolvidos na causa e suas consequências. *Universidade Federal de Ciências da Saúde, 2*(1)*,1-151.*

Santos, A. L., Carvalho, A. L. de., & Garcia-Júnior, J. R. (2007). Obesidade infantil e uma proposta de educação física preventiva. *Motriz, 13*(3), 203-213.

Sambatti, J. B. de A. & Rogero, M. M. (2009). Alimentação saudável e equilibrada na infância e na adolescência. Em V. L. P. Barbosa (Org.), *Prevenção da obesidade na infância e na adolescência* (pp. 107-128). Barueri: Manole. (Original publicado em 2004).

Schmitz, B. A. S., Recine, E., Cardoso, G. T., Silva, J. R. M., Amorim, N. F. A., Bernardon, R., & Rodrigues, M. L. C. F. (2008). A escola promovendo hábitos alimentares saudáveis: Uma proposta metodológica de capacitação para educadores e donos de cantina escolar. *Cadernos de Saúde Pública, 24*(sup 2), S312-S322.

Shimabukuro, E. E., Oliveira, M. de. N., & Taddei, J. A. de. A. C. (2008). Conhecimentos de educadores de creches sobre alimentação infantil. *Revista Paulista de Pediatria, 26*(3), 231-237.

Silva, G. A. P., Balaban, G., & Motta, M. E. F. A. (2005). Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 5*(1), 53-59.

Silva, V. L. M. (2001). Obesidade: o que nós, psicólogos, podemos fazer? Em: R. C. Wielenka (org.), *Sobre comportamento e cognição: Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas em outros contextos* (Vol. 6, pp. 265-270). Santo André: Esetec.

Simões, D.S., & Meneses, R. F. (2007). Autoconceito em crianças com e sem obesidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *20*(2), 246-251.

Skidmore, P. M. L., & Yarnell, J. W. G. (2004). The obesity epidemic: Prospects for prevention. *Association of Physicians*, *97*(12), 817-825.

Skinner, B.F. (2003). *Ciência e comportamento humano (11ª ed.).* Tradução organizada por J. C. Todorov., R. Azzi. São Paulo: Martins Fontes. (trabalho original publicado em 1953).

Souza, R. de. F. C. B., Heller, D. C. L., Anjos, M. C. R., & Aguirre, A. N. C. (2003). Comportamento alimentar: Influência materna na obesidade infantil. Em: M. Z. Brandão, F. C. Souza, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. Moura, V. M. Silva & S. M. Aliane (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Clínica, pesquisa e aplicação* (Vol. 12, pp. 435-444). Santo André: Esetec.

Spruijt-Metz, D., Lindquist, C. H., Birch, L. L., Fisher, J. O., & Goran, M. I. (2002). Relation between mother's child-feeding practices and children's adiposity. *American Journal of Clinical Nutrition*, *75*, 581-586.

Spruijt-Metz, D., Chaoyang, L., Cohen, E., Birch, L., & Goran, M. (2006). Longitudinal influence of mother's-feeding practices on adiposity in children. *Journal of Pediatrics, 148*(3), 314-320.

Stein, C. J., Colditz, G. A. (2004). The Epidemic of Obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 89*(6)*,* 2522–2525.

Story, M., Kaphingst, K. M., French, S. (2006). The role of schools in obesity prevention. *Future child*, *16*(1), 109-142.

Sturion, G. L., Silva, M. V., Ometto, A. M. H., Furtuoso, M. C. O., & Pipitone, M. A. P. (2005). Fatores condicionantes da adesão dos alunos ao programa de alimentação escolar no Brasil. *Revista de Nutrição, 18*(2), 167-181.

Topham, G. L, Page, M. C., Hubbs-Tait, L., Rutledge, J. M., Kennedy, T. S., Shriver, L., & Harrist, A. W. (2009). Maternal depression and socio-economic status moderate the parenting style/child obesity association. *Public Health Nutrition*, *13*(8), 1237-1244.

Triches, M. R., & Giugliani, E. R. J. (2005). Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. *Revista de Saúde Pública, 39*(4), 541-547.

Troncon, J. K., Gomes, J. P., Guerra. G., Jr. & Lalli, C. A. (2007). Prevalência de obesidade em crianças de uma escola pública e de um ambulatório geral de pediatria de hospital universitário. *Revista Paulista de Pediatria*, *25*(4)*,* 305-310.

Ventura, A. K., & Birch, L. L. (2008). Does parenting affect children´s eating and weight status? *Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 5*(15)*,* Recuperado em 11 de outubro, 2009, do *http://www.ijbnpa.org/content/5/1/15.*

Vereecken, C., Legiest, E., Bourdeaudhuij, I., & Maes, L. (2009). Associations between general parenting styles and specific food-related parenting practices and children's food consumption. *American Journal of Health Promotion, 23*(4), 233-240.

Veugelers, P. J., & Fitzgerald, A. L. (2005). Effectiveness of school programs in prevening childhood obesity: A multilevel comparison. *American Journal of Public Health, 95*(3), 432-435.

Vieira, E. A. O., Ferreira, E. F., & Mattos, F. F. (2005). A influência dos agentes mirins num programa de escola saudável. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 9*(3), 245-254.

Viuniski, D. (2005*). Obesidade infantil: Um guia prático para profissionais da saúde* (2ª. Ed). Rio de Janeiro: Epub.

Wake, M., Nicholson, J. M., Hardy, P., & Smith, K. (2007). Preschooler obesity and parenting styles of mothers and fathers: Australian national population study. *Pediatrics*, 120, 1520-1527.

Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S., Rapoport, L. (2001). Development of the children's eating behavior questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*(7*),* 963-970.

Wardle, J., Sanderson, S., Guthrie, C. A., Rapoport, L. & Plomin, R. (2002). Parental feeding style and the intergenerational transmission of obesity risk. *Obesity, 10*(6), 453-462.

Wardle, J., Cooke, L. J., Gibson, E. L., Sapochnik, M. Sheiham, A., & Lawson, M. (2003). Increasing children's acceptance of vegetables: A randomized trial of parent-led exposure. *Appetite 40*(2), 155-162.

Wardle, J., & Cooke, L. (2005). The impact of obesity on psychological well-being. *B*est *Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, 19*(3), 421-440.

Watkins, G. M., Clark, K. M., Foster, C. M., Welch, K. B., & Kasa-Vubu, J. Z. (2007). Relationships among body mass index, parental perceptions, birth weight and parental weight after referral to a weight clinic. *Journal of the National Medical Association*, *99*(8), 908-913.

Weber, L.N.D.; Brandenburg, O.J. & Viezzer, A.P. (2003). A relação entre o estilo parental e o otimismo da criança. *Psico-USF (Universidade de São Franscisco), 8*(1), 71-79.

Weber, L. N. D., Prado, P. M., Viezzer, A. P., & Brandenburg, O. J. (2004). Identificação de estilos parentais: O ponto de vista dos pais e dos filhos. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 17(*4*),* 323-332.

Weber, L. N. D. (2007). *Eduque com carinho: Equilíbrio entre amor e limites*. Curitiba: Juruá.

Wu, F. L., Yu, S. Wei, I. L., & Yin, T. J. C. (2003). Weight-control behavior among obese children: Association with family-related factors. *Journal of Nursing Research 11(*1), 19-30.

Xavier, M. M., Xavier, R. M., Magalhães, F. O., Oliveira, F., Nunes, A. A., & Santos, V. M. (2009). Fatores associados à prevalência de obesidade infantil em escolares. *Pediatria Moderna, 45*(3), 105-108.

Zamignan, D. R. & Meyer, S. B. (2007). Comportamento verbal no contexto clínico: Contribuições metodológicas a partir da análise do comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 9*(2). Obtido em 25 de setembro de 2009 em http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452007000200

Zenzen, W., & Kridli, S. (2009). Integrative review of school-based childhood obesity prevention programs. *Journal of Pediatric Health Care, 23*(4), 242-258.

7. ANEXOS

Anexo A

Questionário Elaborado para a Pesquisa 1

Universidade Federal do Paraná
Setor de Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação
Lidia Weber, Ana Paula F. Mayer

Caro (a) aluno (a): A sua ajuda é muito importante para a nossa pesquisa sobre **"FAMÍLIA, ESCOLA E PESO"**, mas lembramos que você só participa se você quiser. Pedimos que você responda sinceramente todas as questões, sem deixar nenhuma em branco. Não existem respostas certas ou erradas! Caso você marque uma alternativa e deseje mudar, faça um círculo nesta alternativa, e marque com um X a sua resposta. Você não precisa escrever o seu nome e ninguém saberá suas respostas. O resultado é feito em grupos e não individualmente. Muito obrigada pela sua colaboração!

SOBRE VOCÊ E SUA FAMÍLIA:

1. Idade: _____ **2. Data de Nascimento:** ____/___/_____ **3. Sexo:** 1. Masculino 2. Feminino

4. Você já repetiu de ano na escola? 1. Sim 2. Não

5. Você permanece na escola em qual período? 1. Manhã 2. Tarde 3. Integral

6. Quantas pessoas moram na sua casa? _____

7. Quem são? 1. Pai 2. Mãe 3. Avós 4. Irmãos 5. Outros_____

8. Quantos irmãos você tem? 1 2 3 4 5 6 ou mais Sou filho único

9. Seus pais são: 1. Casados 2. Separados 3. Falecidos 4. Pai falecido 5. Mãe falecida 6. Mãe solteira

10. Se separados ou falecidos, casaram novamente? 1. Sim 2. Não

11. Quanto tempo, em média, você fica com sua mãe? ____horas por dia (segunda a sexta) _____horas por dia (sábado e domingo)

12. Quanto tempo, em média, você fica com seu pai? ____horas por dia (segunda a sexta) _____horas por dia (sábado e domingo)

13. Você tem algum problema de saúde que interfere no peso? 1. Sim Qual?_____

2. Não

Anexo B

Critério de Classificação Econômica Brasil

14. SOBRE A QUANTIDADE DOS ITENS QUE TEM NA SUA CASA:					
	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Máquina de lavar					
Videocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte de geladeira duplex)					

Anexo C

Escalas de Exigência e Responsividade

SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO: RESPONDA SOBRE SEU PAI E SUA MÃE (OU SOBRE AS PESSOAS POR QUEM FOI EDUCADO, POR EXEMPLO: MADRASTA, PADRASTO, AVÔ, AVÓ, TIO, TIA E OUTROS).

15. Até que ponto seu pai/mãe TENTA saber onde você vai quando sai com seus amigos?

Pai ( )não tenta ( )tenta pouco ( )tenta bastante **Mãe** ( )não tenta ( )tenta pouco ( )tenta bastante

16. Até que ponto seu pai/mãe TENTA saber o que você faz com teu tempo livre?

Pai ( )não tenta ( )tenta pouco ( )tenta bastante **Mãe** ( )não tenta ( )tenta pouco ( )tenta bastante

17. Até que ponto seu pai/mãe TENTA saber onde você está quando não está na escola?

Pai ( )não tenta ( )tenta pouco ( )tenta bastante **Mãe** ( )não tenta ( )tenta pouco ( )tenta bastante

18. Até que ponto seu pai/mãe REALMENTE sabe aonde você vai quando sai com seus amigos?

Pai ( )não sabe ( )sabe pouco ( )sabe bastante **Mãe** ( )não sabe ( ) sabe pouco ( )sabe bastante

19. Até que ponto seu pai/mãe REALMENTE sabe o que você faz com seu tempo livre?

Pai ( )não sabe ( )sabe pouco ( )sabe bastante **Mãe** ( )não sabe ( )sabe pouco ( )sabe bastante

20. Até que ponto seu pai/mãe REALMENTE sabe onde você esta quando não está na escola?

Pai ( )não sabe ( )sabe pouco ( )sabe bastante **Mãe** ( )não sabe ( )sabe pouco ( )sabe bastante

21. Posso contar com a ajuda de meu pai/mãe caso eu tenha algum tipo de problema.

Pai ( )quase nunca ( )às vezes ( )geralmente **Mãe** ( )quase nunca ( )às vezes ( )geralmente

22. Ele/Ela me incentiva (anima) a dar o melhor de mim em qualquer coisa que eu faça.

Pai ( )quase nunca ( )às vezes ( )geralmente **Mãe** ( )quase nunca ( )às vezes ( )geralmente

23. Ele/Ela incentiva minhas próprias opiniões.

Pai ( )quase nunca ( )às vezes ( )geralmente **Mãe** ( )quase nunca ( )às vezes ( )geralmente

24. Ele/Ela me ajuda nos trabalhos da escola se tem alguma coisa que eu não entendo.

Pai ( )quase nunca ( )às vezes ( )geralmente **Mãe** ( )quase nunca ( )às vezes ( )geralmente

25. Quando quer que eu faça alguma coisa, explica-me o porquê.

Pai ( )quase nunca ( )às vezes ( )geralmente **Mãe** ( )quase nunca ( )às vezes ( )geralmente

26. Quando você tira uma boa nota na escola, quanto seu pai/mãe elogia você?

Pai ( )quase nunca ( )às vezes ( )geralmente **Mãe** ( )quase nunca ( )às vezes ( )geralmente

27. Quando você tira uma nota baixa na escola, quanto seu pai/mãe encoraja você a esforçar-se mais?

Pai ( )quase nunca ( )às vezes ( )geralmente **Mãe** ( )quase nunca ( )às vezes ( )geralmente

28. Quantas vezes seu pai/mãe passa um tempo conversando com você?

Pai ( )quase nunca ( )às vezes ( )geralmente **Mãe** ( )quase nunca ( )às vezes ( )geralmente

29. Seu pai/mãe realmente sabe quem são seus amigos?

Pai ( )quase nunca ( )às vezes ( )geralmente **Mãe** ( )quase nunca ( )às vezes ( )geralmente

30. Quantas vezes você e seu pai/mãe se reúnem para fazerem juntos alguma coisa legal?

Pai ( )quase nunca ( )às vezes ( )geralmente **Mãe** ( )quase nunca ( )às vezes ( )geralmente

Anexo D

Questionário de Verificação das Práticas Alimentares versão Filhos

SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO: RESPONDA SOBRE SEU PAI E SUA MÃE (OU SOBRE AS PESSOAS POR QUEM FOI EDUCADO, POR EXEMPLO: MADRASTA, PADRASTO, AVÔ, AVÓ, TIO, TIA E OUTROS).					
SITUAÇÕES			**Nunca**	**Às Vezes**	**Sempre**
31	Seu pai/mãe fica atento aos doces (bala, sorvete, bolo, torta, docinhos) que você come?	**Pai**			
		Mãe			
32	Seu pai/mãe fica atento aos lanches (batata frita, salgadinho de pacote, folheado de queijo) que você come?	**Pai**			
		Mãe			
33	Seu pai/mãe fica atento (a) às comidas gordurosas que você come?	**Pai**			
		Mãe			
34	Seu pai/mãe fica atento (a) às bebidas açucaradas (refrigerante, suco) que você bebe?	**Pai**			
		Mãe			
35	Seu pai/mãe deixa você comer qualquer coisa que você queira?	**Pai**			
		Mãe			
36	No jantar, seu pai/mãe deixa você escolher as comidas que você quer, daquilo que é servido?	**Pai**			
		Mãe			
37	Quando você fica inquieto (a), a primeira coisa que seu pai/mãe faz é dar algo para você comer ou beber?	**Pai**			
		Mãe			
38	Se você está entediado (a) e sem fome, seu pai/mãe dá alguma coisa para você comer ou beber?	**Pai**			
		Mãe			
39	Se você está triste, seu pai/mãe dá para você alguma coisa para comer ou beber mesmo que ache que você não tem fome?	**Pai**			
		Mãe			
40	Se você não gosta do que está sendo servido, seu pai/mãe faz alguma outra coisa?	**Pai**			
		Mãe			
41	Seu pai/mãe deixa você comer lanches não saudáveis quando você quer?	**Pai**			
		Mãe			
42	Seu pai/mãe permite que você saia da mesa quando está satisfeito mesmo que sua família não tenha terminado de comer?	**Pai**			
		Mãe			
43	Seu pai/mãe incentiva você a comer alimentos saudáveis antes dos não saudáveis?	**Pai**			
		Mãe			
44	A maioria dos alimentos que seu pai/mãe tem em casa são saudáveis?	**Pai**			
		Mãe			
45	Seu pai/mãe envolve você no planejamento das refeições	**Pai**			

	familiares?	**Mãe**			
46	Eu tenho muitos lanches (batata frita, chips, salgadinhos) em minha casa?	**Pai**			
		Mãe			
47	Seu pai/mãe faz você sempre comer toda a comida do seu prato?	**Pai**			
		Mãe			
48	Seu pai/mãe não deixa você comer demais comidas gordurosas?	**Pai**			
		Mãe			
49	Seu pai/mãe oferece para você sua comida favorita em troca do seu bom comportamento?	**Pai**			
		Mãe			
50	Seu pai/mãe deixa você ajudar na preparação das refeições familiares?	**Pai**			
		Mãe			
51	Se seu pai/mãe não controlar a sua alimentação, você comerá demais as suas comidas favoritas?	**Pai**			
		Mãe			
52	Uma variedade de comidas saudáveis fica disponível para você em cada refeição servida na sua casa?	**Pai**			
		Mãe			
53	Seu pai/mãe oferece doces (bala, sorvete, bolo, docinho) para você como uma recompensa pelo seu bom comportamento?	**Pai**			
		Mãe			
54	Seu pai/mãe incentiva você a experimentar novas comidas?	**Pai**			
		Mãe			
55	Seu pai/mãe conversa com você sobre a importância de comer alimentos saudáveis?	**Pai**			
		Mãe			
56	Seu pai/mãe fala para você que comidas saudáveis são gostosas?	**Pai**			
		Mãe			
57	Seu pai/mãe incentiva você a comer menos para que você não fique gordo?	**Pai**			
		Mãe			
58	Se seu pai/mãe não controlar a sua comida, você comeria demais salgadinhos e docinhos?	**Pai**			
		Mãe			
59	Seu pai/mãe dá para você pequenas porções de comida nas refeições para controlar o seu peso?	**Pai**			
		Mãe			
60	Se você fala: “Eu não estou com fome”, seu pai/mãe tenta fazer você comer de qualquer forma?	**Pai**			
		Mãe			
61	Seu pai/mãe conversa com você sobre o valor nutricional dos alimentos?	**Pai**			
		Mãe			
62	Seu pai/mãe incentiva você a ajudar nas compras do supermercado?	**Pai**			
		Mãe			
63	Se você come mais do que o de costume em uma refeição, seu pai/mãe dá menos comida para você na próxima refeição?	**Pai**			
		Mãe			
64	Seu pai/mãe não dá certos alimentos que podem fazer você engordar?	**Pai**			
		Mãe			

65	Seu pai/mãe fala que existem certos alimentos que você não deveria comer porque farão você engordar?	**Pai**			
		Mãe			
66	Seu pai/mãe retira os seus doces (por exemplo, sobremesa) quando você se comporta mal?	**Pai**			
		Mãe			
67	Seu pai/mãe deixa muitos doces (bala, sorvete, bolo, torta, docinho) em sua casa?	**Pai**			
		Mãe			
68	Seu pai/mãe incentiva você a comer diferentes tipos de comida?	**Pai**			
		Mãe			
69	Se você come pouco, seu pai/mãe tenta fazer você comer mais?	**Pai**			
		Mãe			
70	Seu pai/mãe precisa ter certeza de que você não come demais suas comidas preferidas?	**Pai**			
		Mãe			
71	Seu pai/mãe não permite que você coma entre as refeições porque não quer que você fique gordo (a)?	**Pai**			
		Mãe			
72	Seu pai/mãe diz para você o que comer e o que não comer sem dar explicações?	**Pai**			
		Mãe			
73	Seu pai/mãe precisa ter certeza de que você não come doces demais (bala, sorvete, bolo ou docinhos)?	**Pai**			
		Mãe			
74	Seu pai/mãe serve de exemplo para você comendo alimentos saudáveis?	**Pai**			
		Mãe			
75	Seu pai/mãe frequentemente coloca você, em uma dieta para controlar o seu peso?	**Pai**			
		Mãe			
76	Seu pai/mãe tenta comer alimentos saudáveis na sua frente, mesmo que estes alimentos não sejam os preferidos?	**Pai**			
		Mãe			
77	Seu pai/mãe demonstra entusiasmo ao comer alimentos saudáveis?	**Pai**			
		Mãe			
78	Seu pai/mãe mostra para você como é gostoso comer alimentos saudáveis?	**Pai**			
		Mãe			
79	Quando você está terminando de comer, seu pai/mãe tenta fazer com que você coma um pouco mais?	**Pai**			
		Mãe			

80. Escreva o que você acha sobre sua alimentação:

_____

_____

_____

81. Escreva o que você acha sobre praticar algum esporte:

_____

_____

_____

82. Escreva o que você pensa sobre seu corpo:

_____

_____

_____

83. Escreva o que você quiser sobre os seus pais:

_____

_____

_____

84. Se você pudesse mudar algo em sua vida, o que seria? Diga 3 coisas que você mudaria, em ordem de importância.

1ª._____

2ª._____

3ª._____

ATENÇÃO: 85. Este campo será preenchido pela pesquisadora:

Altura:_____ **Peso**_____

Anexo E

Questionário Elaborado para a Pesquisa 2

Universidade Federal do Paraná
Setor de Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação

Caros (as) Responsáveis: A sua ajuda é muito importante para a nossa pesquisa sobre **"FAMÍLIA, ESCOLA E PESO"**, mas lembramos que você só participa se você quiser. Pedimos que você responda sinceramente todas as questões, sem deixar nenhuma em branco. Não existem respostas certas ou erradas! Caso você marque uma alternativa e deseje mudar, faça um círculo nesta alternativa, e marque com um X a sua resposta. Você não precisa escrever o seu nome e ninguém saberá suas respostas. O resultado é feito em grupos e não individualmente. Muito obrigada pela sua colaboração!

1. Grau de parentesco do informante: _____

2. Sobre a mãe: (ou pessoa por quem a criança é educada; por exemplo: madrasta, avó, tia e outros).
Qual sua formação escolar ou até que ano estudou? _____
Qual sua profissão? _____
Qual é a sua altura? _____ Qual é o seu peso? _____

3. Sobre o pai: (ou pessoa por quem a criança é educada; por exemplo: padrasto, avô, tio e outros).
Qual sua formação escolar ou até que ano estudou? _____
Qual sua profissão? _____
Qual é a sua altura? _____ Qual é o seu peso? _____

4.Quem é o "chefe" da família? _____
Qual sua formação escolar ou até que ano estudou? _____

Anexo F

Questionário de Verificação das Práticas Alimentares versão Filhos (CFPQP)

SOBRE ALIMENTAÇÃO: RESPONDA ÀS ALTERNATIVAS ABAIXO MARCANDO UM X NA RESPOSTA MAIS APROPRIADA DE COMO VOCÊ SE ENVOLVE NA ALIMENTAÇÃO DO SEU FILHO (A).			
	Nunca	**Às Vezes**	**Sempre**
5. Quanto você fica atento aos doces (bala, sorvete, bolo, torta, docinhos) que seu (sua) filho (a) come?			
6. Quanto você fica atento aos lanches não saudáveis (batata frita, chips, salgadinhos, docinhos) que seu (sua) filho (a) come?			
7. Quanto você fica atento às comidas gordurosas que seu (sua) filho (a) come?			
8. Quanto você fica atento às bebidas açucaradas (refrigerante, suco) que seu (sua) filho (a) bebe?			
9. Você deixa seu (sua) filho(a) comer qualquer coisa que ele (a) queira?			
10. No jantar, você deixa seu (sua) filho (a) escolher as comidas que ele (a) quer, daquilo que é servido?			
11. Quando seu (sua) filho (a) fica inquieto (a), a primeira coisa que você faz é dar algo para ele (a) comer ou beber?			
12. Se seu filho (a) está entediado (a) e sem fome, você dá para ele (a) alguma coisa para comer ou beber?			
13. Se o seu filho (a) está triste, você dá para ele (a) alguma coisa para comer ou beber mesmo que ache que ele (a) não tem fome?			
14. Se seu (sua) filho (a) não gosta do que está sendo servido, você faz alguma outra coisa?			
15. Você deixa seu (sua) filho (a) comer lanches não saudáveis quando ele(a) quer?			
16. Você permite que seu (sua) filho (a) saia da mesa quando ele (a) está satisfeito mesmo que sua família não tenha terminado de comer?			
17. Você incentiva o (a) seu (sua) filho (a) a comer alimentos saudáveis antes dos não saudáveis?			
18. A maioria dos alimentos que eu tenho em casa são saudáveis.			
19. Eu envolvo meu (minha) filho (a) no planejamento das refeições familiares.			
20. Eu tenho muitos lanches (batata frita, chips, salgadinhos) em minha casa.			
21. Meu (minha) filho (a) sempre deve comer toda a comida do seu prato.			
22. Eu tenho de ter certeza que meu (minha) filho (a) não come comidas gordurosas demais.			
23. Eu ofereço para meu (minha) filho (a) sua comida favorita em troca do seu bom			

comportamento.			
24. Eu deixo meu (minha) filho (a) ajudar na preparação das refeições familiares.			
25. Se eu não controlasse a alimentação do meu (minha) filho (a), ele (ela) comeria demais as suas comidas favoritas.			
26. Uma variedade de comidas saudáveis fica disponível para meu (minha) filho (a) em cada refeição servida em minha casa.			
27. Eu ofereço doces (bala, sorvete, bolo, docinho) para meu (minha) filho(a) como uma recompensa pelo seu bom comportamento			
28. Eu incentivo o (a) meu (minha) filho (a) a experimentar novas comidas.			
29. Eu converso com meu (minha) filho (a) sobre a importância de comer alimentos saudáveis.			
30. Eu falo para meu (minha) filho (a) que comidas saudáveis são gostosas.			
31. Eu incentivo meu (minha) filho (a) a comer menos para que ele (a) não fique gordo.			
32. Se eu não controlasse a comida do meu (minha) filho (a), ele (ela) comeria demais salgadinhos e docinhos.			
33. Eu dou para meu (minha) filho (a) pequenas porções de comida nas refeições para controlar o peso dele (a).			
34. Se meu (minha) filho (a) fala, “Eu não estou com fome”, eu tento fazê-lo (la) comer de qualquer forma.			
35. Eu converso com meu (minha) filho (a) sobre o valor nutricional dos alimentos.			
36. Eu incentivo meu (minha) filho (a) a ajudar nas compras do supermercado.			
37. Se meu (minha) filho (a) come mais do que o costume em uma refeição, eu dou menos comida para ele (a) na próxima refeição.			
38. Eu não dou certos alimentos que podem fazer meu (minha) filho (a) engordar.			
39. Existem certos alimentos que meu (minha) filho (a) não deveria comer porque farão ele (a) engordar.			
40. Eu retiro os doces de meu (minha) filho (a) (por exemplo, sobremesa) quando ele se comporta mal.			
41. Eu tenho muitos doces (bala, sorvete, bolo, torta, docinho) em minha casa.			
42. Eu incentivo meu (minha) filho (a) a comer diferentes tipos de comida.			
43. Se meu (minha) filho (a) come pouco, eu tento fazê-lo (la) comer mais.			
44. Eu tenho de ter certeza que meu (minha) filho (a) não come demais suas comidas preferidas.			
45. Eu não permito meu (minha) filho (a) comer entre as refeições porque eu não quero que ele (a) fique gordo (a).			
46. Eu digo para meu (minha) filho (a) o que comer e o que não comer sem dar explicações.			
47. Eu tenho de ter certeza que meu (minha) filho(a) não come doces demais (bala, sorvete, bolo ou docinhos).			
48. Eu sirvo de exemplo para meu (minha) filho (a) comendo alimentos saudáveis.			

49. Eu frequentemente coloco meu (minha) filho (a) em uma dieta para controlar o seu peso.			
50. Eu tento comer alimentos saudáveis na frente do meu (minha) filho (a), mesmo que estes alimentos não sejam meus preferidos.			
51. Eu demonstro entusiasmo ao comer alimentos saudáveis.			
52. Eu mostro para meu (minha) filho (a) como eu gosto de comer alimentos saudáveis.			
53. Quando ele (ela) fala que está terminando de comer, eu tento fazer com que meu (minha) filho (a) coma um pouco mais.			

54. Escreva o que você quiser sobre seu filho:

_____

_____

_____

_____

Se desejar deixe seu número de telefone para contato: _____

Anexo G

Verificação das Práticas Escolares no Controle da Obesidade

Universidade Federal do Paraná
Setor de Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação

Entrevista semi-estruturada com um responsável pela escola

1. Você ouviu falar nos últimos tempos sobre o tema: obesidade na infância?

_____

_____

_____

_____

2. A escola possui alguma medida no controle da obesidade?

1. Não 2. Sim

Em caso afirmativo, descreva-a:

_____

_____

_____

_____

3. Como são as aulas de educação física?

_____

_____

_____

_____

4. Quantas aulas de educação física os alunos têm na semana?

_____

_____

_____

_____

5. A escola tem algum projeto de incentivo à atividade física?

_____

_____

_____

_____

6. Existe algum momento durante as aulas que é dedicado a falar sobre a alimentação?

_____

_____

_____

_____

7. A maioria dos alunos compra lanche na cantina, trazem de casa ou a o escola fornece?

_____

_____

_____

_____

8. A cantina da escola pode vender tudo ou existem restrições?

_____

_____

_____

_____

9. A escola tem algum programa sobre reeducação alimentar?

_____

_____

_____

_____

10. A escola tem algum outro projeto integrado, como horta, por exemplo?

_____

_____

_____

Anexo H

CONSENTIMENTO PARA A PESQUISA

Eu, _____, (*nome e cargo*) do Colégio _____, autorizo a aluna de mestrado em Educação pela UFPR, Psicóloga Ana Paula Franco Mayer, supervisionada pela Profª. Drª. Lidia Natalia Dobrianskyj Weber, a realizar a pesquisa sobre "**AS RELAÇÕES ENTRE FAMÍLIA, ESCOLA E O DESENVOLVIMENTO DO SOBREPESO E OBESIDADE INFANTIL**", que, para os alunos, consiste na aplicação de um questionário elaborado para a pesquisa, escalas de exigência e responsividade, questionário de verificação das práticas alimentares, a verificação do peso e altura, e um questionário para a verificação de informações sociodemográficas nos alunos das seguintes turmas: _____. Para os responsáveis desses alunos, será encaminhado o questionário de verificação das práticas alimentares. Para a escola será feita uma entrevista semiestruturada com um dos responsáveis por ela. O projeto de pesquisa foi entregue ao Diretor_____.

_____

Nome e assinatura do diretor da Escola

_____

Pesquisador

LOCAL, DIA de MÊS de ANO.

Anexo I

Universidade Federal do Paraná
Setor de Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA PAIS

PESQUISA: FAMÍLIA, ESCOLA E PESO

Coordenadora: Profa. Dra. Lidia Weber *(CRP 08/0774; UFPR 94200)* e Mestranda Ana Paula Franco Mayer (*CRP 08/11395*).

1. Natureza da pesquisa: Seu (sua) filho (a) e você responsável são convidados a participar desta pesquisa, que tem como finalidade verificar a relação entre família, escola e obesidade.

2. Participantes da pesquisa: Crianças e adolescentes de 5ª e 6ª séries de escolas públicas.

3. Envolvimento na pesquisa: Ao participar desta pesquisa você deverá responder a um questionário e autorizar que seu(a) filho(a) responda também a um questionário que será aplicado pela pesquisadora deste projeto em um encontro, que deve durar mais ou menos uma (1) hora, e que será respondido durante o horário de aula. Como se trata de um tema que pode trazer algumas lembranças e sentimentos talvez desconfortáveis será oferecido ao final da aplicação do questionário um espaço para seu(sua) filho(a) e para você responsável irem até a escola e falarem livremente o que quiserem. Seu(sua) filho(a) e você responsável têm a liberdade de se recusarem a participar sem qualquer prejuízo para você e para seu filho(a). No entanto, solicitamos a sua colaboração e de seu(sua) filho(a) em completar o roteiro de perguntas que lhe será solicitado, garantindo assim o melhor resultado para a pesquisa. Sempre que quiser o(a) senhor(a) ou seu(sua) filho(a) poderão pedir mais informações sobre a pesquisa, sendo possível entrar em contato com a coordenadora da pesquisa Dra. Lidia Weber através do telefone (41) 3310-2669 ou do E-mail lidia@ufpr.br ou da Mestranda Ana Paula Franco Mayer (42) 3252-3463 ou E-mail anapaulafranco1@yahoo.com.br.

4. ***Sobre os questionários***: Será pedido que você e seu(sua) filho(a) forneçam algumas informações básicas e que respondam a um roteiro de perguntas de múltipla escolha ou escolha simples sobre vários aspectos de sua vida.

5. Riscos e desconforto: A participação nesta pesquisa não traz complicações legais, talvez, apenas, a lembrança de alguns eventos diante da temática que será abordada. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua dignidade.

6. Confidencialidade: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os questionários de pesquisa serão identificados com um código, e não com o seu nome e do seu(sua) filho(a). Apenas os membros do grupo de pesquisa terão conhecimento dos dados.

7. Benefícios: Ao participar desta pesquisa seu(sua) filho(a) não deverá ter nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre as questões relativas à família, escola e obesidade. No futuro, essas informações poderão ser usadas em benefício de outras crianças e adolescentes.

8. Pagamento: Seu(sua) filho(a) não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa, bem como nada lhe será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para que você e seu(sua) filho(a) participem desta pesquisa. Caso o(a) senhor(a) tenha interesse que você e seu(sua) filho(a) participem da pesquisa, solicitamos que devolva esse termo assinado.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto o interesse que eu e meu(minha) filho(a) participemos da pesquisa.

Nome do responsável:_____Assinatura do responsável:_____

Local e Data: _____

Anexo J

ESCOLA 1 - DC

1. Você ouviu falar nos últimos tempos sobre o tema: obesidade na infância?

Res: Sim bastante. Inclusive eu tenho um exemplo dentro da minha própria casa com o meu filho, mas a obesidade na infância está aumentando dia a dia na infância devido à má alimentação das crianças, o meu filho não creio que seja tanto isso, devido ele ter uma parte genética, mas a maioria é a má alimentação.

2. A escola possui alguma medida no controle da obesidade?

1. Não 2. Sim

Em caso afirmativo descreva-a:

Não. Até nós não temos assim muitos alunos obesos, então se for observar são poucos.

3. Como são as aulas de educação física?

O trabalho é atividade física o tempo todo, sempre a bola na quadra, o pingue-pongue, as meninas gostam do vôlei, os meninos gostam do futebol ou futsal e daí tem a época do basquete, mas é quase que 100% na quadra, fora de sala de aula. Quando está chovendo tem que ser em sala de aula, teoria, xadrez, pingue-pongue, outros joguinhos, mas em algumas aulas tem a teoria também.

4. Quantas aulas de educação física os alunos têm na semana?

Uma média de 3 aulas por turma semanal.

5. A escola tem algum projeto de incentivo à atividade física?

Nós tivemos uma professora que quis fazer um projeto após as 17:00, para treinar um timinho, só que aí nos corremos o risco que a criança sai de casa e tem que ser após as 17:00 devido o turno da tarde e no inverno escurece cedo, e corre o risco dessas crianças nas ruas, nós não apoiamos porque o compromisso é da escola, o que possa acontecer com a criança é nossa, é melhor não facilitar.

6. Existe algum momento durante as aulas que é dedicado a falar sobre a alimentação?

Quem sabe o professor de ciências, eu creio que está no currículo dele, o professor de educação física e que eu acho que existe a interdisciplinaridade, e que eu sou uma, quando eu dava aulas eu mexia com tudo, tudo que estava fora do conteúdo e que envolve, né, então, se surge um assunto que possa chegar em um interesse nisso, eu tocaria, eu falaria, mesmo porque, como eu falei, eu tenho exemplo dentro da minha casa, mas eu creio que esses professores devam falar sobre o tema.

7. A maioria dos alunos compra lanche na cantina, trazem de casa ou a escola fornece?

Atualmente só temos a merenda escolar, eu estou começando a vender um pirulitinhos de chocolate, mas a cantina tem muitas restrições, né, a alimentação não pode ter refrigerante, fritura, ter doces em excesso, deveria ter assados, sucos e complica um pouquinho mais, mas no momento nós não temos, é só a merenda da escola, que é uma merenda supernutritiva, bem feita, sopa, risoto, macarrão e eles comem à vontade. Tem um dia da semana que é feito nescau com bolacha, que agora tem o leite innatura, antes era o leite em pó. A merenda é bem farta e de qualidade e de diversidade, muitos cardápios podem ser feitos. As merendas acompanham verduras diariamente, desde que seja soja e salgado, semanalmente vêm as verduras. E tem um dia da semana que tem o pudim. Vêm bolachas de vários tipos: doces, salgada com cereais, vêm vários tipos. Vêm bastante vitaminas em pó que a merendeira prepara com a água que também é servido com bolachas, faz canjica com o leite innatura; é bastante diversificado. Uma coisa que eu falho, que até eu brinco que eu não gosto são as frutas, eu sempre lembro, que tenho que fazer uma salada de frutas a cada quinze dias por semana, uma vez por semana, mas estou falhando, quando elas me fazem lembrar, daí eu vou e compro, mas é por esquecimento meu, eu não gosto e acabo não lembrando.

8. A cantina da escola pode vender tudo ou existem restrições?

A escola não tem cantina.

9. A escola tem algum programa sobre reeducação alimentar?

Somente nas disciplinas, agora que fale sobre esse tema, sinceramente eu acho difícil.

10. A escola tem algum outro projeto integrado, como horta, por exemplo?

Aqui tem falta de espaço, e com a reforma da escola o espaço ficou mínimo, e praticamente está tudo construído, então nós não temos espaço para a horta, apesar que

o solo daqui é arenoso, mesmo antes da reforma da escola já não tinha, porque é muita areia, pedra e não tinha como desenvolver.

ESCOLA 2 - SJ

1. Você ouviu falar nos últimos tempos sobre o tema: obesidade na infância?

Na mídia, né, a última reportagem que teve no Globo repórter que foi falado sobre obesidade. Aqui no meu trabalho, no ano passado nós tivemos uma reunião com as responsáveis pela merenda escolar e que foi falado bastante sobre a obesidade, até por causa da merenda escolar. Foi um encontro no ano. Quem deu o encontro é a chefe da merenda escolar do Paraná.

2. A escola possui alguma medida no controle da obesidade?

1. Não 2. Sim

Não. **Em caso afirmativo descreva-a:**

3. Como são as aulas de educação física?

No fundamental as aulas são bastante práticas, posso até te dizer que quase 100% prática, onde os alunos têm as modalidades dos esportes, que é geralmente vôlei, handebol, basquete, futsal, junto com isso, eles têm corrida, têm brincadeiras orientadas, pingue-pongue e xadrez. São poucas as aulas teóricas, que a gente vê o professor em sala de aula; mais é na quadra.

4. Quantas aulas de educação física os alunos têm na semana?

Eles têm três aulas de educação física.

5. A escola tem algum projeto de incentivo à atividade física?

Nós tínhamos até ano passado o projeto "segundo tempo" só que esse ano por falta de professor nós não continuamos. Era um professor de educação física junto com dois estagiários e duas vezes por semana ministravam aula de educação física para os alunos no contraturno. Só funcionava pela manhã, onde os alunos ficam duas vezes por semana, duas horas a cada dia e as crianças participavam.

6. Existe algum momento durante as aulas que é dedicado a falar sobre a alimentação?

Na sexta série, porque tem o capítulo de ciências, onde eles vão trabalhar sobre a questão da alimentação, então eles fazem cardápio, trabalham a pirâmide alimentar. É um conteúdo de sexta série, quando estudam o corpo humano.

7. A maioria dos alunos compra lanche na cantina, trazem de casa ou a escola fornece?

Para a maioria dos alunos eles comem a merenda da escola, eu tenho uma parcela, que não são muitos alunos, que eles compram na cantina. É difícil trazerem alguma coisa de casa para comerem. A merenda é fornecida pelo governo do estado, onde serve três dias salgado e dois dias doce. O salgado é composto desde sopa, arroz com carne, verduras, feijão, macarrão, eles têm carne, já veio até sardinha, estamos recebendo carne de galinha, gado e porco, salsicha também vem na merenda. E no doce é bolacha, vêm três, ou quatro tipos de bolacha, faz bolacha com chá, com vitamina, ou então, pudim de chocolate, arroz doce ou canjica. Os mais comuns são estes. A gente recebe uma verba do estado para verduras e frutas e até agora só recebemos uma parcela e compro a verdura e até agora comprei uma vez a banana, que é mais barata, até porque o dinheiro não dá para tanto. Uso mais o dinheiro para comprar a salsinha, o cheiro verde, a cebola, alho, beterraba, chuchu, repolho, sempre tem que ir no mais barato, a alface, a gente sempre procura pegar a verdura da estação que aí ela sai mais barata. Tem que saber administrar o dinheiro, porque se você comprar uma coisa pode faltar para outra. Eu compro bastante batatinha, cebola, alho, essas coisas para temperar um feijão tem que ter. É para recebermos quatro parcelas e já estamos no mês de junho e recebemos uma, então fica difícil, sabe. A orientação deles é que tenha uma vez por mês fruta, mas não tem como, pela questão econômica. A verdura sou eu que compro, a maioria das vezes tem.

8. A cantina da escola pode vender tudo ou existem restrições?

A cantina não pode vender tudo, tem uma lei estadual que estabelece e determina o que pode ser ou não vendido na cantina. Então frituras, a gente procura vender, que está tocando a cantina é uma mãe da APMF e ela pega as coisas na panificadora e ela revende e daí vinte por cento do lucro dela ela repassa para APMF. Nossa cantina não objetiva tanto o lucro, mas o fato de ter uma opção para os alunos, para que eles não saiam para fora do portão do colégio, até porque, nosso muro é baixinho aqui e se eles quiserem eles pulam o muro na hora do recreio, então colocamos como uma opção para eles, para que não saiam fora do colégio na hora do recreio, mas a gente procura, ela não

vende frituras, só assados, bolo, de bebida não pode ser vendido refrigerante, ela só vende chocomilk, iogurte tem as vezes, tem chocolate, mas bala, chicletes, pirulito ela não pode vender, isso é proibido vender, salgadinho nenhum tipo também não pode e não oferece para os alunos. Pela lei você poderia vender fruta, mas também não tem muita saída. É uma cantina pequena que não tem muito movimento. A maioria das coisas que dá lucro não pode ser vendida, e mas nada impede que entre um aluno com um pacote de salgadinho, eles comem bastante esfirra, pizza, "chocomilk" é mais esse tipo de coisa que vende para eles.

9. A escola tem algum programa sobre reeducação alimentar?

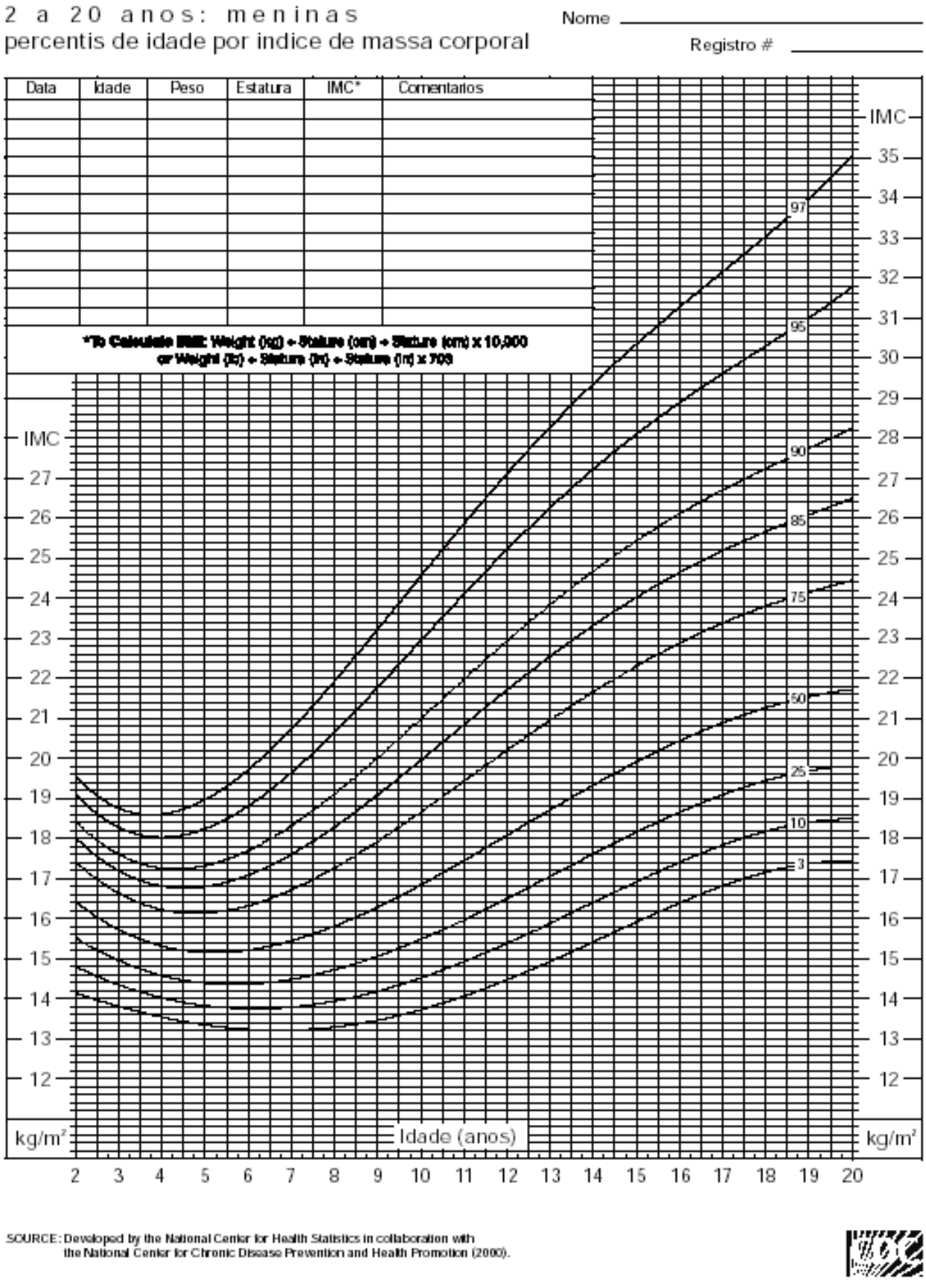
A escola não tem nenhum programa, o grêmio até veio com um monte de sugestões e eu expliquei para as meninas o funcionamento da cantina, mas assim um programa para os alunos falando de reeducação alimentar não tem, é o trabalho do professor em sala de aula, sempre que eles podem, estão colocando nos conteúdos, só em sala de aula, um programa específico não tem.

10. A escola tem algum outro projeto integrado, como horta, por exemplo?

Nós não temos espaço físico para fazer horta, na verdade a única plantação que nós temos aqui é de chá que todo dia tem aluno que está com alguma coisa, com uma dor, nos falamos que é o chá milagroso, são chás comuns, hortelã, boldo, são esses chás comuns, mas horta escolar nós não temos.

Anexo L

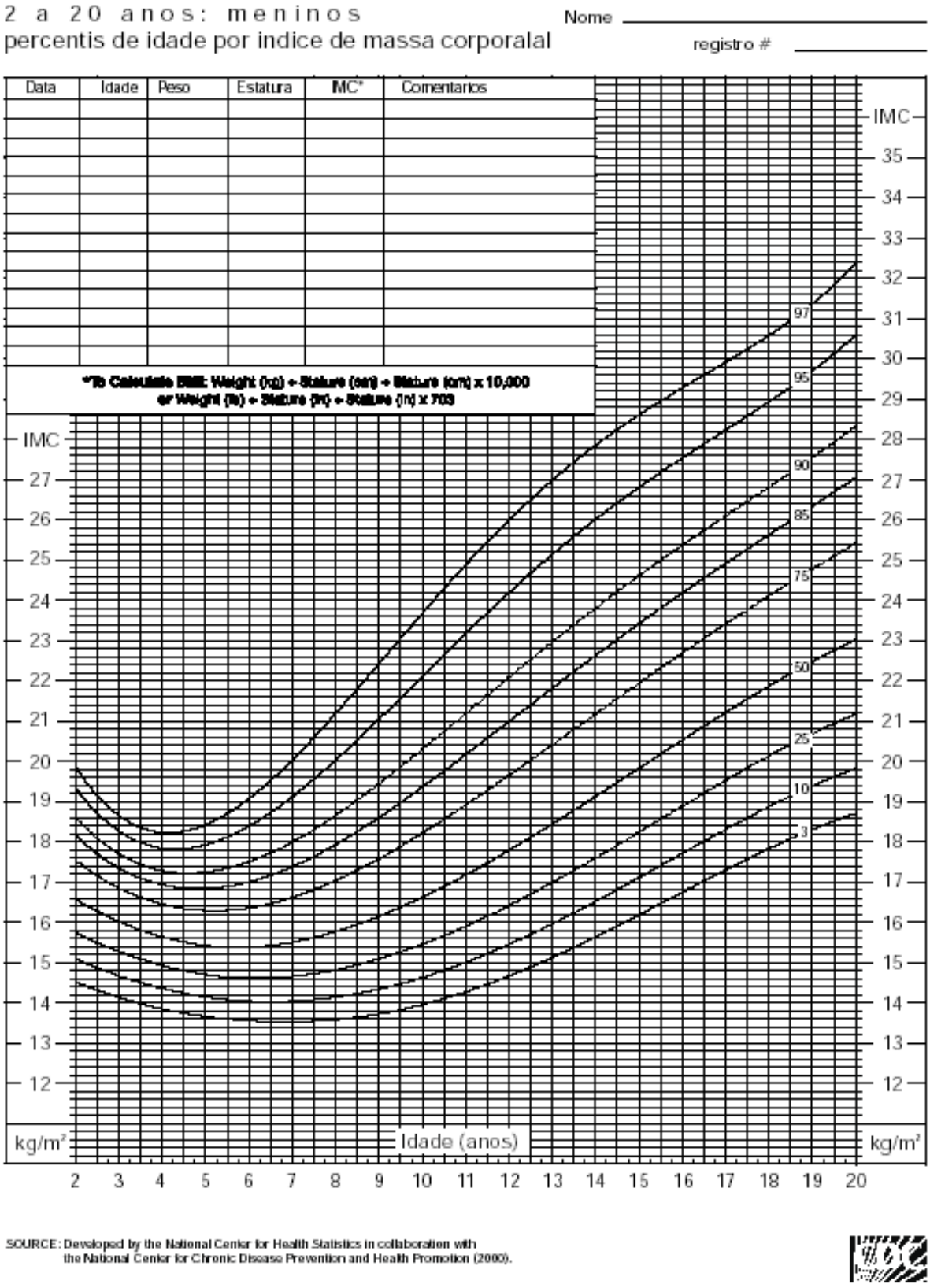
Sexo Feminino



SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).

Anexo M

Sexo Masculino



SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).

Anexo N

Roteiro de Entrevista

1 Sobre o peso

O que você mais gosta de fazer?

Você pratica algum tipo de atividade física?

Qual é o local que você faz as principais refeições?

Como você se sente nesse lugar?

O que você acha do seu peso?

Desde quando você apresenta excesso de peso?

Como se sente tendo excesso de peso?

Quais dificuldades você já teve pelo excesso de peso?

Você tem algum problema de saúde devido ao excesso de peso?

Alguém mais da sua família tem excesso de peso?

Como é a sua alimentação?

Como seus pais reagem diante do seu excesso de peso?

Em relação ao futuro, o que você gostaria de fazer com o excesso de peso que você apresenta neste momento?

2 Possíveis antecedentes e consequentes

Descreva a sua rotina alimentar.

Em que situações você acha que você come mais?

Em que situações você recebe alimentos dos seus pais?

Você come mais diante de alguma dificuldade que esteja passando?

Quais as atitudes dos seus pais enquanto você está comendo?

Como seus pais reagem após você comer alguma coisa? Eles falam alguma coisa para você?

Como você se sente após as refeições?

3 Perguntas sobre as práticas de alimentação infantil:

Quem escolhe o que você vai comer?

Quando você está triste, você come alguma coisa?

O que os seus pais incentivam você a comer?

Que tipos de alimentos têm na sua casa?

Você recebe alguma comida por se comportar bem?

Você ajuda no planejamento e na preparação das refeições em casa?

Que tipos de alimentos seus pais comem com mais frequência?

Os seus pais ficam atentos às comidas que você come?

Os seus pais pressionam você a comer mais nas principais refeições?

Os seus pais controlam a quantidade de comida e o que você come?

Qual é o motivo de os seus pais controlarem suas refeições?

Os seus pais ensinam a você o valor nutricional dos alimentos?

Anexo O

Universidade Federal do Paraná
Setor de Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO PARA PAIS

PESQUISA: FAMÍLIA, ESCOLA E OBESIDADE

Coordenadora: Profa. Dra. Lidia Weber *(CRP 08/0774; UFPR 94200)* e Mestranda Ana Paula Franco Mayer (*CRP 08/11395*).

1. Natureza da pesquisa: Seu (sua) filho (a) é convidado a participar desta pesquisa, que tem como finalidade verificar a relação entre família, escola e obesidade.

2. Participantes da pesquisa: Crianças e adolescentes de 5ª e 6ª séries de escolas públicas.

3. Envolvimento na pesquisa: Ao participar desta pesquisa seu filho estará permitindo que a pesquisadora Ana Paula Franco Mayer faça uma entrevista de aproximadamente uma hora, com perguntas sobre o seu peso e sobre sua alimentação, lembrando que não será feita nenhuma espécie de avaliação de seu (sua) filho (a) nem de sua família. A entrevista será realizada na clínica Revitali, em horário a ser agendado, e será gravada para posterior transcrição e análise da pesquisadora. O (A) seu (sua) filho (a) tem a liberdade de se recusar a participar sem qualquer prejuízo para ele (a). No entanto, solicitamos a sua colaboração, pois a participação do (a) seu (sua) filho (a) é muito importante, e pode garantir um melhor resultado para a pesquisa. Sempre que quiser o(a) senhor(a) ou seu(sua) filho(a) poderão pedir mais informações sobre a pesquisa, sendo possível entrar em contato com a coordenadora da pesquisa Dra. Lidia Weber através do telefone (41) 3310-2669 ou do E-mail lidia@ufpr.br ou da Mestranda Ana Paula Franco Mayer (41) 3013-3607 ou E-mail anapaulafranco1@yahoo.com.br.

4. Confidencialidade: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais e sigilosas. O nome do seu (sua) filho (a) não será divulgado, para não haver identificação. Apenas os membros do grupo de pesquisa terão conhecimento dos dados; a escola não terá acesso a este material. Os dados dos alunos participantes serão tratados em grupo, e somente as análises e conclusões finais serão entregues à direção da escola.

5. Riscos e Desconfortos: A participação nesta pesquisa não traz complicações legais, talvez, apenas, a lembrança de alguns eventos diante da temática que será abordada. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua dignidade.

6. Benefícios: Ao participar desta pesquisa seu (sua) filho (a) não deverá ter nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre as questões relativas à família e obesidade. No futuro, essas informações poderão ser usadas em benefício de outras crianças e adolescentes.

7. Pagamento: Seu (sua) filho (a) não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para que seu (sua) filho (a) participe desta pesquisa. Caso o (a) senhor (a) tenha interesse que você e seu (sua) filho(a) participem da pesquisa, solicitamos que devolva esse termo assinado.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto o interesse que eu e meu(minha) filho(a) participemos da pesquisa.

Nome do responsável:_____Assinatura do responsável:_____

Local e Data: _____

ANEXO P

Entrevista Oliver

1 Sobre o peso

1.1 O que você mais gosta de fazer?

Jogar bola.

1.2 Você faz algum tipo de atividade física?

Bicicleta, futebol.

1.3 Qual é o local em que você faz as principais refeições?

Café da manhã e almoço é na lanchonete da minha mãe. E a janta é em casa.

1.4 Como você se sente nesse lugar?

Feliz.

1.5 O que você acha do seu peso?

Um pouco acima.

1.6 Desde quando você apresenta excesso de peso?

Quando eu tinha 10 anos.

1.7 Como se sente tendo excesso de peso?

Não ligo, mas os amigos da escola me atentam.

1.8 Quais dificuldades você já teve pelo excesso de peso?

Eu corro bastante, eu brinco, que nem eu falei, jogo futebol de goleiro, ando de bicicleta, mas não tenho dificuldades.

1. 9 Você tem algum problema de saúde devido ao excesso de peso?

Não.

1.10 Alguém mais da sua família tem excesso de peso?

A minha irmã tava, mas agora ela entrou pra escola, daí diminuiu um pouco .

1.11 Como é a sua alimentação?

Café da manhã eu como pão, farofa de ovo, às vezes de feijão, de cebola. No almoço, às vezes é lanche, mas eu como mais arroz, feijão, carne, salada. Na janta, às vezes eu como pão, macarrão. Em casa é difícil de ter janta... eu como bastante salada, carne.

1.12 Como seus pais reagem diante do seu excesso de peso?

Às vezes eles falam, pra manerar na comida, pra não comer demais pra não passar mal depois.

1.13 Em relação ao futuro, o que você gostaria de fazer com o excesso de peso que você apresenta neste momento?

Quero que diminua.

2 Possíveis antecedentes e consequentes

2.1 Descreva a sua rotina alimentar?

Como três vezes por dia. Café da manhã eu como pão, farofa de ovo, às vezes de feijão, de cebola. No almoço, às vezes é lanche, mas eu como mais arroz, feijão, carne, salada. Na janta, às vezes eu como pão, macarrão. Em casa é difícil de ter janta... eu como bastante salada, carne.

2.2 Em que situações você acha que você come mais?

Às vezes no restaurante.

2.3 Em que situações você recebe alimentos dos seus pais?

Quando eles vão no supermercado eles costumam comprar chips para mim, mas é uma vez por mês.

2.4 Você come mais diante de alguma dificuldade que esteja passando?

Não.

2.5 Quais as atitudes dos seus pais enquanto você está comendo?

Às vezes eles falam, pra manerar na comida, pra não comer demais pra não passar mal depois.

2.6 Como seus pais reagem após você comer alguma coisa? Eles falam alguma coisa para você?

Não.

2.7 Como você se sente após as refeições?

Normal.

3 Perguntas sobre as práticas de alimentação infantil:

3.1Quem escolhe o que você vai comer?

Eu.

3.2 Quando você está triste, você come alguma coisa?

Chocolate só.

3.3 O que os seus pais incentivam você a comer?

Mais salada, mais arroz, feijão.

3.4 Que tipos de alimentos têm na sua casa?

Tem arroz, tem feijão, tem salada, tem fubá, tem polenta, batata frita, carne, farofa.

3.5 Você recebe alguma comida por se comportar bem?

Não.

3.6 Você ajuda no planejamento e na preparação das refeições em casa?

Não.

3.7 Que tipos de alimentos seus pais comem com mais frequência?

Às vezes é doce, às vezes é salada, às vezes é arroz, feijão, carne.

3.8 Os seus pais ficam atentos às comidas que você come?

Às vezes.

3.9 Os seus pais pressionam você para comer mais nas principais refeições?

Não.

3.10 Os seus pais controlam a quantidade de comida e o que você come?
Não, eles só falam às vezes para "mim" parar de comer.

3.11 Qual é o motivo dos seus pais controlarem suas refeições?
Pra mim não ficar mais gordo e engordar ainda mais.

3.12 Os seus pais ensinam a você o valor nutricional dos alimentos?
Não.

Entrevista Ângela

1 Sobre o peso

1.1 O que você mais gosta de fazer?
Gosto de ficar em casa. Eu gosto de brincar, assistir tv, ajudar a mãe a limpar casa

1.2 Você pratica algum tipo de atividade física?
Andar pela rua.... subindo, descendo para casa

1.3 Qual é o local em que você faz as principais refeições?
Na mesa, ... televisão, às vezes na cozinha, na mesa... Às vezes também no quarto.

1.4 Como você se sente nesse lugar?
Na sala é bom. No quarto é ruim. Ficar comendo na frente do espelho é ruim. Comer na cozinha fica bom, fica legal.

1.5 O que você acha do seu peso?
Ruim

1.6 Desde quando você apresenta excesso de peso?
De uns dez anos mais ou menos.

1.7 Como se sente tendo excesso de peso?
É ruim, daí ficam apelidando a gente, de puff, de gorda. O peito da gente fica apertado, dá vontade de correr, saí chorando.

1.8 Quais dificuldades você já teve pelo excesso de peso?

Respirar, andar, correr. Fica só tossindo daí.

1. 9 Você tem algum problema de saúde devido ao excesso de peso?
Não, só.

1.10 Alguém mais da sua família tem excesso de peso?
Não.

1.11 Como é a sua alimentação?
Comer comida, salgado, doce, comer pão, café, chá com leite,fruta... acho bom... mais gosto de bolo de chocolate... não gosto beterraba

1.12 Como seus pais reagem diante do seu excesso de peso?
Eles falam pra emagrecer, fazer regime.

1.13 Em relação ao futuro, o que você gostaria de fazer com o excesso de peso que você apresenta neste momento?
Emagrecer e ficar bonita.

2 Possíveis antecedentes e consequentes

2.1 Descreva a sua rotina alimentar?
Café da manhã, como pão com margarina, café, às vezes chá, leite. Na escola lanche é variado, daí vô almoçar só, arroz, feijão, macarrão, carne, só. Às vezes salada quando tem. Aí eu vou comer três horas só, café, às vezes bolacha, leite. Depois só à noite, às sete, oito horas. Como arroz, feijão, macarrão, carne, refrigerante, cerveja de casa, suco Comida que nem na hora do almoço.

2.2 Em que situações você acha que você come mais?
Na hora do almoço.

2.3 Em que situações você recebe alimentos dos seus pais?
Na janta, no café.

2.4 Você come mais diante de alguma dificuldade que esteja passando?

Eu como quando estou feliz, quando tem maçã, eu como maçã, bolacha com leite.

2.5 Quais as atitudes dos seus pais enquanto você está comendo?
Não fazem nada. Falam que tem que "tirar" menos, não repetir. Às vezes falam que é pra comer só um pedaço.

2.6 Como seus pais reagem após você comer alguma coisa? Eles falam alguma coisa para você?
Não falam nada.

2.7 Como você se sente após as refeições?
Não sinto nada. Fico triste às vezes. Fico ruim. Às vezes eu sinto que sou gorda, às vezes eu xingo.

3 Perguntas sobre as práticas de alimentação infantil:
3.1Quem escolhe o que você vai comer?
Meu pai. Às vezes é o pai, às vezes sou eu. É mais eu.

3.2Quando você está triste você come alguma coisa?
Não.

3.3 O que os seus pais incentivam você a comer?
Verdura. Verdura, fruta. Ai, um monte de coisas. Ela faz eu comer beterraba, mas eu não como. Beterraba, cebola, eu não gosto

3.4 Que tipos de alimentos têm na sua casa?
Arroz, feijão, macarrão, carne e suco. Às vezes o pai compra doce.

3.5 Você recebe alguma comida por se comportar bem?
Não.

3.6 Você ajuda no planejamento e na preparação das refeições em casa?
Eu faço as coisas assim tipo, faço arroz, às vezes até o macarrão. Só não sei cozinhar feijão. Muita coisa eu não sei. O resto eu sei.

3.7 Que tipos de alimentos seus pais comem com mais frequência?
Arroz com feijão e macarrão com carne.

3.8 Os seus pais ficam atentos às comidas que você come?
Aham ficam. Ah, eles ficam de olho no que eu como, o que eu não como.

3.9 Os seus pais pressionam você a comer mais nas principais refeições?
É o contrário.

3.10 Os seus pais controlam a quantidade de comida e o que você come?
Uhum.

3.11 Qual é o motivo de os seus pais controlarem suas refeições?
Não sei. Pra não engordar.

3.12 Os seus pais ensinam a você o valor nutricional dos alimentos?
Ensinam. Na cebola, esqueci o negócio lá da cebola que é bom não sei pra quê, pra saúde e pro fôlego. Eles sempre falam, eu que esqueci.