

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

O uso de um questionário de alimentação para o estudo de atitudes, crenças e práticas dos pais em relação à alimentação e propensão à obesidade.

Isadora Silva Miranda da Cruz

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, como parte das exigências para a obtenção do Título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

**Ribeirão Preto
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

O uso de um questionário de alimentação para o estudo de atitudes, crenças e práticas dos pais em relação à alimentação e propensão à obesidade.

Isadora Silva Miranda da Cruz

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, como parte das exigências para a obtenção do Título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida

**Ribeirão Preto
2009**

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

Isadora, Miranda da Cruz, 1981-

O uso de um questionário de alimentação para o estudo de atitudes, crenças e práticas dos pais em relação à alimentação e propensão à obesidade/ Isadora Miranda da Cruz. - - Ribeirão Preto, 2008.

54f.

Orientador (a): Prof.Dr. Sebastião de Sousa Almeida

Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, USP, Psicologia. Ribeirão Preto, 2009.

1. Alimentação infanto-juvenil. 2. Atitudes. 3. Crenças.
4. Práticas. 5. Mães. 6. Fidedignidade.

I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Isadora Silva Miranda da Cruz

“O uso de um questionário de alimentação para o estudo de atitudes, crenças e práticas dos pais em relação à alimentação e propensão à obesidade”.

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, como parte das exigências para a obtenção do Título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof (a). Dr(a). _____
Instituição: _____
Assinatura: _____

Prof (a). Dr(a). _____
Instituição: _____
Assinatura: _____

Prof (a). Dr(a). _____
Instituição: _____
Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

AGRADEÇO AOS MEUS PAIS, QUE SECARAM TODAS AS MINHAS LÁGRIMAS E
RETIRARAM CUIDADOSAMENTE TODAS AS PEDRAS DO MEU CAMINHO.
SEM ELES JAMAIS CHEGARIA ONDE ESTOU.

AO MEU IRMÃO, POR SER TÃO AMIGO, COMPANHEIRO, POR SER MEU IRMÃO.

A MINHA AVÓ POR TODO CARINHO E PACIÊNCIA.

AO MEU MARIDO POR TODO INCENTIVO, COMPANHERISMO E AMOR.

A MINHA AMIGA, IRMÃ, COMPANHEIRA, DENISE, QUE NUNCA ME DEIXOU
DESANIMAR E SEMPRE ME PRESENTEOU COM BRAVAS LIÇÕES DE VIDA.

AO MEU ORIENTADOR, PROFESSOR DR. SEBASTIÃO POR ME MOSTRAR QUE
NUNCA DEVEMOS DESISTIR DE SEGUIR NOSSO CAMINHO, MESMO QUE ELE
SEJA CHEIO DE BURACOS E TROPEÇOS.

A MINHA AMIGA PROFESSORA DRA. TELMA, QUE ME FEZ ACREDITAR QUE EU
SOU CAPAZ.

A ESCOLA MIRÓ QUE GENTILMENTE ABRIU SUAS PORTAS E DA MESMA FORMA
ME RECEBEU.

AS MÃES DAS CRIANÇAS E CRIANÇAS PELA CONFIANÇA DEPOSITADA EM MEU
TRABALHO.

A TODOS QUE DE UMA FORMA OU DE OUTRA ACOMPANHARAM MINHA
TRAJETÓRIA, CONTRUBUÍRAM PARA QUE ELA SE TORNASSE MAIS FÁCIL E
PRINCIPALMENTE ACREDITARAM QUE EU CHEGARIA COM SUCESSO AO FIM.

RESUMO

MIRANDA DA CRUZ, I.S. **O uso de um questionário de alimentação para o estudo de atitudes, crenças e práticas dos pais em relação à alimentação e propensão à obesidade.** Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, 2009.

A obesidade na infância é atualmente um grave problema de saúde pública tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. Nos dias atuais, perto de 25% das crianças americanas estão acima do peso. Assim, o objetivo do presente estudo foi investigar as atitudes, crenças e práticas das mães em relação à alimentação e propensão à obesidade em crianças de 2 a 11 anos. Foram avaliados o peso, a altura e o Índice de Massa Corporal (IMC) das mães e crianças, além da classificação social das famílias. A pesquisa foi realizada com 120 mães e crianças de ambos os sexos, e faixa etária entre 2 e 11 anos. O Questionário de Alimentação da Criança (QAC) apresentou uma correlação positiva e significativa entre o teste e o reteste, fato que confirma a fidedignidade do instrumento. Com relação à condição econômica (ABEP) a maioria das famílias estava na classe denominada A2 (36,7%), indicando uma classe de alta renda, boas condições sócio-culturais e econômicas, revelando ainda, alto nível de escolaridade. Os resultados indicam, para o Fator Percepção de Responsabilidade, que as mães da amostra consideram-se, na maior parte do tempo, responsáveis pela alimentação de seus filhos. Para o Fator Percepção do Peso dos Pais, estas relatam terem peso normal desde a infância até atualmente. Para o Fator Percepção do Peso da Criança, também afirmam que os filhos sempre tiveram peso normal desde a infância. Para o Fator Preocupação com o Peso da Criança, as mães consideram-se um pouco preocupadas. Para o Fator Restrição, as mães consideram-se neutras em relação à prática de restringir que sua criança coma determinados tipos de alimentos. No Fator Pressão para Comer, as mães consideram-se neutras em relação à pressão para que sua criança coma determinada quantidade ou determinado tipo de comida. No Fator Monitoramento, as mães relatam que, às vezes, devem monitorar o que sua criança come. O QAC mostrou-se, portanto, útil para o estudo das atitudes, crenças e práticas das mães em relação à alimentação e propensão à obesidade de seus filhos.

Palavras-chave: alimentação infanto-juvenil, atitudes, crenças, práticas, mães, fidedignidade.

ABSTRACT

MIRANDA DA CRUZ, I. S. **The use of a child feeding questionnaire for the study of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness.** Master Thesis - Faculty of Philosophy, Sciences and Letters of Ribeirão Preto, University of Sao Paulo – USP, Ribeirão Preto, 2009.

The childhood obesity is a serious health public problem both in developed as well as in developing countries. Nowadays, near to 25 % of the American children are above the normal weight expected for their age. Thus, the objective of the present study was to investigate the attitudes, beliefs and practices of the mothers about child feeding and obesity proneness in children from 2 to 11 years of age. There were evaluated the weight, the height and calculated the Body Mass Index (BMI) of the mothers and of their children. It was also recorded the socio-economic conditions of the families. The investigation was carried out utilizing 120 mothers and children of both sexes, and age group between 2 and 11 years. The Child Feeding Questionnaire (CFQ) presented a positive and significant correlation between the test and the retest, confirming the reliability of the instrument. Regarding the socio-economic conditions it was observed that the great majority of the families was in the so-called class A2 (36.7%), indicating high income and good cultural and economic conditions, as well as higher educational level. The results indicate that, for the Perceived Responsibility Factor, the mothers considered, most of the time, responsible for feeding your child. For the Perceived Parent Weight Factor, they reported to have normal weight from the childhood to the present moment. For the Perceived Child Weight Factor, they also affirmed that their children always had normal weight from the childhood to the present moment. For the Concern about Child Weight Factor, the mothers are considered a little worried. For the Restriction Factor, the mothers are considered neutral regarding the practice of restricting the ingestion of some type of food by their children. For the Pressure to Eat Factor, the mothers are considered neutral regarding the pressure to regulate the quantity of determined type of food consumed by the children. Finally, for the Monitoring Factor, the mothers reported that, sometimes, must monitor what his child eats. The present results suggest that CFQ is a useful tool to measure parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness.

Key words: child feeding, attitudes, beliefs, practices, mothers, reliability, obesity.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=12) às três Questões do Fator Percepção de Responsabilidade do Questionário de Alimentação da Criança.....	18
Figura 2. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=12) às quatro Questões do Fator Percepção do Peso dos Pais do Questionário de Alimentação da Criança.....	19
Figura 3. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=12) às seis Questões do Fator Percepção do Peso da Criança do Questionário de Alimentação da Criança.....	20
Figura 4. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=12) às três Questões do Fator Preocupação com o Peso da Criança do Questionário de Alimentação da Criança.....	20
Figura 5. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=12) às oito Questões do Fator Restrição do Questionário de Alimentação da Criança.....	21
Figura 6. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=12) às quatro Questões do Fator Pressão para Comer do Questionário de Alimentação da Criança.....	22
Figura 7. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=12) às três Questões do Fator Monitoramento do Questionário de Alimentação da Criança.....	22
Figura 8. Variação de cada uma das cinco opções de resposta de cada um dos sete fatores, do Questionário de Alimentação da Criança (N=12).....	23
Figura 9. Classificação Econômica das Famílias pelo Critério de Classificação Econômica da ABEP.....	24
Figura 10. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=120) às três Questões do Fator Percepção de Responsabilidade do Questionário de Alimentação da Criança.....	24
Figura 11. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=120) às quatro Questões do Fator Percepção do Peso dos Pais do Questionário de Alimentação da Criança.....	25
Figura 12. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=120) às seis Questões do Fator Percepção do Peso da Criança do Questionário de Alimentação da Criança.....	25
Figura 13. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=120) às três Questões do Fator Preocupação com o Peso da Criança do Questionário de Alimentação da Criança.....	26
Figura 14. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=120) às oito Questões do Fator Restrição do Questionário de Alimentação da Criança.....	27
Figura 15. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=12) às quatro Questões do Fator Pressão para Comer do Questionário de Alimentação da Criança.....	27
Figura 16. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=12) às três Questões do Fator Monitoramento do Questionário de Alimentação da Criança.....	28
Figura 17. Variação de cada uma das cinco opções de resposta de cada um dos sete fatores, do Questionário de Alimentação da Criança (N=12).....	29

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	05
2.	OBJETIVOS.....	14
3.	MATERIAL E MÉTODO.....	15
	3.1 SUJEITOS.....	15
	3.2 MATERIAL.....	15
	3.3 PROCEDIMENTOS.....	16
	3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	17
4.	RESULTADOS.....	18
	4.1 ESTUDO DE FIDEDIGNIDADE TESTE-RETESTE.....	18
	4.2 APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA.....	23
5.	DISCUSSÃO.....	30
6.	CONCLUSÃO.....	34
	REFERÊNCIAS.....	35
	ANEXO A.....	38
	ANEXO B.....	40
	ANEXO C.....	41
	ANEXO D.....	42
	ANEXO E.....	44

1 – INTRODUÇÃO

É consenso que a obesidade infantil vem aumentando de forma significativa e que a mesma determina várias complicações na infância e na idade adulta. A obesidade pode se iniciar em qualquer idade, desencadeada por fatores como o desmame precoce, a introdução inadequada de alimentos, os distúrbios do comportamento alimentar e da relação familiar, especialmente nos períodos de aceleração do crescimento (FISBERG, 1995; GIUGLIANO; CARNEIRO, 2004). Whitaker et al (1997) relatam a necessidade da identificação precoce do excesso de peso em crianças para diminuir o risco de se tornarem adultos obesos.

Na infância pode ser ainda mais difícil a adequação da alimentação do que na fase adulta, pois está relacionada a mudanças de hábitos e disponibilidade dos pais em participar dessas mudanças, além de uma falta de entendimento da criança quanto aos danos da obesidade. Sendo assim, é sabido que a obesidade contribui para a doença cardíaca precoce, hiperlipidemias e diabetes, hipertensão e derrame (TOMKINS, 2006 apud BERENSON; SRINIVASAN, 1993). De acordo com relatos da Organização Mundial da Saúde (OMS), a prevalência da obesidade infantil tem crescido em torno de 10 a 40% na maioria dos países europeus nos últimos 10 anos. A obesidade ocorre mais frequentemente no primeiro ano de vida, entre cinco e seis anos de idade e na adolescência (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

Os dados referentes às crianças brasileiras, levantados em 1989 pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e pelo Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), apontam que cerca de um milhão e meio de crianças são obesas, com maior prevalência nas meninas e nas áreas de maior desenvolvimento (GIUGLIANO; CARNEIRO, 2004). No entanto, esse perfil está mudando e a obesidade vem aumentando no sexo masculino e nas classes menos favorecidas (MONTEIRO; CONDE, 1999; GIUGLIANO; CARNEIRO, 2004).

A obesidade está presente nas diferentes faixas econômicas no Brasil, principalmente nas faixas de classe mais alta. A condição socioeconômica influencia a obesidade por meio da educação, da renda e da ocupação, resultando em padrões comportamentais específicos que afetam ingestão calórica, gasto energético e taxa de metabolismo. Entretanto, à medida que alimentos saudáveis, incluindo peixes, carnes magras, vegetais e frutas frescas, estão menos disponíveis para indivíduos de condições mais restritas, a relação entre obesidade e baixa classe socioeconômica é observada em países em desenvolvimento (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

Segundo Aquino e Philippi (2002), as práticas de alimentação são importantes determinantes das condições de saúde na infância e estão fortemente condicionadas ao poder aquisitivo das famílias, do qual dependem a disponibilidade, quantidade e a qualidade dos alimentos consumidos.

Segundo dados da Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação – ABIA (apud AQUINO; PHILIPPI, 2002), a demanda de alimentos industrializados no país aumentou consideravelmente após a abertura econômica. Os alimentos que apresentaram maior crescimento de vendas a partir de 1994 foram preparações prontas para o consumo, sopas desidratadas e macarrão instantâneo, demonstrando uma forte tendência para escolha de produtos mais elaborados, diferentemente do arroz, feijão e farinha, por exemplo.

Por outro lado, o incremento da industrialização pode ter um impacto positivo para a alimentação no que se refere ao acesso a alimentos modificados, fontes alimentares e/ou enriquecidos com nutrientes que possam contribuir também para o melhor valor nutritivo da dieta infantil (AQUINO; PHILIPPI, 2002).

Wang (2001) comparou a prevalência de obesidade de acordo com a renda familiar em vários países nas décadas de 70 e 90. No Brasil, assim como nos Estados Unidos e Europa, tem-se observado um aumento da prevalência de obesidade, o qual está estritamente relacionado com mudanças no estilo de vida (outros tipos de brincadeiras, mais tempo frente à televisão e jogos de computadores, maior dificuldade de brincar na rua pela falta de segurança) e nos hábitos alimentares (maior apelo comercial pelos produtos ricos em carboidratos simples, gorduras e calorias, maior facilidade de fazer preparações ricas em gorduras e calorias e menor custo de produtos de padaria).

No Brasil, foram realizados dois grandes inquéritos sobre a prevalência da obesidade, em 1989 e em 1996, que foram posteriormente analisados de forma crítica por Taddei et al. (2004 apud MELLO; LUFT; MEYER, 2004), que relatou que, nesses sete anos, houve mudanças relevantes na prevalência de obesidade entre crianças menores de cinco anos de idade. Observou-se aumento da prevalência nas regiões menos desenvolvidas e redução em regiões mais desenvolvidas. Porém, tanto os aumentos quanto as reduções da prevalência da obesidade ocorreram mais intensamente entre filhos de mães com maior grau de escolaridade e entre crianças menores de dois anos de idade das respectivas regiões. Alguns fatores estudados podem ser considerados predisponentes ao sobrepeso e obesidade em crianças, tais como inatividade, redução das horas diárias de sono e ocorrência de sobrepeso ou obesidade em um ou ambos os pais (GIUGLIANO; CARNEIRO, 2004).

Uma das alternativas para o controle ou até mesmo prevenção da obesidade pode ser a prática de exercícios físicos. Segundo Mello, Luft e Meyer (2004) o aumento da prevalência de obesidade pode estar relacionada também ao sedentarismo e a falta de incentivo por parte dos pais à prática de atividades físicas. O estudo desses componentes pode auxiliar na identificação de crianças e adolescentes em risco de obesidade. Tanto as crianças como os adolescentes apresentam uma tendência para a obesidade quando sedentários, e a própria obesidade poderá fazê-los ainda mais sedentários. A atividade física, mesmo que espontânea, é importante na composição corporal, por aumentar a massa óssea e prevenir a osteoporose e a obesidade (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

Hábitos sedentários, como assistir televisão e jogar *video game*, contribuem para uma diminuição do gasto calórico diário. Klesges, Shelton e Klesges (1993), observaram uma diminuição importante da taxa de metabolismo de repouso enquanto as crianças assistiam a um determinado programa de televisão, como por exemplo, um desenho animado, sendo essa taxa ainda menor nas obesas. Então, além do gasto metabólico de atividades diárias, o metabolismo de repouso também pode influenciar a ocorrência de obesidade. O aumento da atividade física, portanto, é uma meta a ser seguida, sempre acompanhada da diminuição da ingestão alimentar.

Há estudos que relacionam o tempo gasto assistindo televisão e a prevalência de obesidade. A taxa de obesidade em crianças que assistem menos de 1 hora diária é de 10%, enquanto que o hábito de persistir por três, quatro, cinco ou mais horas por dia vendo televisão está associado a uma prevalência de cerca de 25%, 27% e 35%, respectivamente. A televisão ocupa horas vagas em que a criança poderia estar realizando outras atividades. A alta taxa de obesidade pode ser observada também em crianças que freqüentemente comem na frente da televisão, devido a grande parte das propagandas apresentarem alimentos não nutritivos e ricos em calorias. Grazini e Amâncio (2004 apud MELLO; LUFT; MEYER, 2004) analisaram o teor das propagandas veiculadas em horários de programas para adolescentes, verificando que a maioria delas (53%) era de lanches e refrigerantes.

A mídia, aliada ao poder da indústria está presente no contexto social da obesidade, na medida em que estimula a comercialização dos produtos industrializados através do apelo visual e comercial, atraindo a atenção dos telespectadores e muitas vezes manipulando suas atitudes em relação a diversos fatores, como no caso, a alimentação.

Almeida, Nascimento e Quaioti (2002) analisaram a programação de três principais redes de televisão de canal aberto no Brasil e constataram que a veiculação de produtos alimentícios estava presente nos três períodos do dia (manhã, tarde e noite), com maior

concentração à noite e nos dias de semana. Além disso, a qualidade da maioria dos produtos veiculados concentrava-se no grupo alimentar representado por óleos, açúcar e doces (57,8%), seguido das massas, pães e cereais (21,2%), dos produtos lácteos como queijos e iogurtes (11,7%) e das carnes, ovos e leguminosas (9,3%). Entretanto, as frutas e os vegetais estavam ausentes, ou seja, não apareciam em nenhum dos anúncios analisados.

Ao mesmo tempo em que a mídia veicula propagandas de alimentos poucos saudáveis, também estimula a realização de dietas “da moda” como parte da valorização da saúde do corpo, com promessas de emagrecimento rápido para se obter uma vida mais saudável (BLEIL, 1998; GRUND et al, 2001; COON; TUCKER, 2002; LOWRY et al, 2002). Desse modo, dificulta-se ainda mais o entendimento da população sobre hábitos alimentares saudáveis, principalmente entre os jovens que estão na fase de formação destes conceitos.

Segundo Mello, Luft e Meyer (2004), vários fatores influenciam o comportamento alimentar, entre eles, temos os fatores externos (unidade familiar e suas características, atitudes de pais e amigos, valores sociais e culturais, mídia, alimentos rápidos, conhecimentos de nutrição e modismos alimentares) e fatores internos (necessidades e características psicológicas, auto-imagem, valores e experiências pessoais, auto-estima, preferências alimentares, saúde e estado emocional).

Entre os fatores externos a forte influência dos pais sobre a ingestão de alimentos pelas crianças pode ser considerado um fator de muita importância. No início do processo de introdução alimentar as preparações devem ser simples e oferecidas em pequena quantidade, deixando que as crianças comam quanto desejarem e que elas estabeleçam seu ritmo. Os alimentos devem ser introduzidos um a um, mantendo-se intervalos de três a quatro dias entre uma introdução e outra. O sucesso do procedimento de introdução alimentar requer aceitação dos novos alimentos pela criança, o que nem sempre acontece nas primeiras tentativas (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

A “neofobia”, ou relutância em consumir novos alimentos, é uma resposta normal. A aprendizagem é fator importante na aceitação de novos alimentos, e está cientificamente determinado que existe relação direta entre a frequência das exposições e a preferência pelo alimento (SCHMITZ; McNEISH, 2000; BIRCH, 1998). Muitos dos alimentos que a criança rejeita inicialmente terminam sendo aceitos se ela tiver ampla oportunidade de prová-los em condições favoráveis. No entanto, é necessário paciência, pois muitas vezes o processo é lento, podendo ser necessárias de oito a 10 exposições para se conseguir a aceitação definitiva (BIRCH, 1998).

Para entender o aparecimento da obesidade na infância, alguns autores tiveram como objetivo estudar a evolução do comportamento alimentar neste período (MUMBIELA; SANMARTIN; GONZALEZ, 1997; HOOD et al, 2000; BIRCH; DAVISON, 2001; BARROS, 2004). De acordo com estes autores, inicialmente, a obesidade tende a se instalar devido aos erros na introdução alimentar, como por exemplo, a errônea interpretação por parte dos pais sobre a rejeição inicial das crianças a determinados tipos de alimentos, o que ocasiona a exclusão do mesmo da dieta. Mas é na fase escolar (dos seis aos 10 anos) que a criança pode estar mais suscetível a este problema, pois passa grande parte do seu tempo na escola ou junto dos amigos, tornando-se independente na escolha do tipo de alimento que irá consumir. Costuma ser mais facilmente influenciada e atraída pelas novidades, como também, pela apresentação dos alimentos através da cor, formato e pelos brinquedos que os acompanham.

Na fase seguinte, dos 10 aos 17 anos, conhecida como adolescência, podem ocorrer conflitos internos e externos que propiciam o desenvolvimento da obesidade (KAZAPI et al, 2001). Geralmente, tais conflitos ocorrem, pois, neste período, a criança começa a ser preparada para as funções biológicas de reprodução, passando por uma evolução psíquica e pela consolidação da sua integração com o ambiente. Devido ao intenso crescimento, o adolescente necessita de uma quantidade maior de macro e micronutrientes (CARVALHO et al, 2001). Entretanto, muitas vezes essas necessidades não são atingidas no que diz respeito à energia e carboidratos, mas são extrapoladas em relação às recomendações para proteínas e lipídeos, ou seja, existe um quadro de inadequação nutricional (KAZAPI et al, 2001).

No aspecto comportamental estes jovens são influenciados também pelo ambiente familiar e cultural que inclui a escola, os amigos e a mídia (ESCRIVÃO; ANCONA; LOPEZ, 1995; GAMBARDELLA; FRUTUOSO; FRANCHI, 1999). Envolvidos com as alterações físicas e hormonais, os adolescentes tendem a viver intensamente o dia atual, não se importando com os hábitos alimentares e o quanto a ingestão alimentar pode influenciar na sua saúde e estado nutricional.

É fundamental salientar que crianças e adolescentes seguem padrões paternos; se esses não forem modificados ou manejados em conjunto, um insucesso do tratamento já é previsto.

Quanto à orientação dietética, é fundamental que ela determine perda de peso controlada ou a manutenção do mesmo, crescimento e desenvolvimento normais, ingestão de macro e micronutrientes em quantidades adequadas para idade e sexo, redução do apetite ou da voracidade, manutenção da massa muscular, ausência de conseqüências psicológicas

negativas e manutenção dos hábitos alimentares corretos e modificação dos inadequados (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

Segundo Ramos e Stein (2000), a alimentação é um dos fatores que contribui para o aparecimento de doenças crônico-degenerativas no ser humano, que são hoje a principal causa de mortalidade no adulto. É consenso que modificações no comportamento alimentar se impõem para prevenir doenças relacionadas à alimentação e promover a saúde do indivíduo. Uma vez que é na infância que o hábito alimentar se forma, é necessário o entendimento dos seus fatores determinantes, para que seja possível propor processos educativos efetivos para a mudança do padrão alimentar da criança.

A literatura sobre nutrição infantil evidencia que o comportamento alimentar do pré-escolar (crianças com idade entre zero e cinco anos) é determinado em primeira instância pela família, da qual ela é dependente e, secundariamente, pelas outras interações psicossociais e culturais da criança. O padrão da alimentação do pré-escolar é determinado por suas preferências alimentares, ou seja, as preferências por doce e salgado e não azedo e amargo, que não são desenvolvidas, e sim que são próprias do ser humano. A dificuldade é fazer com que a criança aceite uma alimentação variada, aumentando suas preferências e adquirindo um hábito alimentar mais adequado, uma vez que muitas crianças têm relutância em experimentar novos alimentos e sabores, fenômeno este denominado neofobia alimentar. A neofobia alimentar pode ser reduzida por métodos de aprendizagem na alimentação que permitem que a criança aprenda sobre fome e saciedade, sabores dos alimentos e quantidade de alimentos que deve ser consumida (RAMOS; STEIN, 2000).

Em termos psicossociais, o padrão de alimentação envolve a participação efetiva dos pais como educadores nutricionais, através das interações familiares que afetam o comportamento alimentar das crianças. Em especial, as estratégias que os pais utilizam na hora da refeição, para ensinar as crianças sobre o que e o quanto comer, desempenham papel preponderante no desenvolvimento do comportamento alimentar infantil (RAMOS; STEIN, 2000). Dos fatores inter-relacionados na aquisição do comportamento alimentar infantil, ressaltam-se os psicossociais, responsáveis pela transmissão da cultura alimentar sob a perspectiva familiar.

Alguns estudos demonstram a importância do contexto social na alimentação, uma vez que este afeta a experiência alimentar, influencia os padrões de alimentação, o desenvolvimento socioemocional da criança e a qualidade da relação pais e filhos. O principal foco de interação entre pais e filhos durante os primeiros anos de vida da criança é, em geral, a alimentação, iniciando-se com a amamentação. Durante a amamentação, o reflexo da

expressão orofacial é interpretado pelos pais como resposta ao prazer ou desgosto aos sabores, o que permite uma forma de comunicação durante o período de lactação. Este período oferece oportunidade de aprendizagem recíproca na interação mãe-filho, não somente sobre o sistema alimentar, mas também sobre outros comportamentos da criança. No segundo semestre de vida, com o crescimento e desenvolvimento acelerado, a criança necessita de outros alimentos além do leite materno para atender suas necessidades biológicas. A introdução de outros alimentos modifica a rotina alimentar, e a criança tem que aprender sobre novos sabores. Este é um período caracterizado por rápidas mudanças que leva muitos pais à ansiedade e ao estresse (RAMOS; STEIN, 2000).

Fundamentado no pressuposto de que os pais podem exercer influências diretas na alimentação das crianças, tanto com peso normal, como com sobrepeso, foi realizado um estudo nos Estados Unidos, empregando um método de base etológica. Através de observações e filmagens das refeições em ambiente natural, este estudo buscou avaliar diretamente o efeito da interação pais e filhos na ingesta alimentar de crianças com idade média de 23,9 meses. Estas interações foram caracterizadas pelas estratégias verbais dos pais sobre alimentação durante a refeição familiar, e foram categorizadas para fins de análise. Os resultados demonstraram que as mães oferecem mais alimentos as crianças por terem uma preocupação maior com a alimentação, e isso se deve ao fato do maior tempo que dedicam à criança, e também muitas vezes por dispenderem maior parte do tempo estando em casa comparado com os pais (RAMOS; STEIN, 2000).

A categoria “encorajamento para comer” com estratégias que sugerem, comandam e dirigem o consumo de alimentos da criança, foi fortemente correlacionada ao peso apresentado pela criança. A categoria “apresentar alimentos”, colocando os alimentos próximos à criança, ou seja, expor o alimento à criança, não foi significativamente correlacionada ao peso da criança. Já a categoria “oferecer alimentos”, questionando se a criança quer mais alimento, por exemplo, “quer mais um bolinho?”, foi moderadamente correlacionada com o peso da criança. Estas duas últimas categorias envolvem uma indução leve à criança comer, enquanto que a categoria “encorajamento para comer” é uma forte indução, por exemplo, “coma sua comida” (RAMOS; STEIN, 2000).

Segundo Ramos e Stein (2000), a intensidade da indução alimentar é um dos melhores preditores dos pesos das crianças do que a presença ou ausência de indução. O estudo ainda demonstrou que as crianças que se encontravam com peso normal não receberam nenhum encorajamento para comer ou oferecimento de alimentos, enquanto crianças com peso acima da média normal (sobrepeso) receberam em torno de 30 a 36 encorajamentos para comer ou

oferecimento de alimentos durante a refeição. Portanto, de um modo geral, os resultados demonstraram a influência das estratégias utilizadas pelos pais na alimentação das crianças com resultado no seu peso.

Observa-se na literatura o enfoque dado à necessidade de que os pais sejam informados sobre como deve ser uma alimentação saudável para a criança, e sobre os métodos de aprendizagem das preferências alimentares, a fim de que possam ampliar a variabilidade dos alimentos, reduzindo a neofobia alimentar infantil. Além disso, os pais devem ser orientados para permitir que a criança aprenda sobre a sugestão interna da fome e da saciedade, desenvolvendo o autocontrole do seu consumo alimentar, minimizando problemas de sobrepeso (RAMOS; STEIN, 2000).

Ainda que existam recomendações de diversos pesquisadores sobre a necessidade de modificação dos hábitos alimentares da população, observa-se, na realidade brasileira, uma escassez de investigações dos possíveis fatores que interferem no desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. Estudos nesta área, se possível envolvendo uma perspectiva multidisciplinar, fazem-se necessários para um maior entendimento do fenômeno do comportamento alimentar infantil, permitindo o desenvolvimento de ações e programas de prevenção com base na realidade psicossocial e cultural brasileira, levando assim para uma efetiva mudança dos padrões alimentares infantis, contribuindo na promoção de sua saúde (RAMOS; STEIN, 2000).

Nos Estados Unidos, um estudo conduzido por Birch e cols (2001), intitulado, “Análise de fator confirmatório do questionário da alimentação da criança: uma medida de atitudes, crenças e práticas sobre alimentação da criança e tendência à obesidade”, propôs a utilização de um Questionário de Alimentação Infantil (CFQ – Child Feeding Questionnaire), com o objetivo de avaliar percepções e conceitos por parte dos pais sobre a obesidade infantil, bem como atitudes e práticas de alimentação infantil.

O CFQ é apropriado para pesquisas com pais de crianças com desenvolvimento normal e classificadas entre os períodos da pré-escola e a meia infância. A teoria de Costanzo e Woody (1985), com respeito ao papel de domínio específico dos pais sobre a tendência à obesidade serviu de base para o desenvolvimento do CFQ. Em uma divergência entre as perspectivas de origem Costanzo e Woody (1985), propuseram que os pais não tivessem uma única origem de estilo consistente no que dizia respeito às atitudes, crenças e práticas em relação à alimentação. Sem dúvida, eles sugeriam que a origem do estilo dos pais diferenciava-se entre os próprios grupos de pais, ou seja, de um pai para o outro, através do domínio que exerciam sobre o desenvolvimento da criança. (BIRCH e cols, 2001).

Usando o exemplo da tendência à obesidade em crianças, Costanzo e Woody (1985), afirmaram que pais mais propensos a exercer maiores níveis de controle sobre a alimentação de suas crianças são aqueles que investem muito em saúde, ginástica, ou no resultado do peso da criança, percebem que sua criança está em risco de desenvolver problemas de alimentação e/ou peso, baseados em história familiar ou outros fatores de risco, ou não acreditam que sua criança é capaz de ter autocontrole sobre sua alimentação. Costanzo e Woody (1985) hipotetizaram que altos níveis de controle dos pais impostos sobre a alimentação podem impedir o desenvolvimento do autocontrole das crianças baseado nas respostas de fome e saciedade.

Assim, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de instrumentos para a avaliação das atitudes, crenças e práticas dos pais em relação à alimentação infantil, o presente trabalho testou a fidedignidade do instrumento denominado Questionário de Alimentação da Criança (QAC), traduzido para o português do Child Feeding Questionnaire (CFQ) desenvolvido por Birch e cols (2001). Além disso, utilizou-se o QAC para o estudo das atitudes crenças e práticas de mães de crianças de idades entre 2 e 11 anos.

2 – OBJETIVOS

Geral:

- Investigar as atitudes, crenças e práticas das mães em relação à alimentação e propensão à obesidade em crianças de 2 a 11 anos.

Específicos:

- Traduzir e testar a fidedignidade de um instrumento para o estudo das atitudes, crenças e práticas de mães em relação à alimentação de seus filhos.
- Utilizar esse instrumento para o estudo das práticas, atitudes e crenças de mães com filhos entre 2 e 11 anos.
- Avaliar o índice de massa corporal das crianças e das mães.
- Correlacionar o índice de massa corporal das crianças com o das mães.

3 – MATERIAL E MÉTODO

3.1 - Sujeitos:

Participaram deste estudo 120 mães e seus respectivos filhos, com idade entre 2 a 11 anos, recrutadas na Escola Miró, da rede particular da cidade de Ribeirão Preto. O critério de inclusão era baseado na idade das crianças, que deveria variar de 2 a 11 anos, não importando o sexo.

3.2 - Material:

Foi utilizada uma balança e uma fita métrica para aferir o peso e altura das mães e das crianças.

Utilizou-se ainda o Child Feeding Questionnaire (CFQ), desenvolvido por Birch et al. (2001). O presente questionário baseia-se em estimar as crenças, atitudes e práticas dos pais com respeito à alimentação da criança, e a relação destes fatores com a tendência a obesidade nas crianças (Anexo A).

O questionário é composto de 31 questões e testa sete modelos de fatores, os quais incluíam quatro fatores que mediam o relato das crenças dos pais para as crianças com tendência à obesidade e três fatores que mediam as práticas de controle e atitudes dos pais sobre a alimentação da criança. Para cada uma das questões de cada fator, sempre existem cinco opções de resposta. Para o primeiro fator, *Percepção de responsabilidade*, as opções de resposta são: nunca (1); raramente (2); metade do tempo (3); maior parte do tempo (4), e sempre (5). Para o segundo fator, *Percepção do peso dos pais*, e para o terceiro fator, *Percepção do peso da criança* as opções são: muito abaixo do peso (1); abaixo do peso (2); normal (3); acima do peso (4), e muito acima do peso (5). Para o quarto fator, *Preocupação com o peso da criança*, as opções são: despreocupado (1); um pouco preocupado (2); preocupado (3); bem preocupado (4), e muito preocupado (5). O quinto fator denominado *Restrição*, e o sexto fator denominado *Pressão para comer*, têm como opções de resposta: discordo (1); discordo levemente (2); neutro (3); concordo levemente (4), e concordo (5). Para o sétimo e último fator, *Monitoramento*, as opções de resposta são: nunca (1); raramente (2); às vezes (3); na maior parte do tempo (4), e sempre (5).

O QAC pode ser utilizado para estimar os aspectos da alimentação da criança, percepção, atitudes e práticas e sua relação com o desenvolvimento das crianças em relação à comida, aceitação pelos pais, controle de ingestão de comida, e obesidade.

As mães responderam ainda um outro Questionário, pelo qual foi possível verificar a qual classe social pertenciam, denominado Critério de Classificação Econômica ABEP (Anexo B).

3.3 - Procedimento:

Primeiramente o Child Feeding Questionnaire (CFQ) foi traduzido do Inglês (sua língua de origem) para o Português e retro-traduzido para o Inglês mantendo suas características originais. Cabe ressaltar que a retro-tradução foi realizada por um profissional da área. Após a tradução o questionário foi nomeado com Questionário de Alimentação da Criança (QAC).

O QAC foi então aplicado a doze mães, escolhidas aleatoriamente, com o mesmo critério de inclusão descrito anteriormente (crianças com idade entre 2 a 11 anos), com o objetivo de verificar a fidedignidade teste-reteste do instrumento. As mães eram recrutadas em grupos, conforme a ordem de chegada na escola. Elas recebiam o Questionário de Alimentação da Criança, e respondiam individualmente. A pesquisadora ficava presente, no recinto em que as mães eram levadas (geralmente uma sala de aula da própria escola), e disponibilizava-se a esclarecer possíveis dúvidas das mães ao responder o QAC, tomando o cuidado de não induzir as respostas das mesmas. O intervalo entre o teste e o reteste foi de 30 dias.

Uma vez confirmada através do teste de correlação a fidedignidade do instrumento o mesmo foi aplicado a 120 mães de crianças com idades entre 2 e 11 anos para o estudo da percepção, atitudes e práticas dos pais em relação à alimentação de seus filhos.

Também foi avaliada, através do questionário Critério de Classificação Econômica da ABEP, a qual classe social os sujeitos pertenciam. No presente questionário as mães respondiam a perguntas referentes ao grau de instrução do chefe da família, quantos itens como eletrodomésticos, automóvel, banheiros e empregada mensalista que possuem em casa, para cada questão existiam cinco opções de respostas que poderiam ser, “não tem, tem 1, 2 ou 3 ou tem 4 ou +”. Para cada uma das cinco opções existe uma pontuação que varia de 0 a 5, de forma crescente, relacionada ao número de itens que a pessoa possui em casa. No fim, todos os pontos foram somados e a classificação foi feita da seguinte maneira, quem somasse

um total de pontos entre 30 a 34 pontos classificava-se na classe A1; de 25 a 29 pontos, classe A2; de 21 a 24 pontos, classe B1; de 17 a 20 pontos, classe B2; de 11 a 16, classe C; de 6 a 10, classe D, e de 0 a 5 pontos, classe E.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado (nº 252/2006 – 2006.1.783.59.2) pela Comissão de Ética em Pesquisa da FFCLRP – USP (Anexo C).

Os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D).

A antropometria é a medida das dimensões corpóreas. As medidas antropométricas realizadas foram peso e altura, para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) que foi utilizado para realizar a classificação das mães e crianças e posteriormente realizar o teste de correlação entre as medidas encontradas. As mães e crianças estavam com roupas leves e descalços. Para aferição da altura, posicionaram-se rentes a uma parede sem rodapé, mantendo os calcanhares, nádegas e a parte posterior da cabeça encostados nessa parede, olhando para o horizonte. Da mesma forma, posicionaram-se sobre a balança para aferição do peso. Tais medidas foram realizadas no período da manhã. Posteriormente, foi realizado o cálculo do IMC (Índice de Massa Corporal) que se encontra dividindo o peso atual do indivíduo pela sua altura ao quadrado ($IMC = P(kg)/Altura(cm^2)$).

3.4 – Análise dos dados:

Realizou-se a Análise Qualitativa dos dados através da descrição das Médias \pm Erro Padrão da Média de cada uma das 31 questões do QAC dentro das sete categorias: *Percepção de responsabilidade*, *Percepção do peso dos pais*, *Percepção do peso da criança*, *Preocupação com o peso da criança*, *Restrição*, *Pressão para comer* e *Monitoramento*. Além disso, foi realizada uma correlação de Pearson entre os dados de IMC das mães e os dados de IMC das crianças.

4 - RESULTADOS:

4.1. Estudo de Fidedignidade Teste-Reteste.

O estudo de Fidedignidade do teste-reteste foi realizado com uma amostra de 12 mães, com intervalo teste-reteste de 30 dias, tendo como finalidade garantir a fidedignidade do QAC. Ao aplicar o teste de correlação de Pearson houve uma correlação significativa e positiva entre o teste e o reteste ($r = 0,66$, $p \leq 0,01$), indicando que o instrumento é fidedigno.

A Figura 1 apresenta a média das respostas do Fator *Percepção de Responsabilidade* (questões 1, 2 e 3 do QAC) no teste e no reteste. Como se pode observar, as mães consideram-se, na maior parte do tempo (opção 4 – maior parte do tempo) ou pelo menos na metade das vezes (opção 3 – metade do tempo), responsáveis pela alimentação de seus filhos. Esses dados mostram que as mães são freqüentemente as responsáveis pela alimentação de seus filhos (questão 1); na maioria das vezes são as responsáveis por decidir o quanto os filhos comem (questão 2) e que são elas as responsáveis, na maioria do tempo, por decidir se os seus filhos comeram o tipo certo de alimento (questão 3).

A análise desses resultados também permite observar que não há grande variação entre os dados do teste e do reteste.

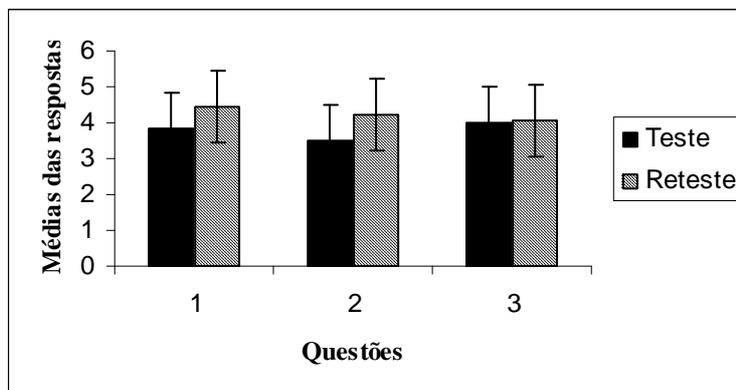


Figura 1. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=12) às três Questões do Fator Percepção de Responsabilidade do Questionário de Alimentação da Criança. Opções de respostas: nunca (1); raramente (2); metade do tempo (3); maior parte do tempo (4) e sempre (5).

A Figura 2 apresenta a média das respostas do Fator *Percepção do Peso dos Pais* (questões 4, 5, 6 e 7 do QAC). Como se pode observar na Figura 2, as mães consideram-se com peso normal (opção 3) desde sua infância até os dias atuais. Esses dados mostram que as mães sempre tiveram peso normal na sua infância (questão 4), na sua adolescência (questão

5), aos seus 20 anos (questão 6) e atualmente (questão 7). A análise desses resultados também permite observar que não há grande variação entre os dados do teste e do reteste.

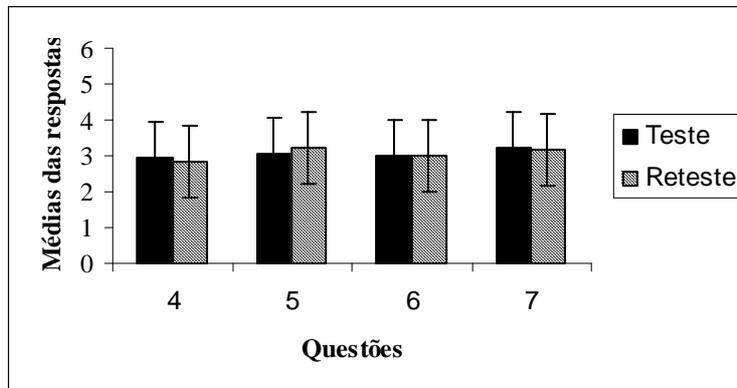


Figura 2. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=12) às quatro Questões do Fator Percepção do peso dos Pais do Questionário de Alimentação da Criança. Opções de respostas: muito abaixo do peso (1); abaixo do peso (2); normal (3); acima do peso (4) e muito acima do peso (5).

A Figura 3 apresenta a média das respostas do Fator *Percepção do Peso da Criança* (questões 8, 9, 10, 11, 12 e 13 do QAC), e se pode verificar que, em média, as mães consideram que suas crianças têm peso normal (opção 3) ou estão um pouco acima do peso (opção 4). Esses dados mostram que as mães consideram que sua criança tinha peso normal no seu primeiro ano de vida (questão 8); na faixa de 1 a 2 anos (questão 9); na pré-escola (questão 10); da pré-escola à segunda série (questão 11), e da terceira à quinta série (questão 12). Algumas mães consideram que suas crianças encontram-se acima do peso, na faixa que abrange a sexta a oitava séries (questão 13). A análise desses resultados também permite observar que não há grande variação entre os dados do teste e do reteste.

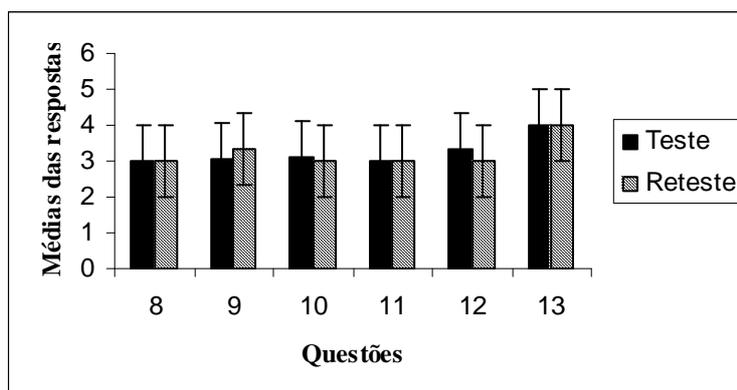


Figura 3. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=12) às seis Questões do Fator Percepção do peso da Criança do Questionário de Alimentação da Criança. Opções de respostas: muito abaixo do peso (1); abaixo do peso (2); normal (3); acima do peso (4) e muito acima do peso (5).

Com relação ao Fator *Preocupação com o Peso da Criança* (questões 14, 15 e 16 do QAC), as mães consideram-se um pouco preocupadas (opção 2) em relação a sua criança comer muito quando ela não está por perto (questão 14), em relação à sua criança fazer dieta para manter um peso desejável (questão 15) e em sua criança ficar acima do peso (questão 16). A análise desses resultados também permite observar que não há grande variação entre os dados do teste e do reteste.

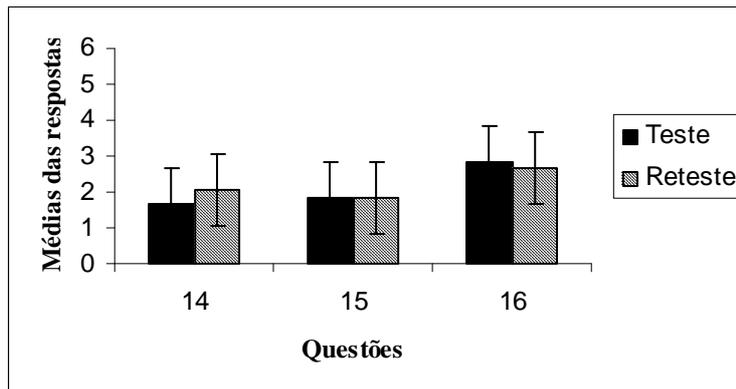


Figura 4. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=12) às três Questões do Fator Preocupação com o Peso da Criança do Questionário de Alimentação da Criança. Opções de respostas: despreocupado (1); um pouco preocupado (2); preocupado (3); bem preocupado (4) e muito preocupado (5).

A Figura 5 apresenta a média das respostas do Fator *Restrição* (questões 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 e 24 do QAC). Como se pode observar pela análise da presente figura, as mães em geral consideram-se neutras (opção 3) ou concordam levemente (opção 4) com o controle das práticas restritivas em relação à alimentação de suas crianças. Esses dados mostram que as mães são neutras em relação a ter que ter certeza que sua criança não come muito doce (questão 17), ou alimentos muito calóricos (questão 18); ou que sua criança come muito de seus alimentos preferidos (questão 19); são neutras em relação a manter intencionalmente comida fora do alcance de sua criança (questão 20); discordam levemente em oferecer doces como recompensa por um bom comportamento (questão 21), e discordam levemente em oferecerem seu alimento preferido como recompensa por bom comportamento (questão 22). Algumas mães concordam levemente que devem orientar ou controlar o que sua criança come senão comeria muita porcarias (questão 23) ou comeria muito de sua comida preferida (questão 24). A análise desses resultados também permite observar que não há grande variação entre os dados do teste e do reteste.

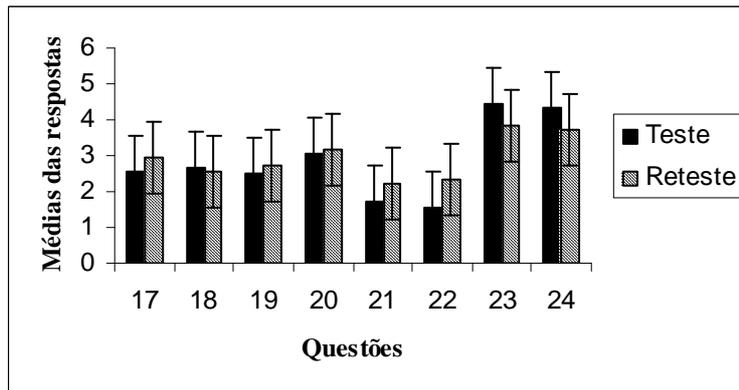


Figura 5. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=12) às oito Questões do Fator Restrição do Questionário de Alimentação da Criança. Opções de respostas: discordo (1); discordo levemente (2); neutro (3); concordo levemente (4) e concordo (5).

A Figura 6 apresenta a média das respostas do Fator *Pressão para Comer* (questões 25, 26, 27 e 28 do QAC). Como se pode observar pela análise da presente figura as mães consideram-se neutras (opção 3) ou concordam levemente (opção 4) em relação à Pressão que exercem sobre a alimentação de sua criança. Esse dado mostra que as mães são neutras (opção 3) ou concordam levemente (opção 4) em relação à sua criança ter que comer toda a comida do seu prato (questão 25); são neutras (opção 3) ou concordam levemente (opção 4) em terem que ter certeza de que sua criança come o suficiente (questão 26); que elas são neutras (opção 3) em relação a pressionar a criança a comer mesmo quando ela diz que está sem fome (questão 27), e que são neutras (opção 3) que se não cuidarem da alimentação da sua criança ela poderia comer muito menos do que deveria (questão 28). A análise desses resultados também permite observar que não há grande variação entre os dados do teste e do reteste.

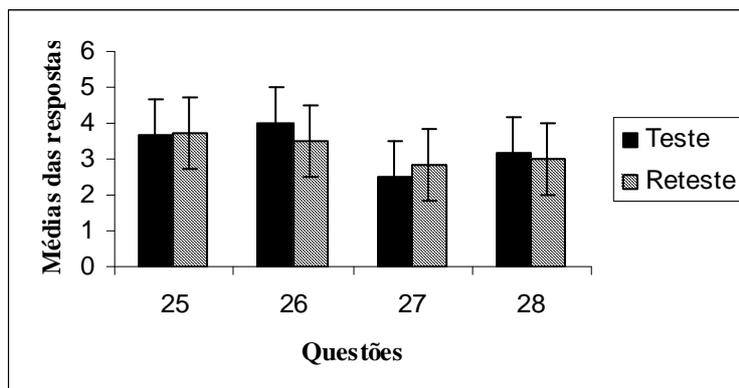


Figura 6. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=12) às quatro Questões do Fator Pressão para Comer do Questionário de Alimentação da Criança. Opções de respostas: discordo (1); discordo levemente (2); neutro (3); concordo levemente (4) e concordo (5).

A Figura 7 apresenta a média das respostas do Fator *Monitoramento* (questões 29, 30 e 31 do QAC). Como se pode observar, as mães consideram que às vezes (opção 3) elas mantêm o controle sobre o quanto sua criança come de determinados alimentos. Esse dado mostra que as mães mantêm o controle sobre o quanto sua criança come de doce (questão 29), sobre o quanto come de lanches (questão 30), e sobre o quanto come de alimentos altamente calóricos (questão 31) às vezes. A análise desses resultados também permite observar que não há grande variação entre os dados do teste e do reteste.

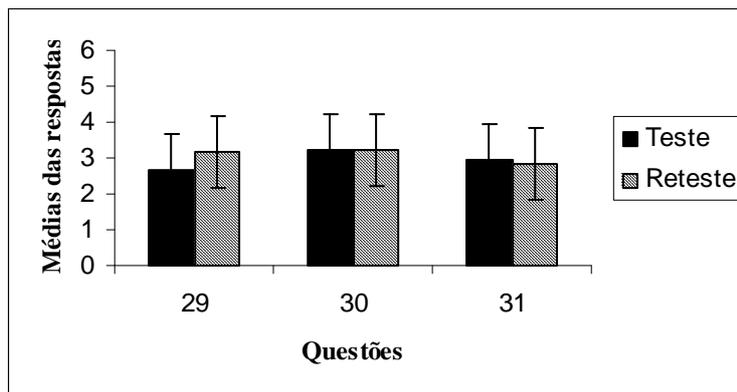


Figura 7. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=12) às três Questões do Fator Monitoramento do Questionário de Alimentação da Criança. Opções de respostas: nunca (1); raramente (2); às vezes (3); na maior parte do tempo (4) e sempre (5).

A Figura 8 apresenta a média das respostas em cada um dos sete Fatores. Como se pode observar, no primeiro Fator, *Percepção de Responsabilidade*, as mães consideram-se, na maior parte do tempo (opção 4), responsáveis pela alimentação de seus filhos. No segundo Fator, *Percepção do Peso dos Pais*, as mães consideravam-se com peso normal (opção 3) em todas as fases da vida, desde a infância até os dias atuais. Para o terceiro Fator, *Percepção do Peso da Criança*, as mães consideravam suas crianças com peso normal desde a infância até atualmente. No quarto Fator, *Preocupação com o Peso da Criança*, as mães consideravam-se um pouco preocupadas (opção 2) com o peso de sua criança. Para o quinto Fator, *Restrição*, as mães eram neutras (opção 3) em relação a prática de restringir sua criança comer determinados tipos de alimento. No sexto Fator, *Pressão para Comer*, as mães consideravam-se neutras (opção 3) em relação à pressão para que sua criança coma determinada quantidade ou determinado tipo de comida. Para o sétimo Fator, *Monitoramento*, as mães acreditam que raramente (opção 2) ou às vezes devem monitorar o que sua criança come. A análise desses resultados também permite observar que não há grande variação entre os dados do teste e do reteste.

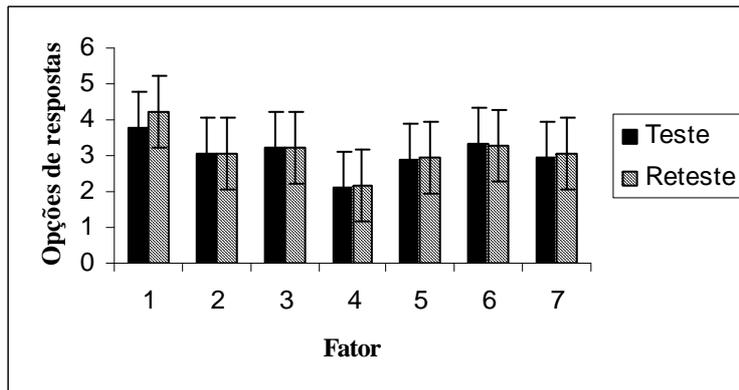


Figura 8. Variação de cada uma das cinco opções de resposta de cada um dos sete fatores, do Questionário de Alimentação da Criança (n = 12).

4.2. Aplicação do Questionário de Alimentação da Criança

A seguir serão apresentados os resultados da aplicação do Questionário de Alimentação da Criança em uma amostra de 120 mães e crianças.

Para o questionário Critério de Classificação Econômica ABEP (Anexo B), encontrou-se os seguintes resultados: 16,7% das famílias classificaram-se na Classe A1, representada por um total de pontos (que o sujeito soma) que varia de 30 a 34 pontos. Parte dos sujeitos (36,7%) foi classificada na Classe A2, cujo total de pontos varia de 25 a 29. Já 25,83% dos sujeitos situam-se na Classe B1, cujo total de pontos varia de 21 a 24. Quinze por cento (15%) dos sujeitos estão classificados na Classe B2, em que o total de pontos varia de 17 a 20. Outros 5,83% dos sujeitos situam-se na Classe C e o total de pontos para essa classe é de 11 a 16. Nenhuma família (0%) classificou-se nas classes D e E, cujo total de pontos varia de 6 a 10 e 0 a 5, respectivamente.

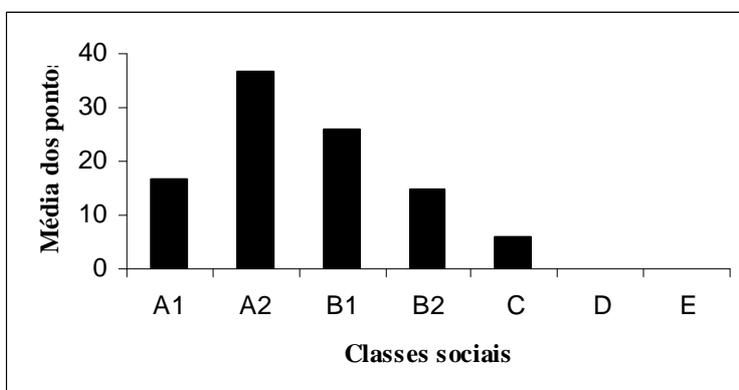


Figura 9. Classificação Econômica das Famílias pelo Critério de Classificação Econômica da ABEP.

As Figuras abaixo representam a Média (\pm E.P.M.) em cada um dos sete Fatores descritos no QAC em relação às 120 mães.

A Figura 10 apresenta a média das respostas do Fator *Percepção de Responsabilidade* (questões 1, 2 e 3 do QAC). Como se pode observar pela análise das médias das respostas as mães consideram-se, na maior parte do tempo (opção 4), responsáveis pela alimentação de seus filhos. Esses dados mostram que as mães são, na maior parte do tempo (opção 4), as responsáveis pela alimentação de seus filhos (questão 1); na maior parte do tempo (opção 4) são as responsáveis por decidir o quanto seus filhos comem (questão 2), e que são elas as responsáveis, na maioria do tempo (opção 4), por decidir se os seus filhos comeram o tipo certo de alimento.

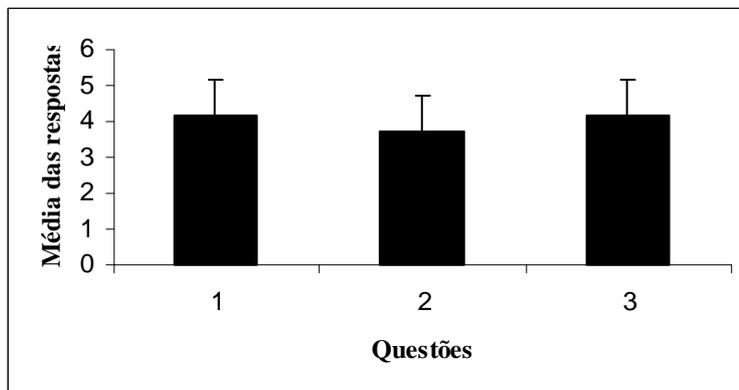


Figura 10. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=120) às três Questões do Fator Percepção de Responsabilidade do Questionário de Alimentação da Criança. Opções de respostas: nunca (1); raramente (2); metade do tempo (3); na maior parte do tempo (4) e sempre (5).

A Figura 11 apresenta a média das respostas do Fator *Percepção do Peso dos Pais* (questões 4, 5, 6 e 7 do QAC). Como se pode observar na Figura 11, as mães consideram-se com peso normal (opção 3) desde sua infância até os dias atuais. Esses dados mostram que as mães percebem seu peso como normal na sua infância (questão 4); na sua adolescência (questão 5); aos seus 20 anos (questão 6), e atualmente (questão 7).

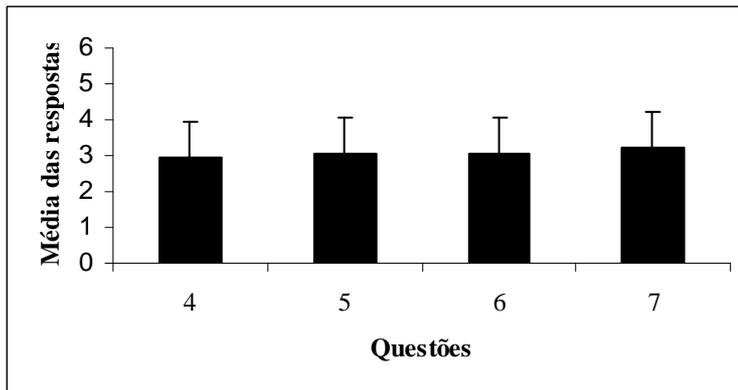


Figura 11. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=120) às quatro Questões do Fator Percepção do peso dos Pais do Questionário de Alimentação da Criança. Opções de respostas: muito abaixo do peso (1); abaixo do peso (2); normal (3); acima do peso (4) e muito acima do peso (5).

A Figura 12 apresenta a média das respostas do Fator *Percepção do Peso da Criança* (questões 8, 9, 10, 11, 12 e 13 do QAC), e pode-se verificar que, em média, as mães consideram que suas crianças têm peso normal (opção 3). Esses dados mostram que as mães consideram que sua criança tinha peso normal no seu primeiro ano de vida (questão 8); na faixa de 1 a 2 anos (questão 9); na pré-escola (questão 10); da pré-escola a segunda série (questão 11); da terceira a quinta série (questão 12), e da sexta a oitava séries (questão 13).

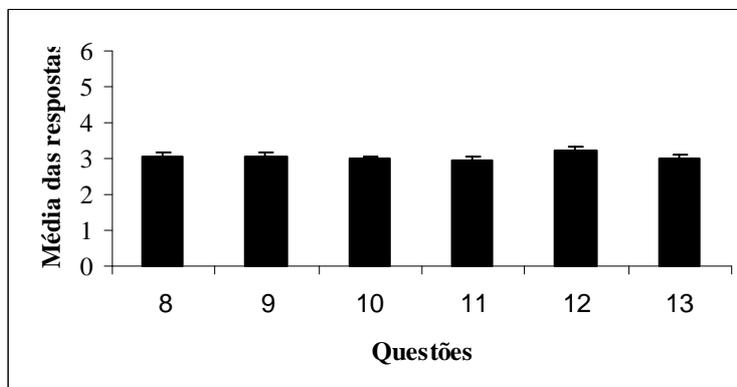


Figura 12. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=120) às seis Questões do Fator Percepção do Peso da Criança do Questionário de Alimentação da Criança. Opções de respostas: muito abaixo do peso (1); abaixo do peso (2); normal (3); acima do peso (4) e muito acima do peso (5).

Com relação ao Fator *Preocupação com o Peso da Criança* (questões 14, 15 e 16 do QAC) as mães consideram-se um pouco preocupadas (opção 2) em relação à sua criança comer muito quando ela não está por perto (questão 14), em relação à sua criança ter que fazer dieta para manter um peso desejável (questão 15), e preocupadas (opção 3) em relação à sua criança ficar acima do peso (questão 16).

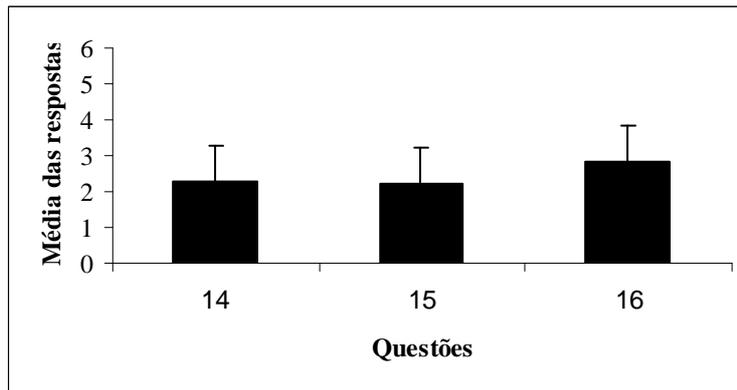


Figura 13. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=120) às três Questões do Fator Preocupação com o Peso da Criança do Questionário de Alimentação da Criança. Opções de respostas: despreocupado (1); um pouco preocupado (2); preocupado (3); bem preocupado (4) e muito preocupado (5).

A Figura 14 apresenta a média das respostas do Fator *Restrição* (questões 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 e 24 do QAC). Esses dados mostram que as mães concordam levemente (opção 4) sobre ter certeza que sua criança não come muito doce (questão 17), ou alimentos muito calóricos (questão 18). Os dados mostram também que algumas mães são neutras (opção 3) em relação a terem certeza de que sua criança não come muito de seus alimentos preferidos (questão 19), e também são neutras em relação a manter intencionalmente comida fora do alcance de sua criança (questão 20). Os dados ainda mostram que algumas mães discordam (opção 1) sobre oferecerem doces como recompensa por um bom comportamento (questão 21); ou sobre oferecerem seu alimento preferido como recompensa por bom comportamento (questão 22). Algumas mães concordam levemente (opção 4) que devem orientar ou controlar o que sua criança come senão comeria muita porcaria (questão 23), ou comeria muito de sua comida preferida (questão 24).

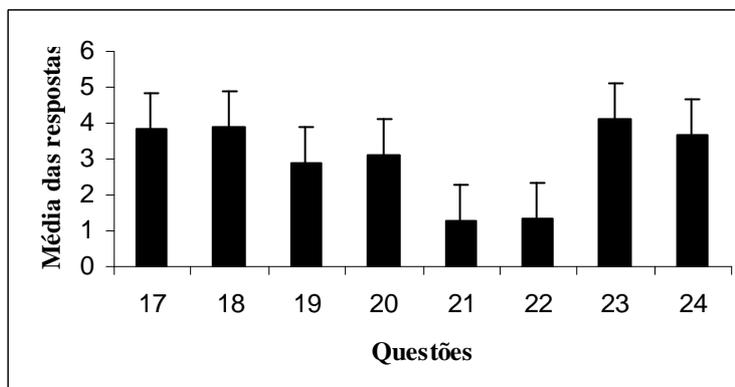


Figura 14. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=120) às oito Questões do Fator Restrição do Questionário de Alimentação da Criança. Opções de respostas: discordo (1); discordo levemente (2); neutro (3); concordo levemente (4) e concordo (5).

A Figura 15 apresenta a média das respostas do Fator *Pressão para Comer* (questões 25, 26, 27 e 28 do QAC). Os dados mostram que as mães discordam levemente (opção 2) em relação à sua criança dever comer toda a comida do seu prato (questão 25). As mães, como mostra a Figura 15, são neutras (opção 3) sobre terem que ser cuidadosas para terem certeza de que sua criança come o suficiente (questão 26); discordam levemente (opção 2) sobre pressionarem sua criança a comer mesmo quando ela diz que está sem fome (questão 27), e discordam levemente (opção 2) que se elas não guiarem ou regularem o que sua criança come, a mesma poderia comer muito menos do que deveria (questão 28).

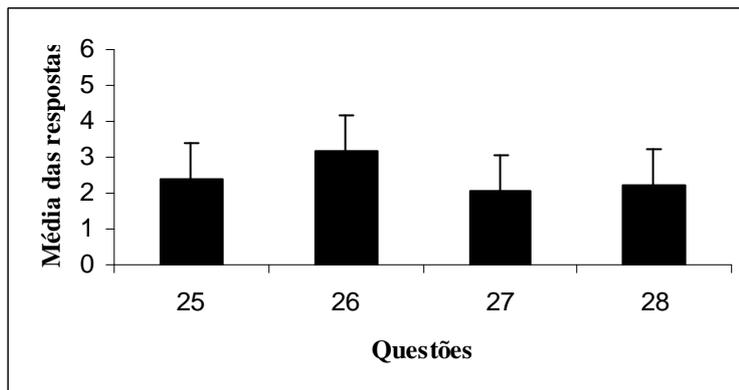


Figura 15. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=120) às quatro Questões do Fator Pressão para Comer do Questionário de Alimentação da Criança. Opções de respostas: discordo (1); discordo levemente (2); neutro (3); concordo levemente (4) e concordo (5).

A Figura 16 apresenta a média das respostas do Fator *Monitoramento* (questões 29, 30 e 31 do QAC). Como se pode observar as mães consideram que às vezes (opção 3) elas mantêm o controle sobre o quanto sua criança come de determinado alimento. Esse dado mostra que as mães, às vezes, mantêm o controle sobre o quanto sua criança come de doce (questão 29); na maior parte do tempo (opção 4) o quanto comem de lanches (questão 30), e às vezes o quanto comem de alimentos altamente calóricos (questão 31).

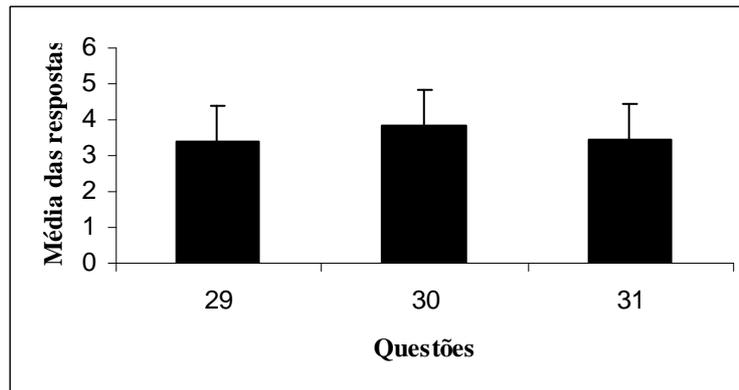


Figura 16. Média (\pm E.P.M.) das respostas das mães (N=120) às três Questões do Fator Monitoramento do Questionário de Alimentação da Criança. Opções de respostas: nunca (1); raramente (2); às vezes (3); na maior parte do tempo (4) e sempre (5).

A Figura 17 apresenta a média das respostas em cada uma dos sete fatores. Como se pode observar no primeiro Fator, *Percepção de Responsabilidade*, as mães de nossa amostra consideram-se, na maior parte do tempo, responsáveis pela alimentação de seus filhos. No segundo Fator, *Percepção do Peso dos Pais*, as mães consideravam-se com peso normal em todas as fases da vida, desde a infância até os dias atuais. Para o terceiro Fator, *Percepção do Peso da Criança*, as mães consideravam suas crianças com peso normal desde a infância até atualmente. No quarto Fator, *Preocupação com o Peso da Criança*, as mães consideravam-se um pouco preocupadas com o peso de sua criança. Para o quinto Fator, *Restrição*, as mães consideram-se neutras sobre a prática de restringir que sua criança coma determinados tipos de alimento. No sexto Fator, *Pressão para Comer*, as mães consideram-se neutras em relação à pressão para que sua criança coma determinada quantidade ou determinado tipo de comida. Para o sétimo Fator, *Monitoramento*, as mães acreditam que, às vezes devem monitorar o que sua criança come.

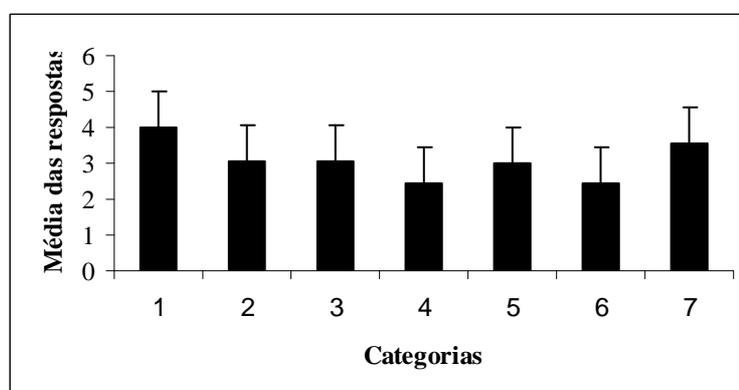


Figura 17. Variação de cada uma das cinco opções de resposta de cada um dos sete Fatores do Questionário de Alimentação da Criança (n = 120).

Após a análise das respostas das mães a cada uma das questões do Questionário de Alimentação da Criança, procedeu-se à análise de Correlação de Pearson entre os dados de IMC das mães e os dados de IMC das crianças. O resultado dessa análise mostrou um $r = 0,009$ e $p > 0,05$, indicando que não houve correlação entre os valores de IMC das mães e das crianças.

5 - DISCUSSÃO

A obesidade pode ser definida como uma condição em que há um acúmulo excessivo de gordura no tecido adiposo (WHO, 2000), que pode levar a sérias conseqüências como o aumento da pressão arterial, colesterol, aparecimento de doenças como o diabetes tipo 2 e outras patologias (FRANCISCHI et al, 2000). A obesidade, quando se desenvolve na infância, promove maior risco de permanecer na vida adulta, e é considerada o terceiro fator de risco mais importante para o surgimento da doença arterial coronariana (DAC), de acordo com o estudo de Framingham (HUBERT, 1983).

O Bogalusa Heart Study (SRINIVAN et al, 1996), realizado com 9167 indivíduos de 5 a 17 anos, afirma que as crianças e adolescentes obesos apresentavam 2,4 e 7,1 vezes maior chance de aumento nos níveis de colesterol total e triglicerídeos, respectivamente, quando comparados aos indivíduos eutróficos. Por isso, a obesidade deve ser identificada o mais precocemente possível para que suas conseqüências sejam combatidas e para que seja possível o desenvolvimento de métodos eficazes no controle de suas causas.

Atualmente a obesidade é considerada um importante problema de saúde pública, devido ao aumento gradativo de sua prevalência entre a população, até mesmo entre crianças e adolescentes (ABRANTES; LAMOUNIER; COLOSIMO, 2003). Estudos transversais sobre a relação entre nível sócio-econômico dos indivíduos e sobre a incidência da obesidade são comuns nos países desenvolvidos, onde a maior ocorrência está nos estratos da população com menor renda, menor escolaridade e com ocupações de menor prestígio social (MONTEIRO; CONDE; CASTRO, 2003). Nos países em desenvolvimento, hoje em dia, também é crescente o número de indivíduos com sobrepeso e obesidade, sendo que recentemente uma grande prevalência ocorre entre os estratos sociais de renda mais baixa (CABALLERO, 2001; UAUY; ALBALA; KAIN, 2001). Monteiro e Conde (2000) afirmam que ocorreu neste século uma transição nutricional, de desnutrição à obesidade. Salientam que esta transição é resultante de modificações na estrutura da dieta dos indivíduos caracterizada por excesso de gorduras, açúcar e alimentos refinados e redução de carboidratos complexos e fibras, assim como redução da atividade física.

A condição socioeconômica influencia a obesidade por meio da educação, da renda e da ocupação, resultando em padrões comportamentais específicos que afetam ingestão calórica, gasto energético e taxa de metabolismo. Entretanto, à medida que alimentos saudáveis, incluindo peixes, carnes magras, vegetais e frutas frescas, estão menos disponíveis para indivíduos de condições mais restritas, a relação entre obesidade e baixa classe

socioeconômica é observada em países em desenvolvimento (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

Na análise da classificação social dos indivíduos do nosso estudo, todas as famílias classificaram-se nas classes sociais com nível de renda alto. As mães apresentam também em sua maioria nível alto de escolaridade, muitas delas com curso superior completo. Todos esses fatores denotam que é muito pouco provável que estas famílias passem por dificuldades socioeconômicas. Mesmo em condições de alta renda e elevado nível de escolaridade foi possível encontrar mães e crianças com sobrepeso e magreza grau I, como pode ser observado no Anexo E.

Sabe-se que a influência dos pais na alimentação de seus filhos é um fator importante para a adequação dos hábitos e preferências alimentares dos mesmos. Desde a lactação, os pais são os principais responsáveis pela introdução alimentar nos primeiros anos de vida (SPRUIJT-METZ et al, 2002; FRANCIS; HOFER; BIRCH, 2001). São eles que iniciam o processo de educação alimentar a partir dos alimentos que oferecem a seus filhos. Gambardella, Frutuoso e Franchi (1999) referem que a família influencia os hábitos alimentares das crianças na medida em que são responsáveis pela aquisição de alimentos, da determinação do horário das refeições, do tamanho das porções, e do hábito de comer fora de casa. De acordo com relatos da Organização Mundial da Saúde (OMS), a prevalência da obesidade infantil tem crescido em torno de 10 a 40% na maioria dos países europeus nos últimos 10 anos. A obesidade ocorre mais frequentemente no primeiro ano de vida, entre o 5º e o 6º anos de idade e na adolescência (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

No presente estudo os achados vão de encontro aos relatos à maioria dos estudos mencionados acima, além de mostrar alguns dados interessantes.

No Fator Percepção de Responsabilidade encontra-se que as mães de nossa amostra consideram-se, na maior parte do tempo, responsáveis pela alimentação de seus filhos. Esse dado é interessante uma vez que a maioria das mães está inserida no mercado de trabalho e tem que dividir seu tempo com o desempenho em sua atividade profissional e o cuidado com os filhos. Entretanto, devemos considerar que o que se analisa aqui é a percepção de responsabilidade e não propriamente o engajamento dessas mães nas tarefas de escolha de alimentos e alimentação de sua crianças.

Com relação ao Fator Percepção do Peso dos Pais, as mães avaliaram que tiveram o peso normal em todas as fases da vida, desde a infância até os dias atuais. Entretanto, mais uma vez essa é a percepção das mães em relação ao seu peso corporal durante toda a sua vida. Essa percepção muitas vezes não coincide com a realidade uma vez que observamos mães

com sobrepeso e obesidade. O mesmo pode se dizer do Fator Percepção do Peso da Criança, onde as mães consideravam suas crianças com peso normal desde a infância até atualmente. Porém, os dados mostram que foram observados sobrepeso e obesidade entre os sujeitos da amostra estudada.

No Fator Preocupação com o Peso da Criança, as mães consideravam-se um pouco preocupadas com o peso de sua criança. Essa pouca preocupação com o peso dos filhos pode ser resultado da pouca preocupação com o próprio peso, ou mesmo com a dificuldade de perceber o sobrepeso em seus próprios corpos ou no de seus filhos.

Para o Fator Restrição, as mães consideram-se neutras sobre a prática de restringir que sua criança coma determinados tipos de alimento. Considerar-se neutra significa que a mãe nem restringia o acesso da criança a determinado alimento nem oferecia um alimento particular em substituição a outro que considerasse inadequado para o consumo pelo seu filho. Essa neutralidade pode demonstrar certa insegurança das mães no momento de decidir que alimentos são permitidos e considerados adequados em comparação a outros que deveriam ser restritos por serem inadequados. O mesmo raciocínio pode ser feito para o Fator Pressão para Comer, onde as mães consideram-se neutras em relação à pressão para que sua criança coma determinada quantidade ou determinado tipo de comida.

Finalmente, para o Fator Monitoramento as mães acreditam que, às vezes, devem monitorar o que sua criança come. Nesse caso as mães consideram que acompanhar o que os filhos comem é importante e que às vezes essa tarefa tem que ser praticada com o objetivo de verificar que tipo de alimento seus filhos estão consumindo.

Birch (1998) sugere que os pais devem controlar os tipos de alimentos oferecidos e os horários das refeições. A partir disso, deve ser dada à criança a oportunidade da escolha dos alimentos que lhe são ofertados e da quantidade que pretendem ingerir. O mesmo autor confirma em um outro estudo que os pais devem manter hábitos alimentares saudáveis para consolidarem os hábitos de seus filhos evitando, assim o aparecimento de sobrepeso (BIRCH; DAVISON, 2001).

Sobre a ausência de uma correlação positiva entre os IMCs das crianças e os IMCs de suas mães podemos sugerir que isso se deva a uma amostra altamente diferenciada em relação a uma amostra da população em geral. No caso do presente estudo trabalhamos com um pequeno grupo de famílias de alta renda e alta escolaridade que não reflete a população em seus mais variados estratos sócio-econômicos. Assim, os dados do presente trabalho não podem ser facilmente comparados a outros dados da literatura que mostram que, em geral, há uma boa correlação entre os dados de IMCs de crianças e de seus pais. Outra hipótese que

pode ser levantada para analisar essa falta de correlação pode ser a distribuição desigual do número de sujeitos nas das diversas idades consideradas nesse estudo. Assim, uma maior concentração em determinada idade poderia comprometer uma distribuição mais normal dos IMCs e contribuir para a ausência de correlação.

Os dados do presente trabalho mostram que, apesar de apresentarem alto grau de instrução, as mães parecem ter dúvidas em relação à educação nutricional de seus filhos e, até mesmo em relação à sua alimentação. Isto mostra o quão importante é o desenvolvimento de instrumentos para a avaliação do comportamento dos cuidadores da alimentação das crianças. Nesse sentido salienta-se a importância da tradução e estudo de fidedignidade do Questionário de Alimentação da Criança (QAC) para o estudo das atitudes crenças e práticas dos pais em relação à alimentação. O QAC pode ter uma aplicação muito importante no estudo das atitudes, crenças e práticas dos pais em relação à alimentação de seus filhos. Esse é o primeiro instrumento traduzido e estudado do ponto de vista de sua fidedignidade para o estudo de crianças brasileiras. A partir desse instrumento pode-se agora estudar como diferentes variáveis tais como nível sócio-econômico, nível educacional e estado nutricional podem influenciar nas atitudes, crenças e práticas dos pais em relação à alimentação de seus filhos. E mais, em que medidas essas atitudes crenças e práticas podem estar associadas a diferenças no estado nutricional tanto dos pais como de seus filhos.

6 – CONCLUSÕES

- A classe social da maioria das famílias estudadas é a classe de alta renda, boas condições sócio-culturais e econômicas, e alto nível de escolaridade (curso superior completo).
- Houve uma correlação positiva e significativa entre os dados de teste e reteste, o que confirma a fidedignidade do Questionário de Alimentação da Criança (QAC) para o estudo das atitudes, crenças e práticas dos pais em relação à alimentação de seus filhos.
- Os dados também indicam que as mães do presente estudo se percebem como responsáveis pela alimentação de seus filhos; têm a percepção de peso normal de si mesmas e de seus filhos em todas as fases de desenvolvimento; manifestam preocupação com o peso de seus filhos; não restringem e não fazem pressão para que seus filhos comam determinado alimento; e acreditam que, às vezes devem monitorar a alimentação de seus filhos.
- Finalmente, sugere-se que o QAC é um valioso instrumento para avaliar, quantitativamente, as relações entre as práticas, crenças e atitudes dos pais e o estado nutricional de seus filhos.

REFERÊNCIAS

- ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER, J. A.; COLOSIMO, E. A. Prevalência de sobrepeso e obesidade nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. **Revista da Associação de Medicina Brasileira**, Belo Horizonte, v. 49, n. 2, p. 162-166, 2003.
- ALMEIDA, S. S. ; NASCIMENTO, P. C. B. D. ; QUAIOTI, T. C. B. Quantidade e qualidade dos produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.3, Jun. 2002.
- AQUINO, R. C.; PHILIPPI, S. T. Consumo infantil de alimentos industrializados e renda familiar na cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.6, p.655-660, 2002.
- BIRCH, L. L. Psychological influences on the childhood diet. **Journal of Nutrition**: supl.2, v.128, p.407S-410S, feb. 1998.
- BIRCH, L. L.; DAVISON, K. K. Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. **Pediatric Clinical North America**: v.48, n.4, p.893-907, Aug. 2001.
- BLEIL, S. I. O padrão alimentar ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. **Cadernos de Debate**, São Paulo, v.6, p.25, 1998.
- CABALLERO, B. Obesity in Developing Countries: Biological and Ecological factors. **Journal of Nutrition**. V.131, supl:866-870, 2001.
- CARVALHO, C. M. R. G.; NOGUEIRA, A. M. T. ; TELES, J. B. M. ; PAZ, S. M. R. ; SOUSA, R. M. L. Consumo alimentar de adolescentes matriculados em um colégio particular em Teresina, Piauí, Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.14, n.2, p.85-93, maio-ago. 2001.
- COSTANZO, P. R.; WOODY, E. Z. (1985). Domain-specific parenting styles and their impact on the child's development of particular deviance: the example of obesity proneness. **Journal of Social and Clinical Psychology**, 4, 425-445.
- COON, K. A.; TUCKER, K. L. Television and children's consumption patterns. A review of the literature. **Minerva Pediatrics**, v.54, n.5, p.423-436, Oct. 2002.
- ESCRIVÃO, M. A. M. S. ; ANCONA, LOPEZ, F. Prognóstico da obesidade na infância e na adolescência. In: FISBERG, M. **Obesidade na infância e na adolescência**. São Paulo: Fund. Ed. Byk, 1995. p.146-148.
- BARROS, A.F. Um quebra cabeças chamado obesidade. **Jornal de Pediatria**, Campinas, v.80, n.1, p.1-2, 2004.
- FISBERG, M. Obesidade na infância e adolescência In: FISBERG, M. editor. **Obesidade na infância e adolescência**. São Paulo (SP): Fundo Editorial BYK, 1995. p. 9-13.

FRANCIS, L. A.; HOFER, S. M.; BIRCH, L. L. Predictors of maternal child-feeding style: maternal and child characteristics. **Appetite**, v.37, n.3, p.231-243, dec. 2001.

FRANCISCHI, R. P. P.; PEREIRA, L. O.; FREITAS, C. S.; KLOPFER, M.; SANTOS, R. C.; VIEIRA, P.; LANCHÁ JÚNIOR, A. H. Obesidade: Atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**. Campinas, v.13, n. 1 p. 17-28, jan./abr. 2000.

GAMBARDELLA, A. M. D. ; FRUTUOSO, M. F. P. ; FRANCHI, C. Prática alimentar de adolescentes. **Revista de Nutrição**, v.12, n.1, p.55-63, jan/abr. 1999.

GIUGLIANO, R.; CARNEIRO, E. C. Fatores associados à obesidade em escolares. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, 2004; 80: 17-22.

GRUND, A.; KRAUSE, H.; SIEWERS, M.; RIERCKET, H.; MULLER, M. J. Is TV viewing an index of physical activity and fitness in overweight and normal weight children? **Public Health Nutrition**, v.4, n.5, p.1245-51, dec. 2001.

HOOD, M. Y.; MOORE, L. L.; SUNDARAJAN-RAMAMURTI, A.; SINGER, M.; CUPPLES, L. A.; ELLISON, R. C. Parental eating attitudes and the development of obesity in children. The Framingham Children's Study. **International Journal Obesity Relation Metabolic Disorder**, v.24, n.10, p.1319-1325, Oct. 2000.

HUBERT, H. B. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26 year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. **Circulation**, v.67, p. 968-977, 1983.

KAZAPI, I. M.; Di PIETRO, P. F.; AVANCINI, S. R. P.; FREITAS, S. F. T.; TRAMONTE, V. L. C. G. Consumo de energia e macronutrientes por adolescentes de escolas públicas e privadas. **Revista de Nutrição**, supl.14, p. 27-33, 2001.

KLESGES, R. C.; SHELTON, M. L.; KLESGES, M. L. Effects of television on metabolic rate: potential implications for childhood obesity. **Pediatrics**, v.91, n.2, p. 281-286, Feb. 1993.

LOWRY, R.; WECHRSEL, H.; GALUSKA, D. A.; FULTON, J. E.; KANN, L. Television viewing and its associations with overweight, sedentary lifestyle, and insufficient consumption of fruits and vegetables among US high school students: differences by race, ethnicity, and gender. **Journal Schandinavo Health**. V.72, n.10, p.413-21, dec. 2002.

MELLO, E. D. de; LUFT, V. C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v.80, n.3, p.173-181, 2004.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. Tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: nordeste e sudeste do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**. 1999; 43:186-94.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; CASTRO, I. R. R. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, supl:1, p.67-75, 2003.

MUMBIELA, P. V.; SANMARTIN, Z. S.; GONZALEZ, A. C. Obesity in children and food habits. **Revista de Enfermagem**, v.20, n.221, p.11-17, jan. 1997.

RAMOS, M.; STEIN, L. M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, supl.3, v.76, p.229-237, 2000.

SCHMITZ, J.; McNEISH, A. S. Desarrollo de la estructura y función del trato gastrointestinal: su importancia en relación con el destete. In: Euclides, M. P. **Nutrição do lactente: base científica para uma alimentação adequada**. Viçosa, MG, 2. ed. rev. Atual. 488p. 2000.

SPRUIJT-METZ, D.; LINDQUIST, C. H.; BIRCH, L. L.; FISHER, J. O.; GORAN, M. I. Relation between mother's child-feeding practices and children's adiposity. **American Journal of Clinical Nutrition**, v.75, n.3, p.451-452, mar. 2002.

SRINIVAN, S. R.; BAO, W.; WATTIGNEY, W. A.; BERENSON, G. S. Adolescent overweight associated with adult overweight and related multiple cardiovascular risk factors: the Bogalusa Study. **Metabolism**. V. 45, p. 235-240, feb. 1996.

UAUY, R.; ALBALA, C.; KAIN, J. Obesity Trends in Latin America: transiting from Under- to overweight. **Journal Nutrition**. Santiago, v.131, p.893-899, 2001.

WANG, Y. Cross-national comparison of childhood: the epidemic and the relationship between obesity and socioeconomic status. **International Journal of Epidemiology**, v.30, n.5, p.1129-1136, 2001.

WHITAKER, R. C. ; WRIGHT, J. A. ; PEPE, M. S.; SEIDEL, K. D. ; DIETZ, W. H. Predicting obesity in young adulthood and parental obesity. **New England Journal of Medicine**. 1997; 337: 869-73.

WHO Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Expert Committee. Geneva, World Health Organization, (Technical Report Series), n.894, p. 7-16, 2000.

ANEXO A

QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

Fator	Nome da Variável	Ordem	Questões	Opções de Resposta
Percepção de responsabilidade	PR1	1	Quando sua criança está em casa, com que frequência você é responsável por alimentá-la?	1= nunca 2= raramente 3= metade do tempo 4= maior parte do tempo 5= sempre
	PR2	2	Com que frequência você é responsável por decidir qual é o tamanho da porção de sua criança?	
	PR3	3	Com que frequência você é responsável por decidir se sua criança come o tipo correto de comida?	
Percepção do peso dos pais	PPW1	4	Sua infância (5 a 10 anos de idade)	1= muito abaixo do peso
	PPW2	5	Sua adolescência	2= abaixo do peso
	PPW3	6	Seus 20 anos	3= normal
	PPW4	7	Atualmente	4= acima do peso 5= muito acima do peso
Percepção do peso da criança	PCW1	8	Sua criança durante o primeiro ano de vida	1= muito abaixo do peso
	PCW2	9	Sua criança de 1 a 2 anos	2= abaixo do peso
	PCW3	10	Sua criança da pré-escola	3= normal
		11	Sua criança do pré a 2ª série	4= acima do peso
		12	Sua criança da 3ª a 5ª série	5= muito acima do peso
	13	Sua criança da 6ª a 8ª série		
Preocupação Com o peso da criança	CN1	14	O quanto você se preocupa sobre a sua criança comer muito quando você não está perto dela?	1= despreocupado
	CN2	15	O quanto você se preocupa sobre sua criança ter que fazer dieta para manter um peso desejável?	2= um pouco preocupado
	CN3	16	O quanto você se preocupa sobre sua criança ficar acima do peso?	3= preocupado 4= bem preocupado 5= muito preocupado

Restrição	RST1A	17	Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muitos doces (balas, sorvete, bolos ou tortas)	1= discordo
	RST1B	18	Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muitos alimentos altamente calóricos	2= discordo levemente
	RST1C	19	Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muito de seus alimentos preferidos	3= neutro
	RST2	20	Eu intencionalmente mantenho algumas comidas fora do alcance da minha criança	4= concordo levemente
	RST3A	21	Eu ofereço doces (balas, sorvete, bolos, e tortas) para a minha criança como recompensa por um bom comportamento	5= concordo
	RST3B	22	Eu ofereço para minha criança seu alimento preferido em troca de um bom comportamento	
	RST4A	23	Se eu não orientar ou regular o que minha criança come, ela iria comer muita porcária	
	RST4B	24	Se eu não guiar ou regular o que minha criança come ela iria comer muito de sua comida preferida	
Pressão para comer	PE1	25	Minha criança deveria sempre comer toda a comida de seu prato	1= discordo
	PE2	26	Eu tenho que ser muito cuidadoso para ter certeza de que minha criança come o suficiente	2= discordo levemente
	PE3	27	Se minha criança diz “Eu não estou com fome”, eu tento fazer ela comer mesmo assim	3= neutro
	PE4	28	Se eu não guiar ou regular o que minha criança come, ela poderia comer muito menos do que deveria	4= concordo levemente 5= concordo
Monitoramento	MN	29	O quanto você mantém o controle dos doces (balas, sorvetes, bolos ou tortas) que sua criança come?	1= nunca 2= raramente
	MN	30	O quanto você mantém o controle dos lanches (batatas, salgadinhos), que sua criança come?	3= às vezes 4= na maior parte do tempo
	MN	31	O quanto você mantém o controle dos alimentos altamente calóricos que sua criança come?	5= sempre

ANEXO B

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA ABEP

Protocolo nº: _____

Dados de classificação

A- Quem é o chefe-de-família na sua casa?

() o próprio entrevistado

() outrem: Quem: _____

B- Qual foi o grau de instrução mais alto que o chefe-de-família obteve? Qual o último ano de escola que o chefe-de-família cursou?

	Pontos ABEP
() Analfabeto / Primário incompleto	0
() Primário completo / Ginásial incompleto	1
() Ginásial completo / Colegial incompleto	2
() Colegial completo / Superior incompleto	3
() Superior completo	5

C- Quantos (cada item abaixo) possui em sua casa?

Item	Não tem	1	2	3	4 ou +
televisão em cores	0	2	3	4	5
rádio	0	1	2	3	4
banheiro	0	2	3	4	4
automóvel	0	2	4	5	5
empregada mensalista	0	2	4	4	4
aspirador de pó	0	1	1	1	1
máquina de lavar	0	1	1	1	1
videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
geladeira	0	2	2	2	2
freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1
Total de pontos:					

Cortes do Critério de Classificação Econômica Brasil ABEP.

Classe	Pontos	Total Brasil (%)
A1	30 – 34	1
A2	25 – 29	5
B1	21 – 24	9
B2	17 – 20	14
C	11 – 16	36
D	6 – 10	31
E	0 - 5	4

Total de Pontos: _____ **Classe:** _____

ANEXO C

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP**

Of.CEtP/FFCLRP-035/2006-29/06/2006

Senhor(a) Pesquisador(a):

Comunicamos a V. Sa. que o trabalho intitulado "O USO DE UM QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL PARA O ESTUDO DE ATITUDES CRENÇAS E PRÁTICAS DOS PAIS EM RELAÇÃO A ALIMENTAÇÃO E PROPENSÃO A OBESIDADE" foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 53ª Reunião Ordinária realizada em 29/06/2006, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo CEP-FFCLRP nº **252/2006 – 2006.1.783.59.2**

Aproveitamos a oportunidade para apresentar nossos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,


Prof.ª. Dra. ADELAIDE DE ALMEIDA
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FFCLRP-USP

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. SEBASTIÃO DE SOUSA ALMEIDA
Docente do Departamento de Psicologia e Educação
Desta FFCLRP-USP

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável, Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Será garantido o sigilo ao sujeito que participar da pesquisa e os dados coletados serão utilizados em publicações em revistas especializadas e em congressos da área. Em caso de dúvida você pode consultar os pesquisadores responsáveis (Prof. Dr. Sebastião S. Almeida, Profa. Dra. Telma M. Braga Costa e Isadora S. M. da Cruz).

Informações sobre a pesquisa:

Título: O Uso de um Questionário de Alimentação Infantil para o Estudo de Atitudes, Crenças e Práticas dos Pais em Relação à Alimentação e Propensão à Obesidade.

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Sebastião de Sousa Almeida

Telefone para contato: (16)3602-3663 – Departamento de Psicologia e Educação da FFCLRP-USP

Pesquisadora participante: Profa. Dra. Telma Maria Braga Costa

Telefone para contato: (16) 36036917 – Curso de Nutrição da Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP

Pesquisadora participante: Isadora Silva Miranda da Cruz

Telefone para contato: (16)3623-4193

- O presente estudo estará focado em delinear as práticas exercidas pelos pais, no ambiente familiar sobre a alimentação da criança e avaliar um novo instrumento derivado de um modelo conceitual que especifica como as práticas dos pais podem estar ligadas à obesidade na infância.

-Para isso será aplicado o Questionário de Alimentação da Criança que se baseia em estimar as crenças, atitudes e práticas dos pais com respeito à alimentação da criança, e a relação destes fatores com a tendência a obesidade nas crianças.

-A pesquisa não trará nenhum dano, prejuízo ou desconforto para o paciente.

-O participante poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento.

-Assinatura do pesquisador _____.

Consentimento da participação como sujeito

Eu, _____,
portador do RG/CPF nº _____ abaixo assinado, concordo em participar do estudo O Uso de um Questionário de Alimentação Infantil para o Estudo de Atitudes, Crenças e Práticas dos Pais em Relação à Alimentação e Propensão à Obesidade. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Isadora Silva Miranda da Cruz sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

ANEXO E

CLASSIFICAÇÃO DAS MÃES E CRIANÇAS SEGUNDO O IMC

NOME	IDADE (anos)	PESO (kg)	ALTURA (m)	IMC	CLASSIFICAÇÃO
LILIANE		55	1,69	19,26	EUTROFIA
PAULA	5	18	1,16	13,40	MAGREZA GRAU I
KARLA		80,4	1,76	25,96	PRÉ-OBESIDADE
RICARDO	7	24,15	1,25	15,46	EUTROFIA
MARIA CRISTINA		53	1,58	21,23	EUTROFIA
PEDRO	4	24,15	1,13	18,91	SOBREPESO
CRISTINA		59	1,68	20,90	EUTROFIA
MARIA EDUARDA	4	27	1,21	18,44	SOBREPESO
ELISA		60	1,65	22,04	EUTROFIA
ESTELA	4	17,7	1,08	14,60	EUTROFIA
CRISTINA		59	1,68	20,90	EUTROFIA
CATHARINA	6	25	1,21	17,08	EUTROFIA
VALÉRIA		57	1,63	21,45	EUTROFIA
VINÍCIUS	6	31,35	1,32	17,99	SOBREPESO
KARINA		58	1,58	23,23	EUTROFIA
LUIZA	6	23,65	1,19	16,70	EUTROFIA
CLÁUDIA		64	1,6	25,00	PRÉ-OBESIDADE
PEDRO	7	22,6	1,25	14,46	EUTROFIA
MARIA TERESA		62	1,67	22,23	EUTROFIA
CATARINA	6	28	1,23	18,51	SOBREPESO
EVELIN		58	1,63	21,83	EUTROFIA
NATÁLIA	7	25,45	1,27	15,78	EUTROFIA
ROSANA		60	1,68	21,26	EUTROFIA
HENRIQUE	7	28,4	1,24	18,47	SOBREPESO
SILVANE		52,8	1,67	18,93	EUTROFIA
LUCA	5	20,25	1,04	18,72	SOBREPESO
MARIA LUCIA		59	1,55	24,56	EUTROFIA
HENRIQUE	7	29,05	1,32	15,50	EUTROFIA
CLARISA		74	1,64	27,51	PRÉ-OBESIDADE
RAUL	9	35,3	1,38	18,54	EUTROFIA
JOSIMARA		55	1,57	22,31	EUTROFIA
ALICE	9	25,6	1,27	13,70	MAGREZA GRAU I
MARIA CRISTINA		53	1,58	21,23	EUTROFIA
GIULIA	9	36,4	1,36	19,68	SOBREPESO
ANGÉLICA		52,5	1,54	22,14	EUTROFIA
MARIANA	9	44,85	1,43	21,93	SOBREPESO
LILIAN		62	1,69	21,71	EUTROFIA
VITÓRIA	8	22,05	1,25	14,11	EUTROFIA
CARLA		56	1,6	21,88	EUTROFIA
CAROLINA	9	49,7	1,54	20,96	SOBREPESO

NOME	IDADE (anos)	PESO (kg)	ALTURA (m)	IMC	CLASSIFICAÇÃO
MARISTELA		56,9	1,63	21,42	EUTROFIA
ANA FLÁVIA	10	45,8	1,5	20,36	EUTROFIA
LÍDIA		66	1,68	23,38	EUTROFIA
PIETRO	4	17,9	1,08	15,35	EUTROFIA
DANIELA		55	1,65	20,20	EUTROFIA
MATHEUS	2	13,3	88	16,80	EUTROFIA
MARCELA		77	1,72	26,03	PRÉ-OBESIDADE
M. EDUARDA	2	14,5	0,88 cm	18,10	SOBREPESO
RAQUEL		69	1,7	23,88	EUTROFIA
MATEUS	3	16,5	1,01	15,70	EUTROFIA
PATRÍCIA		59	1,72	19,94	EUTROFIA
ROBERTA	11	54	1,57	21,86	SOBREPESO
TÂNIA		60	1,63	22,58	EUTROFIA
JOÃO	9	46	1,45	21,88	SOBREPESO
FABIANA		56	1,7	19,38	EUTROFIA
MATEUS	7	24	1,23	15,90	EUTROFIA
FERNANDA		54	1,66	19,60	EUTROFIA
YASMIM	2	16	96	17,40	EUTROFIA
CLEIDE		64	1,62	24,39	EUTROFIA
LUAN	8	25	1,3	14,79	EUTROFIA
FLÁVIA		57	1,68	20,20	EUTROFIA
CLARICE	9	23,4	1,3	13,85	MAGREZA GRAU I
LÚCIA		92	1,65	33,79	OBEISDADE GRAU I
MARIA GABRIELA	9	38	1,4	19,39	EUTROFIA
CLÁUDIA		51	1,55	21,23	EUTROFIA
JENNIFER	10	36	1,25	23,04	SOBREPESO
LUCÉLIA		55	1,53	23,50	EUTROFIA
DIEGO	10	47	1,45	22,35	SOBREPESO
TÂNIA		51	1,62	19,43	EUTROFIA
PAOLLA	11	40	1,4	20,41	EUTROFIA
LUCIANA		56	1,51	24,56	EUTROFIA
DANILO	3	25,8	1,10	21,50	SOBREPESO
VÂNIA		57	1,68	20,20	EUTROFIA
VITOR	5	20,65	1,18	15,10	EUTROFIA
MARIA CRISTINA		60	1,65	22,04	EUTROFIA
FERNANDO	6	28,15	1,21	19,23	SOBREPESO
ENEIDA		80	1,76	25,83	PRÉ-OBESIDADE
MARIA EUGÊNIA	6	19,65	1,2	13,65	EUTROFIA
CAMILA		53	1,7	18,34	MAGREZA GRAU I
TOMÁS	7	27,35	1,26	17,23	EUTROFIA
ISABEL		57	1,68	20,20	EUTROFIA
GUSTAVO	10	37,75	1,4	19,26	EUTROFIA
PATRÍCIA		58,4	1,58	23,39	EUTROFIA
BRUNO	7	24,6	1,25	16,00	EUTROFIA
ROBERTA		57,1	1,63	21,49	EUTROFIA

NOME	IDADE (anos)	PESO (kg)	ALTURA (m)	IMC	CLASSIFICAÇÃO
RAFAEL	8	28,3	1,32	16,24	EUTROFIA
LÍVIA		60	1,68	21,26	EUTROFIA
BRUNA	5	15,35	1,08	12,90	MAGREZA GRAU I
ANA PAULA		59	1,55	24,56	EUTROFIA
ARTHUR	9	36,5	1,49	16,44	EUTROFIA
MARIA CRISTINA		68	1,65	24,98	EUTROFIA
GUSTAVO	9	36,05	1,34	20,08	SOBREPESO
RENATA		68,4	1,7	23,67	EUTROFIA
ARTUR	9	37,85	1,37	20,17	SOBREPESO
FLÁVIA		71,5	1,68	25,33	PRÉ-OBESIDADE
ANA FLÁVIA	10	45,8	1,5	20,36	SOBREPESO
YARA		55	1,57	22,31	EUTROFIA
SOFIA	9	46,4	1,43	22,69	SOBREPESO
CLÁUDIA		59	1,55	24,56	EUTROFIA
JOÃO HENRIQUE	8	26,2	1,3	15,50	EUTROFIA
RENATA		84	1,69	29,41	PRÉ-OBESIDADE
VINÍCIUS	6	32,5	1,32	18,65	SOBREPESO
FABIANA		60	1,7	20,76	EUTROFIA
RAFAEL	8	28,3	1,32	16,24	EUTROFIA
KATIA		67	1,68	23,74	EUTROFIA
PAMELA	10	36,25	1,5	16,11	EUTROFIA
CLÁUDIA		58	1,56	23,83	EUTROFIA
LUIS FELIPE	11	39,35	1,5	17,49	EUTROFIA
LILIAN		55,5	1,69	19,43	EUTROFIA
PAULA	5	18,97	1,16	14,10	EUTROFIA
MARINA		78,2	1,72	26,43	PRÉ-OBESIDADE
EDUARDA	2	13,4	0,9	15,70	EUTROFIA
REBECA		69,9	1,7	24,19	EUTROFIA
MARCOS	3	15,99	1,05	14,50	EUTROFIA
PATRÍCIA		62	1,72	20,96	EUTROFIA
ROBERTA	11	53	1,58	21,23	SOBREPESO
TAINÁ		60	1,63	22,58	EUTROFIA
JOÃO	9	40,2	1,5	17,87	EUTROFIA
FABIANE		56,7	1,7	19,62	EUTROFIA
MATIAS	7	23,4	1,25	14,98	EUTROFIA
LIDIANE		67	1,68	23,74	EUTROFIA
DAVI	4	18	1,1	14,88	EUTROFIA
DANIELLE		57	1,68	20,20	EUTROFIA
MATEUS	2	15	1,07	13,10	MAGREZA GRAU I
ELAINE		62	1,63	23,34	EUTROFIA
LUCAS	8	28	1,38	14,70	EUTROFIA
LUCIANA		92	1,8	28,40	PRÉ-OBESIDADE
MARIA	9	40	1,68	14,17	EUTROFIA
LUIZA		63	1,69	22,06	EUTROFIA
M. VITÓRIA	8	23,06	1,27	14,30	EUTROFIA
MARIA ESTELA		68	1,7	23,53	EUTROFIA

NOME	IDADE (anos)	PESO (kg)	ALTURA (m)	IMC	CLASSIFICAÇÃO
DANILO	4	17	1,09	14,31	EUTROFIA
LILIANE		56	1,6	21,88	EUTROFIA
CAMILA	9	47,7	1,55	20,00	SOBREPESO
CRISTIANE		53,7	1,58	21,51	EUTROFIA
MARINA	9	43,8	1,42	21,72	SOBREPESO
CLARISSE		57	1,58	22,83	EUTROFIA
ALINE	9	24,5	1,26	15,43	EUTROFIA
SILVANA		58	1,54	24,46	EUTROFIA
ENZO	7	28,06	1,33	15,86	EUTROFIA
ELAINE		70	1,69	24,51	EUTROFIA
EDER	7	28,4	1,22	18,80	SOBREPESO
CLAUDETE		64	1,68	22,68	EUTROFIA
CATIA	6	24	1,2	16,67	EUTROFIA
VALÉRIA		57	1,65	20,94	EUTROFIA
LÚCIA	6	22,64	1,17	16,54	EUTROFIA
ELISÂNGELA		54	1,6	21,09	EUTROFIA
CRISTINA	6	24	1,2	16,67	EUTROFIA
CRISTINA		60	1,68	21,26	EUTROFIA
VANIA	4	25	1,19	17,65	SOBREPESO
CARLOTA		58,3	1,64	21,68	EUTROFIA
FÁBIA	10	46,7	1,52	20,21	SOBREPESO
ÂNGELA		61	1,7	21,11	EUTROFIA
VIVIAM	8	23	1,26	14,49	EUTROFIA
JOSI		50	1,53	21,36	EUTROFIA
JULIANA	9	35	1,38	20,90	SOBREPESO
MARIA LUIZA		70	1,65	25,71	PRÉ-OBESIDADE
RÉGIS	9	36,4	1,39	18,84	EUTROFIA
ROSANE		53	1,64	19,71	EUTROFIA
LUCAS	5	21	1,03	19,79	EUTROFIA
TERESINHA		54	1,58	21,63	EUTROFIA
MARIANA	7	25,47	1,27	17,30	EUTROFIA
KAREN		64	1,62	24,39	EUTROFIA
PEDRO	7	23,4	1,26	14,74	EUTROFIA
CRISTINE		58	1,64	21,56	EUTROFIA
FERNANDO	6	32,4	1,34	18,04	SOBREPESO
MARIA		63	1,68	22,32	EUTROFIA
ÉRICA	4	16,7	1,09	14,06	EUTROFIA
CLARA		51	1,55	21,23	EUTROFIA
PAULO	4	23,15	1,12	18,46	SOBREPESO
ANA MARIA		56	1,7	19,38	EUTROFIA
PENELOPE	5	17	1,15	12,85	MAGREZA GRAU I
ISABELA		58	1,68	20,55	EUTROFIA
MARCELA	5	19	1,2	13,19	MAGREZA GRAU I
ROBERTA		79	1,58	31,65	OBEISDADE GRAU I
GIOVANA	3	15,6	97,5	17,00	SOBREPESO
VÂNIA		58	1,69	20,31	EUTROFIA

NOME	IDADE (anos)	PESO (kg)	ALTURA (m)	IMC	CLASSIFICAÇÃO
VINÍCIOS	5	21,4	1,17	15,63	EUTROFIA
KAREN		63	1,65	23,14	EUTROFIA
PAULO	7	22,4	1,24	14,57	EUTROFIA
ELIANE		59,3	1,59	23,46	EUTROFIA
RICARDO	7	25,5	1,27	15,81	EUTROFIA
ISABELLE		58	1,64	21,56	EUTROFIA
DIOGO	10	46	1,48	21,00	SOBREPESO
CRISTIANA		59	1,69	20,66	EUTROFIA
FÁBIO	6	29,16	1,23	19,27	SOBREPESO
DAIANA		58	1,68	20,55	EUTROFIA
CLARA	9	32	1,39	16,56	EUTROFIA
RENATA		55	1,66	19,96	EUTROFIA
YARA	2	15,4	94	17,00	EUTROFIA
LILIANA		56	1,68	19,84	EUTROFIA
CAROLINA	5	19	1,15	14,37	EUTROFIA
CRISTINE		53	1,59	20,96	EUTROFIA
EDUARDO	4	25,15	1,14	19,35	SOBREPESO
RAFAELA		60	1,63	22,58	EUTROFIA
GABRIEL	7	30,1	1,33	17,02	EUTROFIA
DÂNIA		53	1,57	21,50	EUTROFIA
ALINE	9	25,8	1,29	15,50	EUTROFIA
FERNANDA		53,4	1,7	18,48	MAGREZA GRAU I
LUIS	5	21,2	1,3	12,54	MAGREZA GRAU I
ELY		50	1,6	19,53	EUTROFIA
JÉSSICA	10	38	1,27	23,56	SOBREPESO
CARLA		81,5	1,78	25,72	PRÉ-OBESIDADE
RENATO	7	23,16	1,21	15,82	EUTROFIA
MARIA		52	1,57	21,10	EUTROFIA
PAULO	4	22,16	1,12	17,67	SOBREPESO
HELENA		60	1,69	21,01	EUTROFIA
EDUARDA	4	28	1,2	19,44	SOBREPESO
CAMILE		81,5	1,8	25,15	PRÉ-OBESIDADE
SEBASTIÃO	7	24,17	1,28	14,75	EUTROFIA
ELISETE		60	1,64	22,31	EUTROFIA
ELISA	4	17,9	1,09	15,07	EUTROFIA
KARINE		59	1,6	23,05	EUTROFIA
LUCIANA	6	24,6	1,2	17,08	SOBREPESO
ROSANA		65	1,68	23,03	EUTROFIA
PEDRO	7	23,5	1,28	14,34	EUTROFIA
ERICA		60	1,67	21,51	EUTROFIA
NATALI	7	26	1,28	15,87	EUTROFIA
TERESA		64	1,69	22,41	EUTROFIA
CLARISSA	6	27	1,25	17,28	SOBREPESO
ROSANE		58	1,68	20,55	EUTROFIA
HORÁCIO	7	27,5	1,24	17,89	EUTROFIA
HELENICE		54	1,67	19,36	EUTROFIA

NOME	IDADE (anos)	PESO (kg)	ALTURA (m)	IMC	CLASSIFICAÇÃO
MELINA	7	24,5	1,3	14,50	EUTROFIA
SÍLVIA		53,4	1,7	18,48	MAGREZA GRAU I
LUCAS	5	21,25	1,05	19,27	SOBREPESO
MARILU		60	1,59	23,73	EUTROFIA
FERNANDO	7	28,15	1,31	16,40	EUTROFIA
CLARA		75	1,67	26,89	PRÉ-OBESIDADE
RAUL	9	34,4	1,39	17,80	EUTROFIA
JOSE		53	1,56	21,78	EUTROFIA
ALICE	9	24,6	1,26	15,50	EUTROFIA
CRISTINE		54	1,59	21,36	EUTROFIA
JULIANA	9	37	1,37	19,71	SOBREPESO
ÂNGELA		53,6	1,56	22,02	EUTROFIA
MARINA	9	45,1	1,42	22,37	SOBREPESO
FABIANA		57	1,69	19,96	EUTROFIA
CLARISSE	6	25,4	1,22	16,80	EUTROFIA
LÍCIA		59	1,69	20,66	EUTROFIA
BRUNA	5	18	1,1	14,90	EUTROFIA

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)