



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Nutrição

Flávia Farias Lima

Excesso de peso materno, estilos e práticas parentais de alimentação e oferta de alimentos ultraprocessados aos filhos em idade pré-escolar

Rio de Janeiro

2019

Flávia Farias Lima

Excesso de peso materno, estilos e práticas parentais de alimentação e oferta de alimentos ultraprocessados aos filhos em idade pré-escolar

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Determinantes individuais e contextuais do estado nutricional e seus impactos na saúde coletiva.

Orientadora: Flávia dos Santos Barbosa Brito

Co-Orientadora: Cláudia Valéria Cardim da Silva

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

L732 Lima, Flávia Farias.
Excesso de peso materno, estilos e práticas parentais de alimentação e oferta de alimentos ultraprocessados aos filhos em idade pré-escolar / Flávia Farias Lima. – 2019.
142 f.

Orientadora: Flávia dos Santos Barbosa Brito
Co-Orientadora: Cláudia Valéria Cardim da Silva
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Nutrição.

1. Nutrição – Teses. 2. Parentalidade – Teses. 3. Excesso de peso – Rio de Janeiro (Estado) – Teses. I. Brito, Flávia dos Santos Barbosa. II. Silva, Cláudia Valéria Cardim da. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Nutrição. IV. Título.

es CDU 612.3

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Flávia Farias Lima

Excesso de peso materno, estilos e práticas parentais de alimentação e oferta de alimentos ultraprocessados aos filhos em idade pré-escolar

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Determinantes individuais e contextuais do estado nutricional e seus impactos na saúde coletiva.

Banca Examinadora:

Prof^ª Dr^ª Flávia dos Santos Barbosa Brito (Orientadora)
Instituto de Nutrição - UERJ

Prof^ª Dr^ª Maria Helena Hasselmann
Instituto de Nutrição – UERJ

Prof^ª Dr^ª Cintia Chaves Curioni
Instituto de Nutrição - UERJ

Prof^ª Dr^ª Amanda de Moura Souza
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^ª Dr^ª Naiara Sperandio
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

Dedico a Tese ao meu pequeno Bernardo, meu maior admirador e por quem tudo vale a pena.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me sustentado de pé nos últimos anos. Por me amparar em todas as ocasiões, principalmente através de pessoas especiais. Nem uma folha cai da árvore sem Ele deixar.

À toda a minha família por me admirarem e respeitarem, além de compreenderem minhas ausências, especialmente meus tios e primos (incluindo os emprestados, né Elinho?) que estão sempre me animando.

Aos meus pais, Zeca e Tânia pelo amor incondicional. Meu chão, minha certeza na vida, meus exemplos de honestidade, trabalho e resiliência.

Ao corpo social do Curso de Nutrição UFRJ-Macaé por todo o suporte e cooperação para que essa etapa de formação fosse concluída, especialmente as “*As poderosas de Macaé*”, Ana Paula, Fê e Celinha, minhas companheiras de jornada de trabalho e de moradia por um tempo (Que saudades!). Também a Camillinha, Gilson Júnior, Mônica, Rute, Célia, Ainá, Jéssica, Vanessa, Jane e Larissa pelos infinitos ombros amigos que me deram. Gratidão!

Ao PPGANS e todos os professores que dedicam seu tempo para formar profissionais e pesquisadores humanizados e conscientes. Especialmente ao grupo NESNUMI, coordenado pela Prof^a Dr^a Maria Helena, pela oportunidade e confiança.

Aos colegas de doutorado do PPGANS pelo companheirismo e pelas risadas certas nas disciplinas. Retornar ao INU, minha ‘casa’ de formação na graduação, foi maravilhoso.

Aos meus amigos para todas as horas, sorrisos ou lágrimas: Bruninha, Taísa, Camillinha, Carolzita, Vaninha, Mi, Drica, Dina e Leandro.

Por fim, às minhas queridas orientadoras, Cláudia Valéria e Flávia Barbosa, por todo o carinho, respeito e acolhimento às minhas demandas, pelo ombro, colo, braços e pernas que foram quando eu achei que poderia falhar, meu eterno carinho e agradecimento a vocês.

RESUMO

LIMA, Flávia Farias. *Excesso de peso materno, estilos e práticas parentais de alimentação e oferta de alimentos ultraprocessados aos filhos em idade pré-escolar*. 2019. 142 f. Tese (Doutorado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2019.

O Excesso de Peso é um problema de saúde pública com prevalência crescente em todas as faixas etárias. No público feminino, o ciclo reprodutivo pode aumentar as chances do agravo e se associa ao excesso de peso nos filhos. Dado o protagonismo materno na oferta de alimentos, torna-se relevante estudar os comportamentos adotados por elas, bem como os alimentos ofertados. Os estilos e práticas parentais de alimentação incluem o contexto emocional que predomina durante as refeições e as práticas ou atitudes cotidianas que compõem o estilo. Para sua identificação, os instrumentos *Caregiver's Feeding Styles Questionnaire (CFSQ)* e *Child Feeding Questionnaire (CFQ)* são os mais adaptados em diferentes contextos. Em 2018, foram adaptados para pré-escolares brasileiros por Ferreira e colaboradores. Já a oferta de alimentos aos filhos, pode ser averiguada através do instrumento *Questionário para avaliação de práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade* validado por Oliveira e colaboradores em 2015, sobretudo quando o objetivo é identificar a oferta de ultraprocessados, pois permite quantificar a oferta de alimentos no dia anterior e classificá-los, segundo grau de processamento. Os alimentos presentes na lista são também pertinentes a faixa etária pré-escolar. Diante do exposto, a presente tese teve o objetivo associar o excesso de peso materno aos estilos e práticas parentais de alimentação e à oferta de alimentos. O desenho do estudo é seccional e os dados utilizados são um recorte da pesquisa *Violência familiar, estilos e práticas alimentares parentais e excesso de peso na infância*, realizada em uma Clínica da Família do município do Rio de Janeiro. A amostra foi composta por 154 mães de pré-escolares. Os dados foram coletados entre 2016 e 2017 através de um questionário contendo os instrumentos mencionados, tiveram dupla entrada no EpiData® e foram exportados, tratados e analisados no SPSS 21.0®. Foram realizadas análises de Regressão Logística bivariada para testar associações brutas com uso do p-valor de 0,20 como limite para entrada no modelo ajustado. Foi realizada Regressão Logística multivariada para análise do modelo ajustado, com nível de significância de 95%. O excesso de peso materno não se associou aos estilos de alimentação, mas a obesidade se associou ao estilo de alimentação não-envolvido (RC:2,307; IC95%:1,158-4,599; p=0,017). Foi encontrada associação inversa entre o excesso de peso materno e a prática de restrição alimentar (RC:0,381; IC95%:0,178-0,814; p=0,013) e à elevada oferta de alimentos ultraprocessados (RC=0,099; IC95%:0,018-0,541; p<0,05) (> 6 itens/ dia). O excesso de peso materno reduziu as chances de restrição alimentar e de alta oferta de alimentos ultraprocessados. Tais achados contradizem o senso comum de que mães com excesso de peso têm necessariamente comportamentos obesogênicos com os filhos. Para a amostra de mães do presente estudo, o excesso de peso reduziu as chances de práticas já associadas ao excesso de peso infantil e menor consumo de vegetais. As elevadas prevalências de excesso de peso e obesidade materna, bem como a elevada mediana de itens ultraprocessados oferecidos aos filhos suscitam intervenção educativa no âmbito da Atenção Básica à Saúde com vistas ao enfrentamento sensível do excesso de peso e do consumo de ultraprocessados.

Palavras-chave: Parentalidade. Métodos de alimentação. Excesso de peso. Pré-escolares.

ABSTRACT

LIMA, Flávia Farias. *Maternal overweight, feeding styles, feed practices and ultraprocessed food for preschooler's children*. 142 f. Tese (Doutorado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2019

Overweight is a public health problem with increasing prevalence in all age groups. In women, the reproductive cycle can increase the chances of injury and is associated with overweight in children. Given the maternal role in food supply, it becomes relevant to study the behaviors adopted by them, as well as the foods offered. Parental feeding styles and practices include the emotional context that predominates during meals and the daily practices or attitudes that make up the style. For their identification, the Caregiver's Feeding Styles Questionnaire (CFSQ) and Child Feeding Questionnaire (CFQ) instruments are the most adapted in different contexts. In 2018, they were adapted to Brazilian preschoolers by Ferreira and collaborators. The supply of food to children can be verified through the questionnaire for assessment of eating practices of children under two years of age validated by Oliveira and collaborators in 2015, especially when the goal is to identify the supply of ultra-processed, as it allows quantifying the food supply the day before and sort them by second degree of processing. The foods on the list are also relevant to the preschool age group. Given the above, the present thesis aimed to associate maternal overweight with parenting styles and practices and food supply. The study design is cross-sectional, and the data used are a clipping of the research Family violence, parental eating styles and practices and childhood overweight, carried out in a Family Clinic in the city of Rio de Janeiro. The sample consisted of 154 preschool mothers. Data were collected between 2016 and 2017 through a questionnaire containing the mentioned instruments, had double entry in EpiData® and were exported, treated and analyzed in SPSS 21.0®. Bivariate Logistic Regression analyzes were performed to test crude associations using the p-value of 0.20 as the threshold for entry into the adjusted model. Multivariate logistic regression was performed to analyze the adjusted model, with a significance level of 95%. Maternal overweight was not associated with eating styles, but obesity was associated with uninvolved eating styles (OR: 2.307; 95% CI: 1.158-4.599; p = 0.017). An inverse association was found between maternal overweight and dietary restriction (OR: 0.381; 95% CI: 0.178-0.814; p = 0.013) and the high supply of ultra-processed foods (OR = 0.099; 95% CI: 0.018-0.541). ; p <0.05) (> 6 items / day). Maternal overweight reduced the chances of dietary restriction and high supply of ultra-processed foods. These findings contradict the common sense that overweight mothers necessarily have obesogenic behaviors with their children. For the sample of mothers in the present study, being overweight reduced the chances of practices already associated with childhood overweight and lower vegetable consumption. The high prevalence of overweight and maternal obesity, as well as the high median of ultra-processed items offered to children raise educational intervention in the context of Primary Health Care with a view to sensitive coping with overweight and ultraprocessed consumption.

Keywords: Parenting. Feeding methods. Overweight. Preschoolers.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Prevalência de Excesso de Peso em adultos a partir dos 18 anos de idade. Indicador global e por regiões, segundo a OMS.....	19
---	----

Manuscrito 1

Tabela 1 – Características sociodemográficas e nutricionais de mães atendidas na Clínica da Família de Del Castilho, Rio de Janeiro, 2017.....	71
Tabela 2 – Estilos e práticas parentais de alimentação de mães atendidas na Clínica da Família de Del Castilho, Rio de Janeiro, 2017	71
Tabela 3 – Análises brutas entre estado nutricional materno de sobrepeso e estilos de alimentação em mães atendidas na Clínica da Família de Del Castilho, Rio de Janeiro, 2017 Rio de Janeiro, 2017	72
Tabela 4 – Análises brutas entre estado nutricional materno de sobrepeso e alto grau das práticas parentais de alimentação Rio de Janeiro, 2017	72
Tabela 5 – Associação entre excesso de peso materno e alto grau da prática de “restrição alimentar”. Rio de Janeiro, 2017	72

Manuscrito 2

Tabela 1 – Características sociodemográficas e nutricionais de mães atendidas na Clínica da Família de Del Castilho, Rio de Janeiro, 2017.....	89
Tabela 2 – Associação entre excesso de peso materno e alta oferta de alimentos ultraprocessados em mães atendidas na Clínica da Família de Del Castilho, Rio de Janeiro, 2017.....	89

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo integrativo de Darling e Steinberg (1993) para estilos e práticas parentais	25
Figura 2 – Modelo de mediação conceitual dos estilos e práticas parentais de alimentação e alimentação e peso infantil.....	26
Figura 3 – Interações entre o peso e a alimentação de pais e filhos, mediadas por práticas e estilos parentais	27
Figura 4 – Modelo teórico utilizado no Instrumento de avaliação da adequação da alimentação complementar	41
Figura 5 – Mães ou responsáveis elegíveis, recusas, perda e amostra final da pesquisa <i>Violência familiar, estilos e práticas alimentares parentais e excesso de peso na infância</i> . Rio de Janeiro, 2017.....	47
Figura 6 – Variáveis da Tese.....	49

Manuscrito 2

Figura 1 – Frequência de oferta de AUP/ dia por mães atendidas na Clínica da Família de Del Castilho, Rio de Janeiro, 2017	90
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estilos parentais, de acordo com a tipologia de Maccoby e Martin (1983)	24
Quadro 2 – Características parentais, segundo estilo de alimentação	26
Quadro 3 – Categorização da variável estilos de alimentação a partir das dimensões de responsividade e exigência com uso do <i>CFSQ</i> . Rio de Janeiro, 2019.....	50
Quadro 4 - Identificação da variável práticas parentais de alimentação no <i>CFQ</i> . Rio de Janeiro, 2019.....	50
Quadro 5 – Tercis de escores médios das práticas parentais de alimentação na amostra de mães da CF de Del Castilho, Rio de Janeiro, 2019.....	51
Quadro 6 – Recategorização da variável escolaridade materna. Rio de Janeiro, 2019.....	52
Quadro 7 – Recategorização da variável situação conjugal materna. Rio de Janeiro, 2019 ..	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AUP	Alimentos Ultraprocessados
BP	Baixo Peso
CEBQ	<i>Children's Eating Behavior Questionnaire</i>
CF	Clínica da Família
CFQ	<i>Child Feeding Questionnaire</i>
CFSQ	<i>Caregiver's Feeding Styles Questionnaire</i>
CGAN	Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
D	Distância
DANT	Doenças e Agravos Não-Transmissíveis
DKH	<i>Dietary Knowledge and Habits</i>
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
EF	Ensino Fundamental
EGG	Equivalente Glicêmico da Glicose
ELANA	Estudo Longitudinal sobre Avaliação Nutricional de Adultos
ELSA	Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto
EP	Excesso de Peso
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC95%	Intervalo de Confiança de 95%
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corporal
INU	Instituto de Nutrição
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NESNUMI	Núcleo de Estudos sobre Epidemiologia Social da Nutrição Materno-Infantil
OB	Obesidade
OR	<i>Odds Ratio</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PBF	Programa Bolsa-Família

PeNSE	Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar
PFSQ	<i>Parent Feeding Styles Questionnaire</i>
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança
PPGANS	Programa de Pós-graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde
PSOC	<i>Parenting Sense of Competence</i>
RC	Razão de Chances
RJ	Rio de Janeiro
SNAP	<i>Supplemental Nutrition Assistance Program</i>
SP	Sobrepeso
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDA	Transtorno de Déficit de Atenção
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
USDA	<i>United States Department of Agriculture</i>
VIGITEL	Vigilância dos fatores de risco à saúde por inquérito telefônico

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
>	Maior
\geq	Maior ou igual
<	Menor
\leq	Menor ou igual
m	metro
m ²	Metro quadrado
↑	Alta
↓	Baixa
&	e
@	Arroba

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
INTRODUÇÃO	16
1 REVISÃO DA LITERATURA	19
1.1 Magnitude epidemiológica do Excesso de Peso	19
1.1.1 <u>Excesso de Peso e determinantes no contexto feminino</u>	20
1.2 Estilos e práticas parentais gerais	22
1.2.1 <u>Estilos parentais gerais</u>	23
1.2.2 <u>Práticas parentais gerais</u>	28
1.3 Alimentação de pré-escolares	31
1.4 Alimentos ultraprocessados	33
1.4.1 <u>Consumo de alimentos ultraprocessados por pré-escolares e escolares</u>	38
2 JUSTIFICATIVA	43
3 OBJETIVOS	45
3.1 Objetivo Geral	45
3.2 Objetivos Específicos	45
3.2.1 <u>Manuscrito 1</u>	45
3.2.2 <u>Manuscrito 2</u>	45
4 MÉTODO	46
4.1 Desenho do estudo	46
4.2 Amostragem e critérios de elegibilidade	46
4.3 Coleta dos dados e aferição de medidas antropométricas	47
4.4 Instrumentos de coleta de dados	48
4.5 Variáveis de interesse da Tese	48
4.5.1 <u>Exposição: Excesso de Peso (EP) Materno</u>	49
4.5.2 <u>Desfechos</u>	49
4.5.3 <u>Co-variáveis</u>	51
4.6 Tratamento dos dados	53
4.7 Análise estatística	53
4.8 Aspectos éticos	54
5 MANUSCRITOS	55
5.1 Manuscrito 1: Excesso de Peso Materno, estilos e práticas parentais de alimentação	55

5.1.1	<u>Introdução</u>	56
5.1.2	<u>Métodos</u>	58
5.1.3	<u>Resultados</u>	61
5.1.4	<u>Discussão</u>	62
5.1.5	<u>Conclusão</u>	66
5.1.6	<u>Financiamento</u>	66
5.1.7	<u>Conflito de interesse</u>	67
5.1.8	<u>Referências</u>	67
5.2	Manuscrito 2: Excesso de peso e oferta de alimentos ultraprocessados aos filhos em idade pré-escolar	73
5.2.1	<u>Introdução</u>	74
5.2.2	<u>Métodos</u>	75
5.2.3	<u>Resultados</u>	79
5.2.4	<u>Discussão</u>	80
5.2.5	<u>Conclusão</u>	84
5.2.6	<u>Financiamento</u>	84
5.2.7	<u>Conflitos de interesse</u>	84
5.2.8	<u>Referências</u>	84
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
	REFERÊNCIAS	93
	ANEXO A – Manual do Entrevistador	110
	ANEXO B – Questionário da Pesquisa	116
	ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	148
	ANEXO D - Quadro de classificação do grau de processamento dos alimentos do Instrumento de Oliveira e colaboradoras (2015)	149

APRESENTAÇÃO

A presente tese é o trabalho de conclusão do curso de doutorado realizado no Programa de Pós-graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde (PPGANS) do Instituto de Nutrição (INU) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Mestre desde 2010 e docente da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Campus Macaé desde 2014, ingressei no doutorado em agosto de 2015 na linha de Pesquisa *Determinantes individuais e contextuais do estado nutricional e seus impactos na saúde coletiva* com a proposta de desenvolver um estudo de campo na área de Nutrição Materno-infantil.

A partir de dezembro de 2016 colaborei com a pesquisa *Violência familiar, estilos e práticas alimentares parentais e excesso de peso na infância*, do Núcleo de Estudos sobre Epidemiologia Social da Nutrição Materno Infantil (NESNUMI), coordenado pela Professora D^{ra} Maria Helena Hasselmann. Tal participação proporcionou aprendizado ímpar na etapa de campo, sobretudo na coleta dos dados, que apresentou desafios adicionais, tendo em vista as dificuldades de espaço físico e recursos de uma Unidade Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) e ainda, diante das dificuldades da conjuntura financeira da UERJ no ano de 2017, quando ocorreu a maior parte desta etapa da pesquisa.

Ao final deste ano, foi definida a pergunta da Tese, que averiguou a exposição ao excesso de peso materno e os desfechos de estilos de alimentação, práticas parentais de alimentação e oferta de alimentos ultraprocessados. Serão produtos deste estudo dois manuscritos que associam o excesso de peso materno aos desfechos de estilos e práticas parentais de alimentação e de oferta de alimentos ultraprocessados.

No ano de 2018, meu processo de expansão de carga horária docente na UFRJ-Macaé foi aprovado e, com isso, passei a residir na cidade de Macaé. Ao final desse ano, o projeto de tese foi aprovado e a tese de doutorado de Marina Ferreira foi defendida, incluindo a adaptação transcultural dos instrumentos de avaliação dos estilos e práticas parentais de alimentação ao contexto de pré-escolares brasileiros.

A tese foi organizada nas seções principais: Introdução, 1. Revisão da Literatura, 2. Justificativa, 3. Objetivos, 4. Método, 5. Manuscritos, 6. Considerações Finais, Referências e Anexos. A seção 5 apresenta dois manuscritos como resultados da presente tese, que associam o excesso de peso materno aos estilos e práticas parentais de alimentação e à oferta de alimentos ultraprocessados.

INTRODUÇÃO

O excesso de peso é um problema de saúde pública que atinge mais de 1,9 bilhão de pessoas no mundo e mais da metade da população adulta brasileira, com tendência de crescimento (IBGE, 2010; OMS, 2016_a; OMS, 2016_b; BRASIL, 2018). Atingia 48% das mulheres do território nacional entre 2008-2009 (IBGE, 2010) e os dados mais recentes disponíveis para as Regiões Metropolitanas brasileiras apontam mais da metade (51,3%) das mulheres com excesso de peso (BRASIL, 2018).

A determinação desse agravo na população adulta foi estabelecida por fatores diretos, como a genética e o balanço energético, e fatores indiretos, como os socioeconômicos, ambientais e psico-comportamentais (BRASIL, 2016; 2014_a; IBGE, 2010; ABESO, 2016). No caso das mulheres, acrescenta-se o ciclo reprodutivo, uma vez que as chances de excesso de peso em mães são maiores (CRISTÓVÃO, SATO e FUJIMORI, 2011; FERREIRA e BENICIO, 2015; GONÇALVES, 2017; NAKANO *et al.*, 2018).

As mães são as principais responsáveis pela alimentação dos filhos em etapas precoces, como a pré-escola (BORSA e NUNES, 2011; SILIPRANDI, 2013) e são o público majoritário participando de estudos sobre comportamentos parentais, como os estilos de alimentação e as práticas parentais de alimentação (HENNESSY *et al.*, 2010; CAMPBELL *et al.*, 2010; COSTA, PINO e FRIEDMAN, 2011; BOUCHER, 2016; SCHREMPFT *et al.*, 2016; MALISZEWSKI *et al.*, 2017).

Os estilos de alimentação revelam o contexto emocional durante a oferta de alimentos aos filhos, o que inclui um amplo conjunto de atitudes durante a interação com os alimentos (VENTURA e BIRCH, 2008). Esse conceito é oriundo dos estilos parentais gerais, objeto de estudo desde a década de 1960 originalmente por Diana Baumrind (1966), cuja tipologia foi modificada por Maccoby e Martin (1983) em quatro possibilidades de estilos parentais, considerando o alto ou baixo grau das dimensões responsividade e exigência dos pais. Essa tipologia tem sido igualmente aplicada ao contexto da alimentação e os mesmos quatro estilos de alimentação são descritos.

Responsividade é a capacidade de resposta à demanda dos filhos e conexão emocional com eles, enquanto a exigência mostra a capacidade parental de impor limites e regras, de acordo com as expectativas dos cuidadores. O alto ou baixo grau de cada um desses domínios, gera os estilos autoritativo, autoritário, indulgente e não-envolvido. Pais autoritários tem alto grau de exigência e baixa responsividade, pais indulgentes tem alto grau de responsividade e baixa exigência. Pais não-envolvidos tem baixas responsividade e exigência e, portanto,

pouca conexão com os filhos, enquanto os autoritativos conseguem exercer altos graus de responsividade e exigência (MACCOBY e MARTIN, 1983), sendo este último o estilo de alimentação associado aos melhores desfechos de estado nutricional e alimentação infantis (SHLOIM *et al.*, 2015).

Já as práticas parentais de alimentação são atitudes cotidianas que compõem os estilos de alimentação, incluindo a alimentação dos pais, o preparo de refeições diferenciadas do restante da família aos filhos, a disponibilidade de lanches não saudáveis no domicílio, utilização de recompensas, dentre inúmeras outras já descritas (FAITH *et al.*, 2004; BLISSETT, 2011; ARAÚJO, 2015; RODRIGUES, 2016; EK *et al.*, 2016; MELO *et al.*, 2017). Dentre elas, as mais estudadas são as práticas de pressão para comer, restrição alimentar e monitoramento alimentar (VENTURA e BIRCH, 2008; SCAGLIONI, SALVIONI e GALIMBERTI, 2008).

Para identificação dos estilos de alimentação, diferentes instrumentos foram formulados. Dentre eles, o *Caregiver's Feeding Style Questionnaire (CFSQ)* desenvolvido por Hughes e colaboradores (2005) mede a responsividade e a exigência durante a alimentação, duas dimensões necessárias para esta classificação. Já as práticas parentais de alimentação têm uma diversidade de formas de investigação ainda maior, algumas sem uso de instrumentos específicos, uma vez que inclui qualquer prática no contexto da alimentação dos filhos. O instrumento *Child Feeding Questionnaire (CFQ)* desenvolvido por Birch e colaboradores (2001) investiga sete dimensões, dentre elas as práticas de pressão para comer, restrição e monitoramento alimentar. De acordo com a revisão sistemática de Shloim e colaboradores (2015), versões traduzidas desses instrumentos (*CFSQ* e *CFQ*) têm sido adaptadas e utilizadas em estudos que associam estilos e práticas parentais de alimentação a desfechos nutricionais infantis, como a alimentação e o *status* de peso.

Além dos estilos e práticas parentais de alimentação adotados, investigar a oferta de alimentos ultraprocessados pode colaborar na compreensão da determinação do excesso de peso infantil. Em 2010, foi proposto por Monteiro e colaboradores a relação entre grau de processamento industrial dos alimentos e qualidade nutricional (MONTEIRO *et al.*, 2010_a). A partir de então, estudos em vários países, como CORNWELL *et al.*, 2017 na Colômbia, FIOLET *et al.*, 2018 na França, JUUL e HEMMINGSSON, na Suécia, LUITEN *et al.*, 2015 na Nova Zelândia; MOUBARAC *et al.*, 2012 e 2014 no Canadá; VANDEVIJVERE *et al.*, 2018 na Bélgica, apontam o crescimento da aquisição e do consumo de alimentos com alto grau de processamento e associam à repercussões nocivas à saúde. Diante dessas evidências, em 2014, o Ministério da Saúde publicou nova edição do Guia Alimentar para população

Brasileira, direcionado ao público a partir dos dois anos de idade, onde recomendou evitar o consumo destes alimentos (BRASIL, 2014_b)

Os alimentos ultraprocessados são produtos industrializados prontos para aquecer ou para consumo imediato, que resultam de processamento complexo e adição de substâncias químicas (extraídas ou não de alimentos), geralmente ricos em energia, açúcares, gorduras e sódio, ainda que sejam adicionados de fibras e nutrientes essenciais como ferro, cálcio e ácido fólico (MONTEIRO *et al.*, 2010_{a,b}; 2019; BRASIL, 2014_b; CORNWELL *et al.*, 2017). Seu consumo tem sido associado a ganho de peso, obesidade, doenças crônicas, câncer e dependência alimentar (LUDWIG, 2011; MOODIE *et al.*, 2013; FILGUEIRAS *et al.*, 2018; FIOLET *et al.*, 2018).

Achados recentes apontam que o consumo de alimentos ultraprocessados é determinante de excesso de peso, dislipidemia e elevação da glicose sérica infantil (LOUZADA, LEVY e MONTEIRO, 2015; LONGO-SILVA *et al.*, 2015; FARDET *et al.*, 2016), o que corrobora com o fato de que a alimentação de crianças deva atender às demandas nutricionais prioritariamente através de alimentos frescos, com uso cauteloso de alimentos processados e evitando-se os ultraprocessados (BRASIL, 2014_b). Contudo, os estudos apontam crescente aquisição e consumo de produtos industrializados pelas famílias, seja por sua praticidade, palatabilidade ou custo (OLIVEIRA *et al.*, 2018_a).

Com a finalidade de avaliar a qualidade da alimentação de crianças em faixa etária de seis meses a dois anos de idade, Oliveira e colaboradores (2015) formularam um instrumento que dentre outras dimensões, considerou como atributo de qualidade a ausência de alimentos ultraprocessados. Tal instrumento, questiona o consumo alimentar do dia anterior e classifica cada item consumido segundo grau de processamento, sendo possível identificar os ultraprocessados em número de itens, uma vez que as quantidades não são registradas.

Por fim, diante do perfil nutricional da população adulta brasileira, da elevada exposição materna ao excesso de peso e da associação entre os excessos de peso materno e infantil, torna-se importante associar tal exposição a desfechos comportamentais maternos como os estilos e práticas parentais de alimentação e a oferta materna de alimentos ultraprocessados, o que sugere um possível mecanismo de perpetuação intergeracional do excesso de peso.

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Magnitude epidemiológica do Excesso de Peso

O Excesso de Peso (EP) é condição que traz risco à saúde por aumentar a suscetibilidade a outros agravos, bem como o risco de morte precoce. Apesar disso, nas últimas décadas sua prevalência cresceu na maior parte dos países do mundo, em todas as faixas etárias e em ambos os gêneros. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que 39% dos adultos do mundo ou 1,9 bilhão de pessoas têm EP, das quais, 650 milhões apresentam seu estágio mais avançado, a obesidade. O Continente Americano apresenta mais de 62% de sua população total e mais de 60% das mulheres com EP, maiores prevalências do globo (Tabela 1) (OMS, 2000; 2016_{a,b}).

Tabela 1 – Prevalência de Excesso de Peso em adultos a partir dos 18 anos de idade. Indicador global e por regiões, segundo a OMS

Regiões da OMS	Prevalência de EP em adultos maiores de 18 anos (IMC \geq 25)	
	Ambos os sexos (%) – IC95%	Mulheres (%) – IC95%
África	31.1 [29.2-33.1]	38.8 [36.2-41.7]
Américas	62.5 [60.5-64.5]	60.9 [58.1-63.8]
Sudeste da Ásia	21.9 [19.7-24.3]	24.1 [21.0-27.4]
Europa	58.7 [56.9-60.5]	54.3 [51.7-56.9]
Mediterrâneo Oriental	49.0 [46.8-51.2]	52.6 [49.6-55.7]
Pacífico Ocidental	31.7 [28.8-34.7]	29.6 [25.8-33.4]
GLOBAL	38.9 [37.5-40.3]	39.2 [37.3-41.1]

Fonte: OMS, 2016_b.

EP: Excesso de Peso; IMC: Índice de Massa Corporal; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%.

A última Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008-2009) publicada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010 revelou cerca de metade (49%) da população adulta com EP. Nos anos seguintes, na ausência de atualizações por inquéritos com amostragem nacional, os dados do estudo Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizado apenas em Regiões Metropolitanas brasileiras, revelaram prevalência de 51% para 2012, 52,5% para 2014, 53,8% para 2016 e 54% para 2017 (BRASIL, 2013; 2015; 2017; 2018), consonante com a estimativa da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS, 2017) de 53% entre as mulheres e 55,2% entre os homens com excesso de peso. Tais dados reforçam a magnitude epidemiológica do

EP no Brasil e o conferem *status* de relevante problema de saúde pública, o qual mobiliza esforços na compreensão de seus determinantes (DIAS *et al.*, 2017).

Há uma complexa rede de determinação do EP com fatores imbrincados que podem atuar de forma proximal no indivíduo, como o seu consumo e gasto de energia, ou de forma mais distal, no âmbito da família, do trabalho ou da escola, na comunidade local e em esferas mais amplas, como a região, o país e fatores internacionais, como aqueles relacionados à expansão de cadeias multinacionais produtoras de alimentos industrializados e seu pesado *marketing* global (BRASIL, 2006; 2014_a; IBGE, 2010; ABESO, 2016).

Sobre os determinantes individuais, pode-se destacar a genética, principal fator biológico, o sedentarismo e a ingestão alimentar inadequada. Já entre os fatores socioeconômicos, destacam-se a união conjugal estável, a maior idade, a escolaridade, a inclusão no mercado de trabalho e os rendimentos. Fatores comportamentais podem complementar o entendimento da determinação do agravo, como o tabagismo, horas de sono e saúde mental. Parece haver diferenças na determinação de acordo com o gênero, enquanto nos homens se destaca o sedentarismo e mais alta renda, nas mulheres parece assumir importância a baixa escolaridade e a baixa renda, além da paridade (HALPERN *et al.*, 2002; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, PIMENTA e KAC, 2004; VEDANA *et al.*, 2008; SÁ e MOURA, 2011; MELO, RISSIN e BATISTA-FILHO, 2015; MILIAN e GARCIA, 2016; STANOJEVIC, SIMIC e MILUTINOVIC, 2016).

1.1.1 Excesso de Peso e determinantes no contexto feminino

Na população feminina, a mesma tendência de aumento nas prevalências foi evidenciada em relação ao público adulto em geral. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da mulher e da criança (PNDS) desenvolvida em 2006 encontrou 43% das mulheres em idade reprodutiva com EP, a POF 2008-2009, 48% das mulheres adultas, o VIGITEL 2016, 50,5% e o VIGITEL 2017, 51,3% das mulheres que vivem em Regiões Metropolitanas brasileiras. No Rio de Janeiro foi encontrada a maior prevalência feminina de todas as regiões, 55,7% (IBGE, 2010; BRASIL, 2009; 2017; 2018).

A PNDS 2006 encontrou frequência substancialmente maior em mulheres sem estudo (50,7%) e naquelas com até 4 anos de escolaridade (54,6%) quando comparadas às com 5-8 anos (44,6%), 9-11 anos (37,4%) e com mais de 12 anos de escolaridade (38,4%). O mesmo estudo apontou que o EP aumenta com a idade da mulher e com a paridade e diminui com o aumento da escolaridade, mas não com o aumento do poder aquisitivo familiar. Residir em

área urbana ou rural também não modificou os dados (BRASIL, 2009). Estudo de Ferreira e Benicio (2015) ainda com dados da PNDS 2006 apontou para a paridade e a idade como fatores de risco para obesidade. As mulheres com filhos tiveram mais chances de ter obesidade que as nulíparas. O poder aquisitivo não se mostrou associado à obesidade feminina.

A POF 2008-2009 trouxe contribuição importante para compreensão do papel dos rendimentos familiares na determinação do EP feminino ao apresentar prevalências por quintil de renda das últimas quatro décadas, traçando uma evolução temporal que apontou para a população feminina com menor prevalência de EP nos maiores quintis de renda até a POF 2002-2003, no entanto, os dados da POF 2008-2009 não mostraram tal tendência (IBGE, 2010).

Mas, em diversos estudos locais brasileiros o contexto da pobreza tem sido relacionado ao EP feminino (FERREIRA e MAGALHÃES, 2005; FRANKE, WICHMANN e PRA, 2008; XAVIER e RIBEIRO, 2009; FERREIRA *et al.*, 2010; LINS *et al.*, 2013; FERREIRA, 2014). Tal fato pode estar relacionado a uma visão diferenciada de corpo saudável e os simbolismos culturais do corpo farto neste grupo social, ao baixo acesso às políticas e programas de incentivo ao peso saudável e ao diferente consumo alimentar gerado pelas dificuldades de acesso desta população à alimentação adequada (FERREIRA e MAGALHÃES, 2006; 2011; FERREIRA *et al.*, 2010), o que gera aquisição preferencial de alimentos com maior densidade energética (VIEIRA & SCHIERI, 2008).

1.1.1.1 Excesso de Peso Materno-infantil

Assim como a PNDS 2006, Cristóvão, Sato e Fujimori (2011) investigaram mulheres em idade reprodutiva e encontraram uma prevalência de EP de 57%. A presença de companheiro, a maior idade, a presença de filhos, hipertensão, não-tabagismo, menopausa, baixa escolaridade e renda intermediária se associaram ao EP. Gonçalves (2017) encontrou 61% e associou o EP a menarca precoce e presença de filhos, que aumentaram as chances de EP em 58,2%, quando comparadas às nulíparas. Dados semelhantes aos de Ferreira e Benicio (2015), que encontraram chances 18% maiores naquelas com mais de um filho em modelo ajustado por idade, escolaridade, classes de rendimentos e acesso à serviços de saúde. Nesse estudo, apenas idade e paridade foram associadas ao EP no modelo ajustado. Correia e colaboradores (2011) encontraram associação positiva de EP feminino e menarca precoce (< 12 anos), paridade (> 1 filho), uso de contraceptivos, estado civil casada, idade (> 30 anos) e

escolaridade fundamental (≤ 9 anos). Destaca-se citar o papel do ciclo reprodutivo no acúmulo de peso feminino, sobretudo a menarca precoce, o estado nutricional pré-gestacional de excesso de peso, a gestação na adolescência, o ganho de peso gestacional e a paridade elevada (CORREIA *et al.*, 2011; NAST *et al.*, 2013; WIDEN *et al.*, 2015; PINHEIRO *et al.*, 2016; NAKANO *et al.*, 2018).

Engstrom e Anjos (1996) utilizaram dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN, 1989) e encontraram relação entre o EP de crianças menores de 10 anos e suas mães. Filhos e filhas de mães com excesso de peso tinham 3,19 vezes mais chances de também apresentarem o agravo, em comparação aos filhos de mães com peso adequado ou baixo. O estudo americano de Salsberry & Reagan (2005) investigou os fatores determinantes do EP na infância precoce (< 7 anos) e associou o EP materno ao infantil. Mais recentemente, D'Avila e colaboradores (2015) encontraram associação entre o estado nutricional de escolares adolescentes e suas mães, em estudo brasileiro em escolas públicas e privadas.

Castillo-Laura e colaboradores (2015) analisaram através de metanálise um grupo de estudos epidemiológicos que comparou o EP materno com estado nutricional e adiposidade corporal de seus filhos e concluiu que eles apresentam mais EP, maior percentual de gordura corporal, maior quantidade de massa gorda e menor de massa livre de gordura. Em consonância, Frutuoso, Bosi e Gambardella (2011) concluíram que a obesidade materna é fator de risco para o desenvolvimento de obesidade nos filhos em fase escolar. Em estudo com o público pré-escolar, Menezes e colaboradores (2011) também apontaram associação entre EP materno e infantil. Yavuz e Selcuk (2018) encontraram IMC significativamente maiores em cuidadores de crianças com excesso de peso, quando comparadas às eutróficas. Tais achados sugerem relação geracional do excesso de peso, no entanto, não investigaram os caminhos para que a exposição se associe ao desfecho. Com isso, o estudo das condições sociais, psico-comportamentais e ambientais às quais à família se expõe podem permitir sugerir tal caminho, como o estudo de Schrempft e colaboradores (2016) que associou o perfil nutricional materno com ambiente domiciliar obesogênico, definido como hábitos alimentares inadequados e sedentarismo. A cada 1 unidade de incremento do IMC as chances de ambiente domiciliar obesogênico aumentavam 5%. Nesse sentido, comportamentos e atitudes parentais durante a oferta de alimentos aos filhos merecem ser investigados,

1.2 Estilos e práticas parentais gerais

A parentalidade, tradução livre do termo *parenting*, original da língua inglesa, é composta por um conjunto de comportamentos dos pais durante a criação dos filhos, os quais

podem ser caracterizados segundo diferentes modelos teóricos. Em geral, seus objetivos finais estão centrados em oferecer cuidados, educar e favorecer o desenvolvimento dos filhos, através de práticas que podem ser nomeadas na literatura como práticas educativas, práticas de cuidados, cuidados parentais e práticas parentais. Independente da terminologia, têm sido bastante investigadas (MACARINI *et al.*, 2010). Tendo em vista as diferenças de nomenclatura, a *International Society for Behavioral Nutrition and Physical Activity* recomendou em 2012 a adoção dos termos estilos parentais gerais, estilos de alimentação e práticas parentais de alimentação após reunião de especialistas para debater os termos utilizados na literatura científica (HUGHES *et al.*, 2013).

Objetos de estudo da psicologia do desenvolvimento, estilos e práticas parentais são conceitos por vezes tratados como sinônimos na literatura, no entanto, denotam dois construtos diferentes, relacionados ao processo de criação e socialização da criança. Existem formas de observação e instrumentos de pesquisa diferenciados para mensuração de cada um deles (PACHECO, SILVEIRA e SCHNEIDER, 2008).

1.2.1 Estilos parentais gerais

Os estilos parentais denotam a forma como os cuidadores (geralmente pai e mãe) interagem com os filhos, gerando um clima emocional entre eles. Os comportamentos dos pais caracterizam seu estilo parental geral, que se expressa por meio de práticas parentais cotidianas e outros aspectos da criação, como a linguagem corporal e o tom da voz (DARLING e STEINBERG, 1993).

Seus efeitos no comportamento infantil são estudados há várias décadas. O pioneiro estudo de Diana Baumrind (1966) tipificou três modelos parentais: os autoritativos, os autoritários e os permissivos, e os associou a comportamentos como socialização, protagonismo e independência da criança. O estilo parental autoritativo foi caracterizado por valorização das qualidades da criança, seus interesses individuais e questionamentos, uso de comunicação para resolver os dilemas entre prazer e dever, liberdade e responsabilidade. No entanto, não deixam de tomar decisões e impõem regras que não se baseiam nos desejos das crianças e sim na sua perspectiva.

Por outro lado, pais com estilo autoritário desejam obediência, tem regras absolutas e são pouco responsivos às demandas dos filhos. Impõem regras e exigem sua obediência e frequentemente usam punições como forma de controlar os comportamentos infantis. Os filhos não participam da formulação das regras e têm dificuldades em estabelecer diálogo com

os pais. Os permissivos, por sua vez, anseiam atender incondicionalmente às demandas e evitam estabelecer limites ou punições (BAUMRIND, 1966).

Em 1983, o estudo de Maccoby e Martin, propôs subdividir o estilo parental permissivo em indulgente e não-envolvido, mantendo os estilos anteriormente descritos por Baumrind (1966). Tal subdivisão atendeu a classificação do estilo parental, segundo as dimensões de responsividade e exigência. A primeira está relacionada a capacidade dos pais em responder as demandas da criança e existência de afeto e conexão com ela, enquanto a segunda se relaciona a capacidade de estabelecer limites e regras. Desta forma, a partir da combinação de alta ou baixa responsividade e exigência, originaram-se os estilos parentais gerais. Pais indulgentes têm muita tolerância e dão poucos limites e regras à criança, são excessivamente centrados em seus desejos e revelam pouca autoridade sobre elas, mas são afetuosos. Pais não-envolvidos têm pouco afeto e pouca exigência, resultado de pouca conexão emocional com a criança, são centrados neles mesmos (Quadro 1).

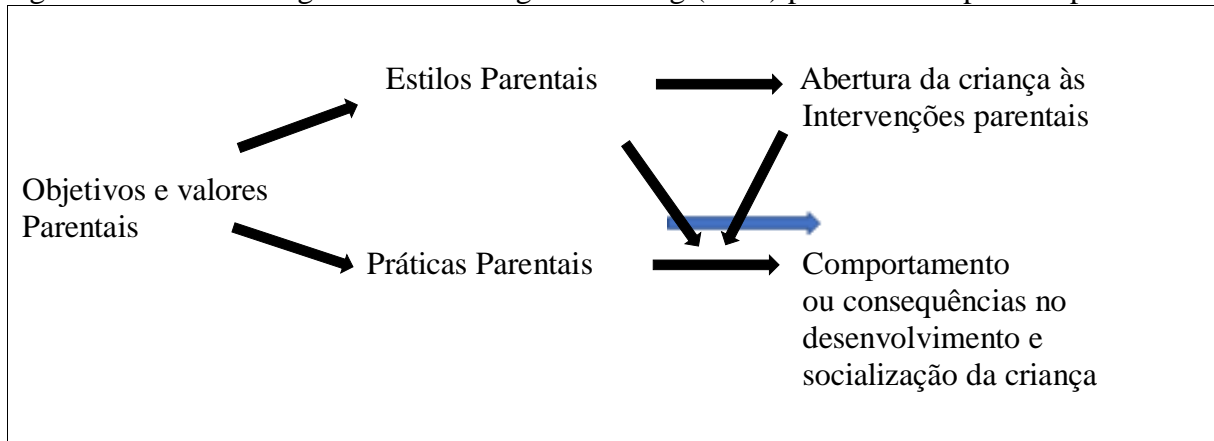
Quadro 1 – Estilos parentais, de acordo com a tipologia de Maccoby e Martin (1983)

AUTORITÁRIO ↓ responsividade ↑ exigência	AUTORITATIVO ↑ responsividade ↑ exigência
INDULGENTE ↑ responsividade ↓ exigência	NÃO-ENVOLVIDO ↓ responsividade ↓ exigência

Fonte: Adaptado de Shloim, 2015.

Em 1993, na continuidade da compreensão da interação de pais e filhos durante a criação, Darling e Steinberg acrescentaram a reciprocidade e bidirecionalidade dessa relação por meio de um modelo integrativo, que apresenta valores e objetivos parentais como influenciadores do desenvolvimento dos filhos por meio de diferentes processos, inclusive os estilos e práticas parentais (Figura 1). Faz-se necessário diferenciar os estilos e as práticas, uma vez que os estilos são o clima emocional no qual os pais atuam na educação de seus filhos, dentro de suas crenças e valores, enquanto as práticas são comportamentos cotidianos mais específicos através dos quais os pais conduzem o processo de socialização da criança. Os estilos modificam as práticas por meio da transformação da interação entre pais e filhos e conduzem a práticas diferentes, que influenciam o comportamento, socialização e abertura à intervenção dos pais pela criança (DARLING e STEINBERG, 1993).

Figura 1 – Modelo integrativo de Darling e Steinberg (1993) para estilos e práticas parentais



Fonte: Traduzida e adaptada por Valentini e Alchieri, 2009.

Com o objetivo de identificar os estilos parentais gerais, Lamborn e colaboradores (1991) desenvolveram escalas para medir responsividade e exigência com o público adolescente. Tais escalas têm sido utilizadas para caracterizar estilos parentais e relacioná-los a desfechos nos filhos. Geralmente, filhos de pais autoritativos são descritos como mais adaptados, socializados e independentes do que os de pais não autoritativos (DARLING, 1999).

Costa e colaboradores (2000) traduziram e adaptaram as duas escalas para o contexto dos adolescentes brasileiros e sua investigação revelou uma proporção de pais autoritativos de 36,7%. Weber e colaboradores (2004) validaram as escalas adaptadas por Costa e colaboradores (2000) para o contexto infantil, encontrando um perfil de 37,3% dos pais autoritativos.

1.2.1.1 Estilos de alimentação

Podem ser considerados subcategorias dos estilos parentais gerais, nos quais as mesmas dimensões de responsividade e exigência se aplicam ao contexto da alimentação. De fato, os pais podem exercer estilos diferentes em cada contexto da criança e mesmo com cada criança da família e entre pai e mãe pode haver diferença no estilo adotado (CONSTANZO e WOODY, 1985).

Pais com estilo autoritativo de alimentação encorajam seus filhos a comer, mas dão suporte e explicam as regras de uma forma sensível, enquanto pais autoritários os encorajam a comer centrados nas suas regras. Pais indulgentes fazem poucas recomendações, não

direcionam, atendem muito e exigem pouco e, por fim, os pais não-envolvidos não fazem exigências e tão pouco atendem às demandas dos filhos (HUGHES *et al.*, 2005) (Quadro 2).

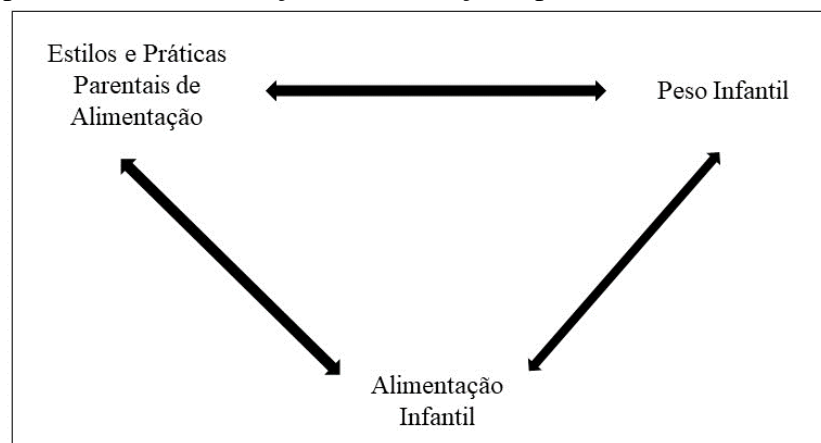
Quadro 2 – Características parentais, segundo estilo de alimentação

AUTORITATIVOS	INDULGENTES
São exigentes, porém respondem as demandas e preferências da criança	Deixam os filhos livres para comerem o que desejam na hora que preferem
AUTORITÁRIOS	NÃO-ENVOLVIDOS
Exigem de acordo com suas regras e expectativas, punem transgressões. Não consideram as demandas da criança.	Tem poucas exigências e regras e não dão resposta às demandas dos filhos. São desorganizados

Fonte: Adaptado e traduzido de Hughes e colaboradores, 2005.

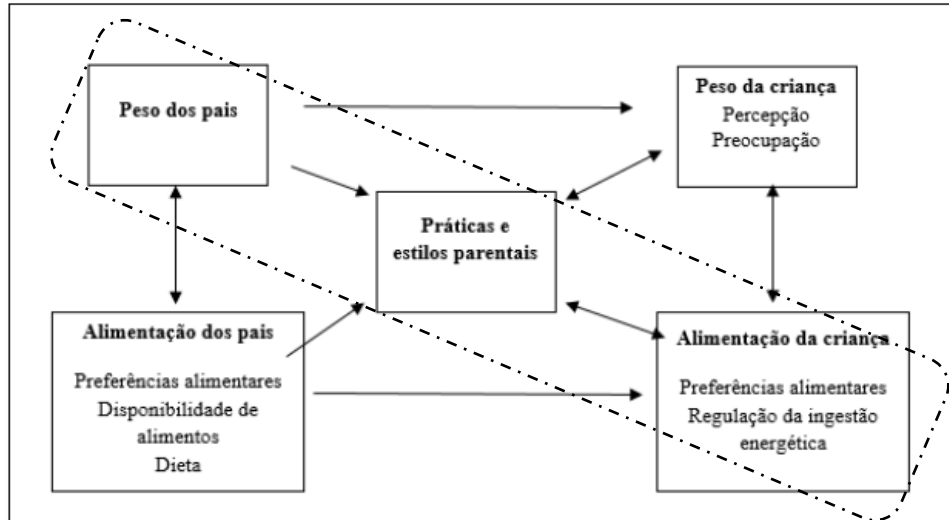
A revisão de Ventura e Birch (2008) propõe que os estilos e práticas parentais de alimentação afetam e são afetados pela alimentação e peso da criança (Figura 2). Os autores propõem ainda que o peso e a alimentação dos pais afetam os estilos e práticas parentais de alimentação, assim como o peso e alimentação de seus filhos que afetam e são afetados reciprocamente (Figura 3).

Figura 2 – Modelo de mediação conceitual dos estilos e práticas parentais de alimentação e alimentação e peso infantil



Fonte: Traduzido e adaptado de Ventura & Birch, 2008.

Figura 3 – Interações entre o peso e a alimentação de pais e filhos, mediadas por práticas e estilos parentais



Fonte: Adaptado de Ventura e Birch, 2008.

Os estilos de alimentação resultam, portanto, de atitudes e comportamentos através dos mesmos domínios de responsividade e exigência aplicados durante a interação com a criança no momento da refeição. Representam uma característica do estilo parental geral, que influenciam no comportamento e na formação do hábito alimentar e conseqüentemente no peso infantil e podem ser afetados pelo peso dos pais (BIRCH e DAVIDSON, 2001; VENTURA e BIRCH, 2008).

Em 2005, Hughes e colaboradores desenvolveram um instrumento específico para famílias minoritárias de baixa renda (Afroamericanas e Hispânicas) com o objetivo de identificar estilos de alimentação utilizados por pais de crianças em idade pré-escolar, o *Caregiver's Feeding Styles Questionnaire (CFSQ)*. Tal instrumento identificou os estilos com base nos domínios de exigência e responsividade, conforme proposto por Maccoby e Martin (1983). Os resultados obtidos sobre o perfil dos estilos de alimentação nesse público foram: de 36,4% autoritários, 34,6% indulgentes, 14,7% autoritativos e 14,3% não-envolvidos. Os autores também investigaram a relação entre estilos de alimentação e IMC infantil e encontraram maiores escores de IMC em filhos de pais indulgentes.

Após o *CFSQ* ser aplicado na compreensão da gênese do EP infantil em famílias minoritárias de baixa renda em cinco amostras com maioria afro americana e hispânica, Hughes e colaboradores (2012) propuseram pontos de corte de classificação a partir da análise comparativa dos cinco estudos, nos quais valores acima das médias de responsividade e exigência encontradas possibilita reconhecer os estilos parentais de alimentação compatíveis com alta ou baixa exigência e responsividade. Contudo, também é possível interpretar tais

escores considerando como ponto de corte a mediana da amostra, como feito por Costa e colaboradores (2000) para os estilos parentais gerais com amostra de adolescentes brasileiros e Weber e colaboradores (2004) para crianças brasileiras.

A revisão sistemática de Shloim e colaboradores (2015) identificou estudos que relacionaram estilos de alimentação ao estado nutricional e ao consumo alimentar de crianças a partir de 4 anos de idade. Nos estudos analisados, o estilo autoritativo esteve relacionado ao IMC saudável e ao maior consumo de frutas e vegetais pela criança enquanto o estilo indulgente esteve associado ao maior IMC infantil. Corroborando tais achados, Yavuz e Selcuk (2018) encontraram menor chance de EP em pré-escolares filhos de pais com estilo de alimentação autoritativo.

O *CFSQ* foi adaptado por Ferreira e colaboradores para pré-escolares brasileiros usuários de uma unidade básica de saúde em região de baixo poder aquisitivo do município do Rio de Janeiro, através de procedimentos padronizados de tradução, retrotradução, painel de especialistas, grupo focal e estudo piloto. Diante dos resultados positivos de reprodutibilidade, a versão em português do instrumento poderá ser utilizada em futuros estudos com pré-escolares brasileiros. Tais estudos podem ser descritivos do perfil dos estilos de alimentação exercidos por pais neste público, bem como de associação com o contexto nutricional dos cuidadores e/ou de seus filhos.

1.2.2 Práticas parentais gerais

São atitudes que compõem os diferentes estilos parentais gerais e variam de acordo com as preocupações dos cuidadores sobre a criança (VENTURA e BIRCH, 2008). Podem ser considerada formas de estimular a socialização da criança reforçando os comportamentos considerados adequados e reprimindo os inadequados, utilizando tom da voz, linguagem corporal e mudança de humor. As práticas de ensino dos limites e responsabilidades, diálogo e expressão de afeto são consideradas importantes para autonomia, autoestima e habilidade social da criança (DARLING e STEINBERG, 1993; ALVARENGA e PICCINI, 2009; BOLSONI-SILVA e MARTURANO, 2009).

Nas décadas de 1960 e 1970 foram estudadas por Hoffman e Saltztein (1967) e Hoffman (1975). Tais autores propuseram o papel de poder dos pais como indutor do comportamento dos filhos, estimulando algumas atitudes esperadas socialmente e reprimindo outras através da superioridade física e emocional. No entanto, não desconsidera que a interação entre pais e filhos é recíproca e as atitudes dos filhos também modulam a criação.

Considera que a superioridade cognitiva e os escassos mecanismos de monitoramento de pais tendem a fazê-los dominar tais relações e induzir respostas nos filhos.

Para Hoffman (1975) existem dois tipos de práticas parentais, as coercitivas e as indutivas. Nas coercitivas há aplicação direta da força, punições físicas, privação de afeto ou a ameaça dessas atitudes, enquanto nas indutivas há indicação à criança das consequências de seu comportamento, enfatizando a lógica prática das situações. A superioridade do uso de práticas indutivas está em propiciar autonomia para resolução de situações futuras, enquanto as práticas coercitivas costumam gerar medo e raiva, reduzindo a possibilidade de entendimento e aumentando a dependência de intervenções dos pais para garantir o comportamento esperado.

Ao longo das décadas seguintes, outras correntes teóricas foram propostas para compreender as práticas parentais com vistas à socialização da criança. Gomide e colaboradores (2005) propõe sete práticas que compõe os estilos parentais denominados social e antissocial: monitoria positiva, comportamento moral, negligência, punição inconsistente, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico. No entanto, o presente estudo adotou a definição de práticas parentais aproximadas ao contexto da alimentação por Birch e colaboradores (2001).

1.2.2.1 Práticas parentais de alimentação

Nas décadas de 1980 e 1990, alguns estudos investigaram a relação entre práticas parentais e o hábito alimentar infantil. Estes estudos relacionaram as práticas parentais de alimentação à neofobias alimentares (BIRCH e MARLIN, 1982; BIRCH *et al.*, 1987) e ao desenvolvimento de hábitos e preferências (BIRCH e FISHER, 1998; BIRCH, 1999).

Desde então, diversas práticas vêm sendo estudadas, como a disponibilidade de alimentos no domicílio, estímulo e encorajamento. Araújo (2015) relacionou as práticas alimentares maternas e hábitos de vida ao consumo de frutas e hortaliças por seus filhos, um indicador de alimentação saudável. Dentre os seus achados, destaca-se que o consumo de frutas e hortaliças na infância se relaciona diretamente ao consumo materno e inversamente a disponibilidade de alimentos não saudáveis no lar. O estudo de Blissett (2011) encontrou que práticas alimentares específicas modelam o consumo de frutas e vegetais, assim como o estímulo e encorajamento ao consumo, a disponibilidade no domicílio e a restrição na oferta de lanches não saudáveis.

O estudo de Rodrigues (2016) encontrou associação entre a prática parental de restrição alimentar e o EP infantil, enquanto o estudo brasileiro de Melo e colaboradores (2017) realizado com crianças menores de cinco anos encontrou um alto consumo de guloseimas pelos pais e a oferta de refeições especialmente preparadas para as crianças relacionados com o EP infantil.

Dentre as práticas parentais mais comumente estudadas estão a restrição alimentar, a pressão para comer e o monitoramento alimentar (SCAGLIONI, SALVIONI e GALIMBERTI, 2008). A revisão sistemática sobre as práticas parentais de alimentação e a relação com a alimentação e estado nutricional infantil realizada por Faith e colaboradores (2004) utilizou 19 publicações seccionais e 3 longitudinais que somaram uma amostra de mais de 600 crianças majoritariamente não brancas, na qual concluíram (dentre outros achados) que a restrição alimentar está associada ao maior consumo de alimentos e maior peso infantil, enquanto a pressão para comer pode ter efeito inverso ou ser um resultado do baixo peso dos filhos. Os autores recomendaram maiores investigações, sobretudo estudos longitudinais para confirmar tais achados.

Ek e colaboradores (2016) realizaram estudo com pré-escolares na Suécia e encontraram semelhante relação entre as dimensões dos comportamentos alimentares dos pré-escolares e as práticas parentais de alimentação e à preocupação dos pais com o peso das crianças. A pressão para comer esteve fortemente associada à esquivar alimentar enquanto a restrição dos pais esteve associada ao apetite aumentado, o que foi acentuado quando os pais estavam preocupados com o peso da criança. Costa, Pino e Friedman (2011) encontraram maiores chances de EP em meninos e associaram o excesso de peso com grande preocupação quanto ao peso dos filhos e com as práticas parentais de monitoramento e restrição alimentar.

É cada vez mais frequente o uso de instrumentos específicos, com o objetivo de avaliar as práticas parentais no contexto da alimentação, mas ainda são insuficientes os estudos no Brasil. A revisão sistemática de Shloim e colaboradores (2015) buscou estudos que relacionassem estilos parentais gerais, estilos de alimentação e práticas parentais de alimentação ao *status* de peso infantil. O instrumento mais utilizado dentre os estudos sobre práticas parentais de alimentação foi o *Child Feeding Questionnaire (CFQ)* e apenas um estudo brasileiro utilizando o *CFQ* foi encontrado (COSTA, PINO e FRIEDMAN, 2011), após adaptação transcultural do instrumento para o público de 6 a 10 anos. A revisão sistemática de Patel e colaboradores (2018) buscou manuscritos no período de 1969 a 2018 que tenham averiguado práticas parentais de alimentação, segundo status de peso parental.

Dos 20 estudos selecionados, nove utilizaram o *CFQ* e apenas o estudo brasileiro de Costa, Pino e Friedman foi listado.

O *CFQ* foi elaborado por Birch e colaboradores (2001) com o objetivo de mensurar atitudes parentais, saberes e práticas sobre alimentação infantil e a propensão a obesidade infantil. O instrumento avalia as preocupações dos pais sobre o peso corporal de seus filhos e suas práticas de alimentação, mede as percepções parentais do peso corporal e as preocupações que podem afetar o controle parental da alimentação das crianças: responsabilidade percebida, peso dos pais e da criança percebido e preocupação com o peso das crianças, além das práticas de restrição alimentar, pressão para comer e monitoramento.

O *CFQ* foi adaptado por Ferreira e colaboradores para pré-escolares brasileiros usuários de uma unidade básica de saúde em região de baixo poder aquisitivo do município do Rio de Janeiro, através de procedimentos padronizados de tradução, retrotradução, painel de especialistas, grupo focal e estudo piloto. Diante dos resultados positivos de reprodutibilidade, a versão em português do instrumento poderá ser utilizada em futuros estudos com pré-escolares brasileiros. Tais estudos podem ser descritivos ou de associação com o contexto nutricional dos cuidadores e/ou de seus filhos.

Por fim, no que se refere a oferta materna de alimentos aos filhos em idade pré-escolar, além dos estilos e práticas parentais de alimentação adotadas, os alimentos ofertados também merecem investigação pois participam da formação do hábito alimentar e podem, junto a outros fatores, impactar no crescimento e desenvolvimento infantil.

1.3 Alimentação de pré-escolares

No contexto da alimentação, os pré-escolares respondem às experiências prévias de aleitamento materno e introdução da alimentação complementar, aos hábitos alimentares da família, sobretudo dos pais, à cultura regional, ao contexto coletivo, como creches e centros de convivência, além das peculiaridades individuais, como o contexto da oferta e consequências fisiológicas (LACERDA e ACCIOLY, 2012).

Crianças que foram amamentadas com leite materno parecem ter maior disponibilidade a receber novos alimentos e estabelecerem uma alimentação variada quando comparadas àquelas que receberam leite artificial (VIEIRA *et al.*, 2004). Mas, ainda em contextos positivos de introdução da alimentação complementar, se mostra comum nesta fase a recusa de alimentos anteriormente aceitos, bem como de novos alimentos, além de preferências excessivas (OLIVEIRA *et al.*, 2018). É digno de nota que essa fase é

caracterizada por desaceleração do crescimento e, por conseguinte, redução do apetite, o que pode impactar nas recusas e redução das porções de consumo (LACERDA e ACCIOLY, 2012).

Por ser subsequente à lactância e a introdução de alimentos complementares, a fase pré-escolar assume grande importância na formação do hábito alimentar, processo que se consolida no fim da infância, com base em experiências positivas e negativas com os alimentos (OLIVEIRA e BRASIL, 2009).

A alimentação dos pais é considerada exemplo. Por isso, quanto mais variada e saudável for a alimentação parental, maiores as chances de consumo alimentar adequado em pré-escolares (OLIVEIRA *et al.*, 2018_a). Por esse motivo e tendo em vista a alta dependência dos filhos sobre a sua organização, escolha e oferta, é uma fase de particular importância para estudar a oferta parental de alimentos. Apesar disso, aquelas que comem junto a outras crianças, com monitoramento de adultos e com a possibilidade de interagir socialmente, como ocorre em creches e pré-escolas, são mais independentes e tendem a alimentar-se de forma mais variada e saudável, mesmo distantes dos pais (EK *et al.*, 2016). Essa é a realidade de muitas crianças, com todas as mudanças advindas dos diferentes arranjos familiares na atualidade, o que torna crescente a realização de refeições fora de casa. Nesse contexto, é um dado preocupante a oferta de produtos industrializados em substituição aos frescos no cotidiano das crianças, seja em casa ou na pré-escola (AIRES *et al.*, 2011).

As recomendações de alimentação saudável para crianças em fase pré-escolar é pautada na adequada oferta de todos os grupos alimentares, para que a criança possa consumir todos os nutrientes necessários ao seu crescimento e desenvolvimento (OLIVEIRA e BRASIL, 2009; LACERDA & ACCIOLY, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2018_a) com prioridade para alimentos frescos e preparações baseadas neles, evitando-se alimentos processados e ultraprocessados pela indústria, como apontam as diretrizes do último Guia Alimentar para população brasileira, direcionado ao público a partir de 2 anos de idade (BRASIL, 2014_b).

No Brasil, são poucos os inquéritos nacionais com dados alimentares infantis. O último inquérito disponível é a PNDS 2006. Seus dados revelaram que o consumo diário de frutas, legumes e verduras foi relatado apenas por 44,6%, 21,8% e 12,7% das crianças brasileiras, respectivamente. O consumo diário de carnes (boi e porco), frango e peixe por apenas 24,6%, 6,1% e 1,5%, o de arroz, feijão e pão por 77,4%, 66,2% e 52%; enquanto o consumo diário de alimentos industrializados como doces foi de 21,4%, biscoitos ou bolachas 46,3% e refrigerantes ou sucos artificiais 22,1%. A pesquisa comparou o consumo de marcadores de alimentação saudável (frutas, sucos naturais, legumes e verduras) e não

saudável (biscoitos ou bolachas e refrigerantes ou sucos artificiais) e encontrou melhor perfil de oferta por mães de maior escolaridade (a partir de 12 anos de estudo) (CARVALHO e FRANCESCHINI, 2018).

Os resultados do estudo Nutri-Brasil Infância, que avaliou crianças em fase pré-escolar de creches públicas e privadas em todas as regiões do Brasil em 2013, apontou para o consumo excessivo de sódio e gordura saturada enquanto o consumo de cálcio, vitaminas D e E apresentou prevalência de inadequação significativa. Esses resultados quantitativos podem ser explicados pelo baixo consumo de frutas, legumes e verduras, consonante com os achados da PNDS 2006 (CARVALHO e FRANCESCHINI, 2018).

Ainda com dados de consumo alimentar da PNDS 2006, Bortolini e colaboradores (2015) classificaram crianças menores de 3 anos de acordo com o Índice de Alimentação da Criança de Ruel e Menon (2002), em três tipos de qualidade da alimentação infantil, baixa, intermediária e alta. O estudo avaliou ainda o grau de segurança alimentar da família de acordo com a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) e considerou como variáveis dependentes a qualidade e a diversidade da dieta enquanto a segurança alimentar, a escolaridade materna, idade materna, condição socioeconômica entre outras variáveis da família foram as variáveis independentes. Os resultados apontaram que apenas 28,2% das crianças apresentaram dieta de alta qualidade e 20% de boa diversidade. Crianças residentes em domicílios com insegurança alimentar e em classe socioeconômica desprivilegiada tiveram 40% menos chances de apresentar dieta de alta qualidade e 71% menos chances para dieta variada. A chance de ter dieta diversificada foi também 43% menor para os filhos de mães com baixa escolaridade.

A revisão sistemática de Carvalho e colaboradores (2015) reuniu 16 estudos originais sobre a inadequação de consumo alimentar infantil brasileira publicados entre 2003 e 2013 e concluiu que frequentemente a dieta infantil é pobre em ferro, zinco, vitamina A, vitamina C e excessiva em energia. Outras pesquisas apontam para o consumo de produtos ultraprocessados em etapa cada vez mais precoce da infância (LONGO-SILVA *et al.*, 2015). Estudo de Karnopp e colaboradores (2017) realizado com pré-escolares de Pelotas (RS) apontou para uma alimentação com alta participação de alimentos ultraprocessados, sobretudo a partir dos 2 anos de idade. Sparrenberger e colaboradores (2015) acrescentaram que o consumo em crianças é superior do que a média em adultos no Brasil.

1.4 Alimentos ultraprocessados

Alimentos ultraprocessados (AUP) são produtos alimentícios industrializados, vendidos para pronto consumo ou que necessitam de um mínimo preparo, como aquecimento.

Resultam do processamento de uma lista geralmente grande de ingredientes alimentares ou seus componentes e ainda substâncias químicas melhoradoras. Tal nomenclatura origina-se da nova classificação dos alimentos, segundo a extensão de seu processamento (NOVA), publicada em 2010 por Monteiro e colaboradores. A NOVA definiu três grupos de alimentos: grupo (1) *in natura* ou minimamente processados, o que inclui todos os alimentos de origem animal ou vegetal frescos que receberam um mínimo processo, como catação, higienização, separação de partes ou envase; grupo (2) ingredientes extraídos de alimentos para culinária doméstica ou industrial, como sal, açúcar, óleos e gorduras, amidos e farinhas, proteínas e açúcares isolados ou em forma de xarope; e grupo (3) ultraprocessados, produtos alimentícios que recebem alto grau de processamento, o que pode incluir salga, adição de açúcares, fritura, alta fritura, defumação, cura, enlatamento, dentre outros processos. (MONTEIRO *et al.*, 2010_a).

Monteiro e colaboradores (2010_b) analisaram os dados dos três inquéritos nacionais realizados até à época com dados de aquisição de alimentos (POF 1987-1988; POF 1995-1996 e POF 2002-2003) e constataram uma crescente substituição de alimentos do grupo 1 e do grupo 2 por AUP, de forma que, no último inquérito $\frac{1}{4}$ da energia diária consumida pelo brasileiro (em média) era provenientes destes produtos, que em comparação aos grupos 1 e 2 apresentaram menor teor de fibras e maior de açúcar, gordura saturada, sódio e energia. Em 2013, Monteiro e colaboradores alertaram sobre a coincidência temporal entre a ascensão de novos modos de comer e da inclusão dos AUP na alimentação em paralelo a ascensão do excesso de peso. Segundo os autores, embora várias formas de processamento dos alimentos sejam benéficas, o ultraprocessamento gera produtos (geralmente lanches e *fast foods*) hipercalóricos, baratos e prontos para consumo, o que confere poder obesogênico às sociedades de todo o Globo. Embora tais indústrias e produtos tenham sido ofertado inicialmente à países de renda alta, expandiram-se para os de média renda, como o Brasil através de sistemas produtivos transnacionais interessados nos altos lucros (MONTEIRO *et al.*, 2013).

Diante das recomendações dos guias e diretrizes nacionais desconsiderarem o grau de processamento de alimentos, como a primeira edição do Guia Alimentar para população brasileira (BRASIL, 2008; MENEGASSI *et al.*, 2018) foi necessário revisar as recomendações de alimentação saudável para a população brasileira através de uma segunda edição do Guia, que considerou o grau de processamento, bem como as repercussões à saúde já evidenciadas na literatura científica tais como doenças crônicas, obesidade (LUDWIG, 2011; MOODIE *et al.*, 2013) e câncer (FIOLET *et al.*, 2018).

A segunda edição do Guia trouxe a proposta de modificar a NOVA para inclusão do grupo de alimentos processados, originando quatro grupos de alimentos. Os alimentos processados foram definidos como aqueles originados do grupo (1), porém com adição de componentes que o tornem mais duráveis ou agradáveis ao paladar, como conservas, concentrados, cristalizados, produtos secos ou salgados, queijos e pães fabricados com adição de leveduras, açúcar e sal. Com isso, implementou-se os grupos (1) alimentos *in natura* ou minimamente processados, (2) ingredientes culinários, (3) alimentos processados e (4) alimentos ultraprocessados (AUP) (BRASIL, 2014_b).

De acordo com o documento (BRASIL, 2014_b), o consumo dos alimentos *in natura*, minimamente processados e ingredientes culinários deve ser priorizado, sobretudo através do preparo das refeições no lar em lugar à adoção de refeições fora de casa e compra de produtos prontos para o consumo ou aquecimento. Esta alternativa é a economicamente mais viável, de acordo com Claro e colaboradores (2016), que encontraram preços por caloria mais baixos para alimentos *in natura* e minimamente processados do que para AUP nas diversas Regiões do Brasil. Mesmo quando frutas, hortaliças, leites e carnes têm preços mais elevados, os grãos secos como arroz e feijão mantêm-se como opções econômicas e saudáveis.

À despeito disso, Martins e colaboradores (2013) constataram que os AUP tiveram participação crescente na dieta do brasileiro nas últimas quatro décadas (POF 1987-1988, POF 1995-1996, POF 2002-2003 e POF 2008-2009), de 20,8% da energia diária para 25,4% na última pesquisa, o que se deu em concomitância à redução na aquisição de alimentos *in natura* ou minimamente processados e de ingredientes culinários (1,6% e 3,2%, respectivamente).

Canella e colaboradores (2014) utilizaram dados de aquisição de alimentos e antropométricos da POF 2008-2009 e encontraram associação significativa entre o elevado consumo (4º quartil) de alimentos processados e ultraprocessados e maiores prevalências de excesso de peso (43,9% *versus* 34,1 no 1º quartil) e obesidade (13,1% *versus* 9,8% no 1º quartil) em todas as faixas etárias. Em estudo subsequente com o mesmo conjunto de dados, Canella e colaboradores (2018) encontraram relação inversa entre o consumo de AUP e de vegetais (excluindo-se raízes e tubérculos). Em geral, o consumo médio *per capita* de vegetais foi considerado insuficiente (42,9g ao dia) e especificamente aqueles que tiveram maior consumo de AUP (5º quintil) apresentaram consumo de vegetais significativamente menor (42,3g *versus* 49,4g no 1º quintil). As mulheres tiveram consumo de AUP mais que elevado que homens (21,8% do consumo de energia *versus* 19,2%), a área urbana apresentou maior consumo médio diário do que a rural (22,1% *versus* 12,7%) e houve tendência de maior

consumo no tercil superior de rendimentos (26,3% *versus* 15,1% no 1º tercil) e nas faixas etárias mais jovens (26,3% em adolescentes *versus* 15% em idosos acima de 60 anos).

Ainda com os dados da POF 2008-2009, Martins e Monteiro (2016) compararam o gasto e a disponibilidade de alimentos, classificados segundo a NOVA em beneficiários e não beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) e não encontraram diferença significativa, mas, foi maior o gasto com alimentos *in natura* e minimamente processados e com ingredientes culinários entre os beneficiários. Com os mesmos dados, Louzada e colaboradores (2015) estudaram o impacto dos AUP na qualidade nutricional da alimentação do brasileiro. Dentre seus achados estão que, em média, 21,5% da energia diária foi proveniente destes alimentos. Quanto maior a proporção de AUP na alimentação, menor o teor de vitaminas B12, vitamina D, vitamina E, niacina, piridoxina, cobre, ferro, fósforo, magnésio, selênio e zinco. Contudo, maior a quantidade de cálcio, tiamina e riboflavina.

Silva e colaboradores (2018) analisaram os dados do Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto (ELSA-BRASIL) entre 2008 e 2010 e encontraram que 22,7% da dieta era advinda do consumo de AUP. Aqueles com maior consumo de AUP (4º quartil) apresentaram maiores chances de ter sobrepeso e obesidade em comparação com aqueles que pertenceram ao 1º quartil. Com o mesmo conjunto de dados do ELSA-Brasil do intervalo de anos de 2008-2010, Simões e colaboradores (2018) associaram a proporção de consumo de AUP da dieta com fatores socioeconômicos. Quanto à escolaridade, a contribuição calórica dos AUP foi 20% menor nos que tinha Ensino Fundamental incompleto, quando comparados aos com pós-graduação. Em relação à renda, aqueles com os três menores rendimentos tiveram menor consumo de AUP em comparação àqueles com maiores rendimentos. As classes ocupacionais mais baixas também apresentaram menor consumo de AUP quando comparadas às mais altas.

O estudo ecológico de Vale e colaboradores (2019) analisou a aquisição de alimentos, segundo o grau de processamento, o EP, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e a insegurança alimentar no Brasil de acordo com três inquéritos do IBGE. Dentre os resultados encontrados, o EP apresentou correlação espacial positiva e moderada com o IDH, aquisição domiciliar de AUP e correlação negativa e moderada com insegurança alimentar.

Em outros países, também têm sido publicados estudos sobre o consumo de alimentos ultraprocessados. Na Suécia, Juul e Hemmingsson (2015) descreveram o vertiginoso aumento entre 1960 e 2010 (142% *versus* 116% nos processados, -34% nos ingredientes culinários e -2% nos *in natura* e minimamente processados) em paralelo ao aumento da obesidade em adultos, que dobrou nas últimas décadas. Moran e colaboradores (2019) conduziram um estudo narrativo com famílias americanas beneficiárias do *Supplemental Nutrition Assistance*

Program (SNAP), com a finalidade de averiguar os motivos pelos quais os AUP representam uma proporção expressiva dos seus gastos. As aquisições foram relatadas como convenientes para armazenar sem perecer em pouco tempo, inclusive uma parte das famílias adquire tais produtos em quantidade suficiente a evitar a escassez do fim do mês que costumam passar. Já na Bélgica, o estudo de Vandevijvere e colaboradores (2018) descreveu o consumo de AUP em todos os públicos e a evolução entre os anos de 2004 e 2014. Na população infantil, encontraram 33,3% da dieta proveniente de AUP, nos adolescentes 29,2% e 29,6% nos adultos.

Moubarac e colaboradores (2012) relataram que o consumo de AUP no Canadá atingiu 61,7% da energia diária. Com isso, a composição da dieta canadense foi considerada acima dos limites para energia, gordura saturada, açúcar adicionado e sódio; e abaixo do recomendado para fibras. Apenas o último quintil de consumo de AUP teve qualidade da alimentação próxima da adequação para o conjunto de nutrientes analisado. Em publicação posterior, Moubarac e colaboradores (2014) analisaram inquéritos domiciliares que registraram a aquisição de alimentos do Canadá no período entre 1938 e 2011. Nesta publicação constataram que a aquisição de AUP aumentou de 28,7% para 61,7%, enquanto a de *in natura* e minimamente processados diminuiu de 34,3% para 25,6% e de ingredientes culinários diminuiu de 37% para 12,7%.

Luiten e colaboradores (2015) estudaram os alimentos embalados disponíveis para venda na Nova Zelândia e encontraram associação significativa entre grau de processamento e o teor de nutrientes. O teor de nutrientes era maior nos alimentos minimamente processados do que nas preparações culinárias processadas e maior nessas do que em AUP, embora o preço não tenha sido significativamente diferente, o que pode induzir ao consumo pela praticidade e falsa agregação de valor. De acordo com estudo de Cornwell e colaboradores (2017), quando comparados aos alimentos não-processados, os AUP têm maior teor de sódio, açúcar e gordura transesterificada e maior teor de ácido fólico e ferro, o que pode justificar os agravos associados ao seu maior consumo. Ainda sobre a oferta de AUP em pontos de venda, o estudo brasileiro de Machado e colaboradores (2017) encontrou preços mais baixos em supermercados do que em lojas de varejo e, talvez por esse motivo, as vendas foram 25% maiores.

Os achados corroboram não apenas a crescente incorporação dos AUP na alimentação, como a crescente preocupação de sua associação com doenças e agravos não transmissíveis (DANT) para diversas fases do curso da vida. Contudo, uma parcela importante dos estudos investiga a população infantil e adolescente, não apenas por sua vulnerabilidade biológica em

dependem do adequado aporte de nutrientes para o crescimento e desenvolvimento, mas ainda por sua vulnerabilidade à atuação da propaganda da indústria de bebidas e alimentos industrializados.

1.4.1 Consumo de alimentos ultraprocessados por pré-escolares e escolares

Na década de 2010, foram publicados estudos descritivos sobre o consumo de AUP, determinantes e fatores associados, incluindo as fases pré-escolar e escolar. Relvas, Buccini e Venancio (2018) verificaram a frequência da oferta de AUP por mães aos seus filhos de 6 a 12 meses de vida e encontraram 43,1%. Bebês que não estavam sendo amamentados tiveram maior prevalência de consumo do que aqueles em aleitamento, no entanto, não houve diferença estatisticamente significativa. Baixa escolaridade materna e primeira consulta do bebê na unidade de saúde após a primeira semana de vida foram fatores associados ao consumo de AUP. Fonseca e colaboradores (2018) associaram o consumo de AUP, frutas e vegetais com o tempo de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em crianças de 4 a 7 anos participantes de um estudo de coorte. Para cada 1 mês de AME, houve uma redução de 0,7% na proporção de AUP na dieta. O AME inferior a 4 meses foi associado com menor tercil para consumo de frutas e vegetais e maior para consumo de AUP. O estudo de Longo-Silva e colaboradores (2017) investigou a idade da introdução dos AUP em pré-escolares de creches públicas de Maceió (Alagoas) e encontrou uma mediana de 6 meses de idade. Foram considerados fatores de risco independentes para essa precoce introdução: gravidez não desejada, não realização do pré-natal e renda a partir de dois salários mínimos.

O estudo de Batalha e colaboradores (2017) associou o alto consumo de alimentos processados e AUP (3º tercil) em crianças de 1-3 anos com menor escolaridade materna (< 12 anos) e idade superior a 16 meses. Mais e colaboradores (2017) estudaram outros fatores socioeconômicos e maternos relacionados à alimentação ofertada por mães às crianças de 2 a 9 anos de Campinas, São Paulo e associaram o padrão alimentar ultraprocessado com o maior tempo de uso de tela pelas crianças no momento das refeições, prática de monitoramento alimentar, baixa responsabilidade percebida sobre a qualidade da alimentação da criança, baixa escolaridade materna e maior *status* de peso materno.

O estudo de Ferreira e colaboradores (2019) analisou o consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados e AUP de escolares do quinto ano do Ensino Fundamental (EF) de escolas públicas e privadas de Uberlândia (MG). Dentre seus resultados, a proporção de consumo de *in natura* e minimamente processados foi de 52% e de AUP 31%,

ou seja, cerca de 1/3 da dieta provém de AUP, como sucos em pó, cereais matinais, bolo pronto e biscoito recheado. Comparando-se os tipos de instituições, os alunos de escolas públicas tiveram melhor perfil de consumo (mais do G1 – 53 *versus* 47% e menos do G4 36 *versus* 28%). Corroborando tais achados, o estudo de Bento e colaboradores (2018), com crianças matriculadas no quarto ano do EF do município de Belo Horizonte (MG) encontrou que quanto maior o número de refeições realizada no ambiente escolar, menor a participação dos AUP na alimentação infantil. Em comparação às crianças que não consumiam alimentação escolar, nas que realizavam duas refeições a participação foi 18% menor e nas que realizavam três refeições na escola a participação foi 26% menor.

Leite e colaboradores (2012) investigaram a disponibilidade de AUP e de alimentos *in natura* e minimamente processados no entorno de escolas públicas de Santos (São Paulo) e revelaram que a maioria dos pontos de venda de AUP estava significativamente mais próxima das escolas do que os pontos que ofertavam alimentos com menor grau de processamento. Em estudo subsequente com o mesmo conjunto de dados, Leite e colaboradores (2017) associaram a oferta de AUP em pontos de venda da vizinhança com o seu consumo por crianças e encontraram que quanto maior a quantidade de pontos de venda, maior o consumo de AUP e menor o consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados pelo público infantil. Na mesma direção, Vedovato e colaboradores (2015) realizaram estudo em Santos com mães de crianças até 10 anos e encontraram associação entre a aquisição de AUP com uso de táxis como principal meio de transporte para fontes de alimentos em comparação ao modo de ir à pé, e negativamente associado com a disponibilidade percebida de uma variedade de frutas e vegetais no bairro. Corrêa e colaboradores (2018) estudaram as diferenças no consumo de AUP e minimamente processados por escolares de 7-14 anos frequentadores de varejos locais, que na faixa etária de 11-14 anos, frequentar lanchonetes e *fast foods* se associou ao consumo AUP e frequentar açougues se associou ao consumo de minimamente processados.

Sparrenberger e colaboradores (2015) estudaram o consumo de AUP e fatores socioeconômicos de crianças de 2 a 10 anos atendidas em uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. A proporção média de AUP na alimentação das crianças foi de 47% e os fatores escolaridade materna e idade da criança foram associados ao maior consumo de AUP.

A revisão sistemática de Costa e colaboradores (2017) analisou estudos sobre o consumo de AUP e a composição de gordura corporal durante a infância e adolescência. Dos vinte e seis estudos selecionados (quinze deles longitudinais), a maioria encontrou associação

positiva entre o consumo desses produtos e gordura corporal infanto-juvenil. Em estudos originais subsequentes, Costa e colaboradores (2018_a) analisaram dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2015 para averiguar a relação entre comportamento sedentário e consumo de ultraprocessados em adolescentes, e encontraram que quanto maior o comportamento sedentário (em horas) maior a prevalência de consumo de AUP. Em estudo de coorte subsequente, Costa e colaboradores (2018_b) analisaram o efeito do consumo destes produtos na antropometria e perfil glicêmico de adolescentes. Dentre os resultados estão que a proporção de AUP da energia diária foi 41,8% na idade pré-escolar e 47,8% na escolar. O consumo de AUP na idade pré-escolar foi um preditor de aumento na circunferência da cintura na fase escolar, mas não alterou o metabolismo da glicose. No entanto, o estudo de Fardet (2016) que utilizou um índice diferente, o Equivalente Glicêmico da Glicose – EGG, encontrou forte correlação entre o grau de processamento dos alimentos e a resposta glicêmica. O EGG indica como uma quantidade de alimento afeta os níveis de glicose sérica, identificando a quantidade de glicose alimentar que teria um efeito equivalente ao da comida. Também foi encontrada correlação entre grau de processamento e Índice de Saciidade. Quanto maior o grau de processamento, maior o EGG e menor o IS.

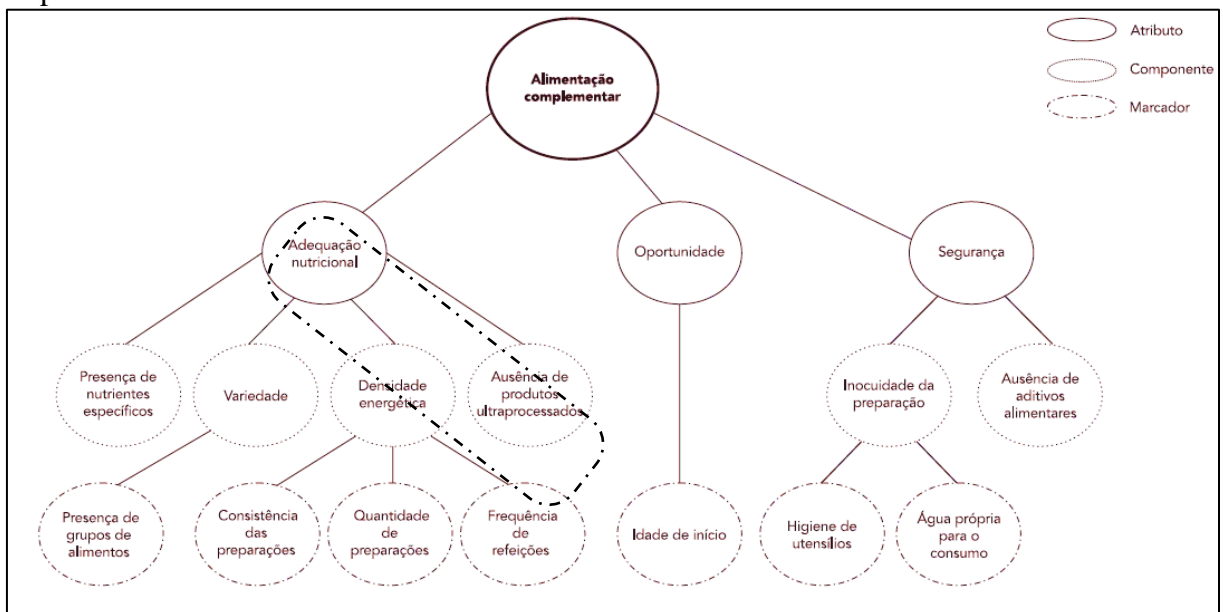
Rauber e colaboradores (2015) realizaram uma coorte com crianças entre as fases pré-escolar e escolar do município de Pelotas, Rio Grande do Sul. Dentre seus achados, o consumo de AUP na fase pré-escolar foi de 42,6% e na escolar de 49,2% da dieta. Esse consumo foi preditor de um aumento maior de colesterol total e LDL-colesterol na fase escolar. Cunha e colaboradores (2018) utilizaram dados do Estudo Longitudinal de Avaliação Nutricional de Adolescentes (ELANA) para associar o consumo de AUP com a adiposidade dos adolescentes e encontraram que aqueles com maior consumo (4º quartil) tinham dieta pobre em vegetais e frutas e praticavam maior nível de atividade física, no entanto, houve associação inversa entre o consumo de AUP e IMC. Os mais magros tinham maior consumo de AUP, mas praticavam mais atividade física e tinham menor ingestão diária de energia.

Dávila e Kirsten (2017) analisaram o consumo de alimentos *in natura* ou minimamente processados, processados e ultraprocessados por adolescentes, fatores socioeconômicos e nível de atividade física. Dentre seus achados, não encontraram diferenças de consumo de acordo com a cor da pele, mas os baixos níveis socioeconômicos (C e D) relacionaram-se ao consumo de alimentos processados e AUP; os fisicamente inativos tiveram menor consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados e os eutróficos consumiam mais AUP.

Filgueiras e colaboradores (2018) investigaram a relação entre consumo de AUP e dependência alimentar em crianças de 9-11 anos em estudo no qual 24% delas foi diagnosticada com dependência alimentar. Em análise de covariância, houve tendência de maior consumo de AUP naquelas com dependência alimentar. Tavares e colaboradores (2011) encontraram associação entre alto consumo de AUP (3º e 4º quartis) e a Síndrome Metabólica em adolescentes atendidas em uma Unidade de Saúde da Família do município de Niterói, Região Metropolitana do Rio de Janeiro.

A maior parte dos estudos sobre o perfil de consumo de AUP supramencionados utilizou instrumento de avaliação do consumo alimentar já validado e/ou adaptado à faixa etária para verificar a proporção da ingestão de energia diária que o consumo destes alimentos representa. Contudo, na intenção de avaliar adequação da alimentação complementar, Oliveira e colaboradoras (2015) construíram e validaram um instrumento baseado no questionário da II Pesquisa Nacional Sobre Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida, no questionário proposto pela OMS para a investigação de Práticas Alimentares Infantis e nos indicadores criados para avaliar a alimentação complementar de crianças menores de dois anos. Consideraram como base os indicadores ‘oportunidade’, ‘adequação nutricional’ e ‘segurança’, no qual especificamente o indicador ‘adequação nutricional’ aborda, dentre outros componentes, o consumo de AUP, considerando como ideal a ausência na oferta (Figura 4).

Figura 4 – Modelo teórico utilizado no Instrumento de avaliação da adequação da alimentação complementar



Fonte: Oliveira e colaboradores, 2015.

Tal instrumento apresenta 35 itens, dentre os quais 11 se referem a AUP: (1) Iogurte; (2) Macarrão instantâneo; (3) Refrigerantes; (4) Mate ou guaraná natural; (5) Suco industrializado; (6) Balas, doces e outras guloseimas; (7) Doces à base de leite, como sorvete e flan; (8) Biscoitos doces ou salgados; (9) Salgadinhos de pacote; (10) Carnes processadas como nuggets, hambúrguer e salsicha e (11) Margarina. A entrevista se dá no cuidador elegível e as perguntas se referem ao consumo de alimentos no dia anterior à entrevista, assemelhando-se a um Registro de 24h, porém com registro dicotômico (Sim/Não) e sem especificar as quantidades consumidas de cada alimento (OLIVEIRA *et al.*, 2015). No entanto, seu registro mais simples e rápido pode favorecer a pesquisas com questionários extensos e oferecer indícios de sobreconsumo, uma vez que a recomendação do Ministério da Saúde é não consumir AUP.

Após revisar a literatura sobre o excesso de peso materno e sua relação com o excesso de peso infantil se faz importante investigar as condutas maternas de oferta de alimentos aos filhos, sejam os estilos e práticas parentais de alimentação ou a oferta de alimentos, como nos estudos sobre a oferta de alimentos ultraprocessados.

2 JUSTIFICATIVA

O excesso de peso é um problema de saúde pública de relevância mundial que impulsiona esforços técnico-científicos na compreensão de sua determinação, que têm se mostrado multifatorial e modificável. No contexto brasileiro, o excesso de peso materno tem determinantes comuns ao público adulto e outros específicos ao ciclo reprodutivo, como a paridade e o ganho de peso gestacional. Foi apontada a relação entre o excesso de peso materno e infantil, o que suscita compreender os fatores associados e se eles podem atuar sobre o contexto familiar, o que pode sugerir uma combinação de fatores ambientais e sociais sobre a família, determinando o acesso aos alimentos, a regularidade das refeições, a possibilidade de atividades físicas nos horários livres, dentre outros fatores que atuam diretamente no controle de peso, como a própria genética. As condutas maternas também podem potencialmente atuar no consumo alimentar infantil e no *status* de peso infantil.

Com isso, torna-se pertinente investigar os estilos e práticas parentais de alimentação exercidos prioritariamente por mães, sobretudo no contexto brasileiro de baixa renda. Embora sejam numerosos os estudos que relacionam os estilos e práticas parentais de alimentação aos desfechos nutricionais infantis utilizando instrumentos padronizados, como o *CFQ* e *CFSQ*, há uma enorme lacuna de investigações brasileiras, o que se tornou possível com a adaptação transcultural para pré-escolares da versão em português desses instrumentos por Ferreira e colaboradores em 2018. Apenas dois estudos com uso da versão em português do *CFQ* foram encontrados na literatura (COSTA, PINO e FRIEDMAN, 2018; MACHADO *et al.*, 2018) relatando os estilos e práticas parentais exercidos por cuidadores brasileiros de crianças em outras faixas etárias.

Nos outros estudos publicados na literatura sobre o tema, há uma grande heterogeneidade quanto aos instrumentos utilizados para avaliação dos estilos e práticas parentais de alimentação, de tipologias adotadas e ainda da categorização de tais tipologias, podendo-se agregar estilos como autoritativos e não autoritativos, responsivos e não responsivos, tais como outras denominações não oriundas da tipologia de Baumrind. Nesses estudos, é comum que os estilos e práticas parentais sejam variáveis de exposição no modelo teórico e os desfechos nutricionais sejam desfechos. Com isso, utilizar o excesso de peso materno como variável de exposição, como no primeiro manuscrito da presente tese, é considerado inovador.

Também é relativamente recente o estudo da alimentação com base no grau de processamento dos alimentos. Desde então, manuscritos têm sido publicados apontando o

crescente consumo de alimentos ultraprocessados na infância, seus determinantes e associações entre seu consumo e o excesso de peso infantil. Entretanto, ainda não há suficiente investigação sobre a influência do excesso de peso materno na oferta desses alimentos, como foi averiguado no segundo manuscrito do presente estudo.

Tais investigações podem subsidiar melhor compreensão sobre as repercussões do excesso de peso no comportamento materno de oferta de alimentos aos filhos e possibilitar a formulação de estratégias de enfrentamento do excesso de peso mais assertivas, sobretudo no âmbito da atenção básica à saúde do SUS.

Se faz necessário o reconhecimento de que as estratégias públicas de enfrentamento do excesso de peso ainda não incorporam adequadamente a concepção de que fatores comportamentais maternos podem afetar a alimentação e o peso dos filhos e de que o *status* de peso materno possa afetar o comportamento de oferta de alimentos. Uma vez esclarecidos esses processos, haverá contribuição para o entendimento e enfrentamento mais sensível do problema.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Associar o excesso de peso materno aos estilos e práticas parentais de alimentação e à oferta de alimentos ultraprocessados aos filhos em idade pré-escolar.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Manuscrito 1

- Descrever o perfil nutricional e sociodemográfico materno;
- Descrever a frequência dos estilos de alimentação;
- Descrever os escores médios das práticas parentais de alimentação;
- Investigar a associação entre o EP materno e os estilos de alimentação;
- Investigar associação entre EP materno e práticas parentais de alimentação;

3.2.2 Manuscrito 2

- Descrever o perfil nutricional e sociodemográfico maternos;
- Descrever o perfil de oferta materna de alimentos ultraprocessados aos filhos pré-escolares;
- Investigar a associação entre EP e elevada oferta de alimentos ultraprocessados aos filhos em idade pré-escolar.

4 MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

O presente estudo é do tipo seccional, inserido na pesquisa intitulada *Violência familiar, estilos e práticas alimentares parentais e excesso de peso na infância* do Núcleo de Estudos Epidemiológicos sobre a Saúde Materno Infantil (NESNUMI), coordenado pela Professora Dr^a Maria Helena Hasselmann. Tal estudo realizou a adaptação transcultural da versão em português dos instrumentos *CFQ* e *CFSQ* para pré-escolares brasileiros e investigou a relação entre a violência familiar, estilos e práticas parentais de alimentação e o excesso de peso infantil.

A pesquisa foi realizada entre os anos de 2015 e 2017 e contou com a participação de responsáveis ou cuidadores (pais, avós, tios) de crianças de 2 a 6 anos incompletos, cadastradas e atendidas em uma Clínica da Família (CF) Rodolpho Rocco, localizada em Del Castilho, município do Rio de Janeiro.

4.2 Amostragem e critérios de elegibilidade

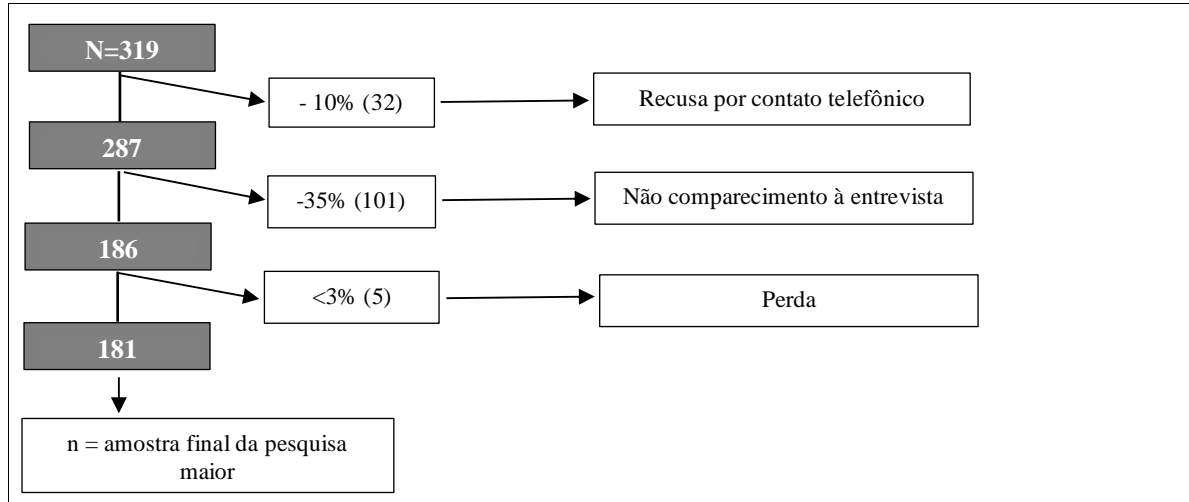
Para compor a amostra da pesquisa maior 319 crianças foram elegíveis, mas descontadas as recusa e perdas, 181 fizeram parte da amostra do estudo (Figura 5), que considerou elegíveis todas as crianças de 2 a 6 anos incompletos cadastradas na CF e com contato telefônico no prontuário eletrônico. Uma vez que as entrevistas foram realizadas com os responsáveis ou principais cuidadores, foi critério de exclusão não se julgar capaz de responder sobre a rotina de alimentação da criança. Tal faixa etária foi escolhida tendo em vista a utilização dos instrumentos *CFQ* e *CFSQ*, que se aplicam ao público de 2 a 11 e 3 a 5 anos, respectivamente.

Para o presente estudo foram consideradas elegíveis todas as mães (biológicas ou de criação) que participaram da pesquisa maior e que conheciam sobre a rotina alimentar da criança. Foram excluídas mães que possuíam deficiência na fala ou cognitiva com impacto no diagnóstico nutricional ou que incapacitasse a compreensão das questões da pesquisa.

A presente tese utilizou como amostra o censo de todos os cuidadores que eram do sexo feminino e exerciam papel materno. Com isso, para o primeiro manuscrito foram 154 mães e para o segundo foram 134, uma vez que 20 mães não responderam totalmente ou

adequadamente o instrumento de alimentação da criança. Foi realizado o cálculo do poder de ambos os estudos, que foi de 0,85 e 0,80, respectivamente.

Figura 5 – Mães ou responsáveis elegíveis, recusas, perda e amostra final da pesquisa *Violência familiar, estilos e práticas alimentares parentais e excesso de peso na infância*. Rio de Janeiro, 2017



4.3 Coleta dos dados e aferição de medidas antropométricas

Antes da etapa de coleta dos dados, foi formada e treinada uma equipe da pesquisa composta por 1 coordenador de campo, 2 supervisoras de campo, 4 entrevistadoras e 4 auxiliares de coleta, discentes de graduação e bolsistas da pesquisa. Houve capacitação para entrevista, com auxílio do Questionário da Pesquisa e do Manual do Entrevistador (Anexos A e B). Foi realizado treinamento específico tendo em vista a padronização da aferição das medidas antropométricas de peso e estatura infantil e adulta.

Durante a etapa de campo, que ocorreu entre dezembro de 2016 e novembro de 2017, houve reunião de supervisão mensal, com participação de toda a equipe da pesquisa e ainda de pesquisadores colaboradores, momento em que foi possível (re)padronizar procedimentos de aferição de medidas ou da entrevista, quando necessário, bem como discutir critérios de elegibilidade, estratégias de captação e provisão de infraestrutura e insumos necessários a esta etapa.

A função dos auxiliares de pesquisa foi realizar busca de contatos telefônicos de mães ou responsáveis elegíveis de crianças na faixa etária da pesquisa (2-6 anos incompletos) nos prontuários eletrônicos da CF, realizar contatos telefônicos para convite de participação e agendamento de entrevistas, além de atividades lúdicas com as crianças enquanto suas mães ou responsáveis eram entrevistados. Os entrevistadores foram responsáveis por conduzir a

aplicação do questionário da pesquisa com as mães ou responsáveis em sala reservada, o incluiu entrevista e aferição de medidas antropométricas, já os supervisores de campo foram responsáveis por monitorar os procedimentos previamente padronizados, manter contato com a administração da unidade de saúde e com a coordenação da pesquisa, agendando reuniões de supervisão de campo e garantindo as condições de coleta necessárias.

4.4 Instrumentos de coleta de dados

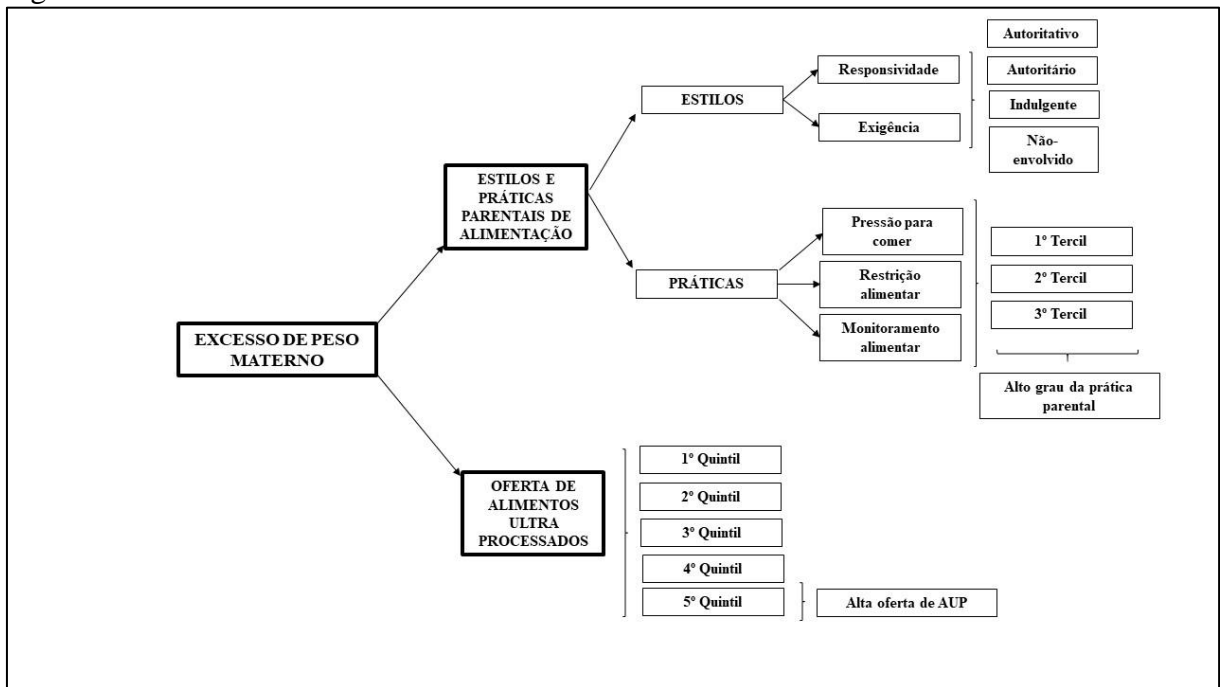
O Questionário da Pesquisa *Violência familiar, estilos e práticas alimentares parentais e excesso de peso na infância* (Anexo B) apresentou os seguintes módulos:

- (a) Dados sociodemográficos da família;
- (b) Dados de saúde materna e da criança;
- (c) Questionário alimentar da criança (*Questionário para avaliação de práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade* validado por Oliveira e colaboradores, 2015);
- (d) Questionário de estilos alimentação (versão em português do *CSFQ* para pré-escolares de baixa renda brasileiros, de Ferreira e colaboradores, 2018);
- (e) Questionário de práticas parentais de alimentação (versão em português do *CFQ* para pré-escolares de baixa renda brasileiros, de Ferreira e colaboradores, 2018);
- (f) Uso de álcool e drogas;
- (g) Violência entre parceiros íntimos (*Revised Conflict Tactics Scales - CTS2*);
- (h) Violência contra a criança (*Parent-Child Conflict Tactics Scales – CTSPC*);
- (i) Transtornos Mentais Comuns – TMC (*General Health Questionnaire - GHQ12*);
- (j) Rede Social;
- (k) Suporte Social;
- (l) Resiliência e
- (m) Dados antropométricos do cuidador
- (n) Dados antropométricos da criança.

4.5 Variáveis de interesse da Tese

Foram variáveis de interesse da tese: o excesso de peso materno (exposição), os estilos e práticas parentais de alimentação e a oferta materna de AUP (desfechos) (Figura 6).

Figura 6 – Variáveis da Tese



4.5.1 Exposição: Excesso de Peso (EP) Materno

O excesso de peso materno foi definido de acordo com Índice de Massa Corporal (IMC) de 25Kg/m^2 ou superior, o que inclui as faixas de sobrepeso ou pré obesidade ($\text{SP} = \text{IMC} \geq 25$ e $\leq 30\text{Kg/m}^2$) e Obesidade ($\text{OB} = \text{IMC} \geq 30\text{Kg/m}^2$) (OMS, 2000). Foram utilizadas as variáveis excesso de peso (EP) bivariada: Sim ($\text{IMC} \geq 25\text{Kg/m}^2$) e Não ($\text{IMC} < 25\text{Kg/m}^2$) e obesidade (OB) bivariada: Sim ($\text{IMC} \geq 30\text{Kg/m}^2$) e Não ($\text{IMC} < 30\text{Kg/m}^2$).

4.5.2 Desfechos

4.5.2.1 Estilos de alimentação

Foram identificados através do instrumento *CFSQ* traduzido e adaptado para o contexto de pré-escolares brasileiros por Ferreira e colaboradores (2018). Tal instrumento apresenta 19 questões, todas avaliadas por sistema *Likert* de 5 pontos, onde 12 delas se referem a “exigência” e 7 a “responsividade”, o que possibilita o cálculo dos escores médios de cada dimensão, utilizadas para caracterizar os estilos de alimentação das mães, conforme Maccoby e Martin (1983) em “Autoritativo”, “Autoritário”, “Indulgente” e “Não-envolvido”,

considerando-se como alta responsividade ou alta exigência o escore acima do valor mediano encontrado na amostra (Quadro 3).

Quadro 3 – Categorização da variável estilos de alimentação a partir das dimensões de responsividade e exigência com uso do *CFSQ*. Rio de Janeiro, 2019

Dimensões dos estilos de alimentação	Responsividade (7 itens: Q3,4,6,8,9,15 e 17)	Escore médio das respostas dadas ao grupo de itens de cada dimensão: 1 a 5
	Exigência (12 itens: Q1,2,5,7,10,11,12,13,14,16,18,19)	
Estilos de alimentação	Autoritativo	↑ responsividade e ↑ exigência
	Autoritário	↓ responsividade e ↑ exigência
	Indulgente	↑ responsividade e ↓ exigência
	Não-envolvido	↓ responsividade e ↓ exigência

Legenda: ↑ : > mediana da amostra; ↓ < mediana da amostra
Fonte: Adaptado de Maccoby e Martin (1983); Ferreira (2018).

4.5.2.2 Práticas parentais de alimentação

Foram identificadas através do instrumento *CFQ* validado para o contexto de pré-escolares brasileiros por Ferreira e colaboradores (2018). O *CFQ* apresenta 31 itens que questionam sobre práticas parentais de alimentação em 7 dimensões: (a) responsabilidade percebida pelos pais; (b) percepção de peso dos pais; (c) percepção do peso da criança; (d) preocupação com o peso da criança; (e) restrição; (f) pressão para comer e (g) monitoramento.

Destas dimensões, a presente tese tem interesse em estudar as práticas de: “restrição alimentar” (8 itens), “pressão para comer” (4 itens) e “monitoramento alimentar” (3 itens). Todos os itens foram respondidos através do sistema *Likert* de 5 pontos. A partir disso, pôde-se obter o escore médio de cada prática (Quadro 4) e analisar os dados segundo os tercis da amostra, considerando-se o 3º tercil como alto grau da prática em questão (Quadro 5).

Quadro 4 - Identificação da variável práticas parentais de alimentação no *CFQ*. Rio de Janeiro, 2019

Práticas parentais de alimentação	Itens no questionário	Escore médio final
Pressão para comer	8 (Q17 a 24)	1 a 5
Restrição alimentar	4 (Q25 a 28)	
Monitoramento	3 (Q29 a 31)	

Fonte: Adaptado de Birch e colaboradores, 2001.

Quadro 5 – Tercis de escores médios das práticas parentais de alimentação na amostra de mães da CF de Del Castilho, Rio de Janeiro, 2019

Tercis	Pressão para comer	Restrição Alimentar	Monitoramento alimentar
1º	1 – 3,25	1 – 3,50	1 – 4,00
2º	3,25 – 3,99	3,50 – 4,50	4,00 – 4,67
3º	> 3,99	> 4,50	> 4,67

4.5.2.3 Oferta de alimentos ultraprocessados

Foi utilizado o instrumento *Questionário para avaliação de práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade* validado por Oliveira e colaboradoras (2015), com o público pré-escolar. As mães foram entrevistadas sobre a oferta de alimentos presentes no instrumento no dia anterior aos filhos, o que inclui itens sobre o consumo de 4 categorias de alimentos, de acordo com seu grau de processamento: *in natura* ou minimamente processados, ingredientes culinários, alimentos processados e alimentos ultraprocessados. Com isso, foi possível encontrar o escore de oferta de alimentos ultraprocessados, escala de 0 a 11 itens ofertados e posteriormente analisar segundo quintis de oferta, considerando-se o 5º quintil, ou a quantidade superior a 6 itens ofertados ao dia, como alta oferta.

4.5.3 Co-variáveis

As co-variáveis utilizadas para caracterização das mães e ajuste dos modelos foram: idade e escolaridade maternas, situação conjugal, número de filhos, número de pessoas do domicílio, exercício profissional remunerado e recebimento de benefício governamental.

4.5.3.1 Idade Materna

Variável coletada em números inteiros, obtida do cálculo da diferença entre a data da entrevista e a data de nascimento da mãe. Foi categorizada de forma bivariada em “mães < 35 anos” e “mães \geq 35 anos”.

4.5.3.2 Escolaridade Materna

Variável coletada na forma da última série cursada pela respondente, apresentada na forma de série e grau, sendo o maior nível de escolaridade a quarta série do terceiro grau. O 1º grau representa o Ensino Fundamental (E.F.), o 2º grau representa o Ensino Médio (E.M.) e o

3º grau representa o Ensino Superior (E.S.), considerando-se para o último a duração de 4 anos. A variável foi recategorizada nas possibilidades de “até 9 anos de estudo” e “mais de 9 anos de estudo”, sugerindo a baixa escolaridade bivariada: Sim e Não (Quadro 6).

Quadro 6 – Recategorização da variável escolaridade materna. Rio de Janeiro, 2019

Série.Nível	Categoria originada	
0 a 9.1	Ensino Fundamental (EF)	Até 9 anos de estudo
1.2 a 3.2	Ensino Médio (EM)	> 9 anos de estudo
1.3 a 4.3	Ensino Superior (ES)	

4.5.3.3 Situação Conjugal

Tal variável foi questionada com as possibilidades de resposta: (1) vive com companheiro, pai da criança; (2) vive com companheiro, padrasto da criança; (3) não vive com companheiro há mais de 1 ano; (4) não vive com companheiro há menos de 1 ano; (5) tem namorado há mais de 1 ano; (6) tem namorado há menos de 1 ano; (7) não tem namorado. As opções 1 e 2 deram origem a categoria (a) vive com companheiro; as opções de resposta (3), (4), (5), (6) e (7) deram origem a categoria (b) não vive com companheiro. Desta forma, a variável tornou-se bivariada: (a) vive com companheiro e (b) não vive com companheiro (Quadro 7).

Quadro 7 – Recategorização da variável situação conjugal materna. Rio de Janeiro, 2019

Item no questionário	Categoria originada
(1) vive com companheiro, pai da criança	(a) Vive com companheiro
(2) vive com companheiro, padrasto da criança	
(3) não vive com companheiro há mais de 1 ano	(b) Não vive com companheiro
(4) não vive com companheiro há menos de 1 ano	
(7) não tem namorado	
(5) tem namorado há mais de 1 ano	
(6) tem namorado há menos de 1 ano	

4.5.3.4 Número de filhos

Variável coletada em números inteiros e posteriormente foi categorizada na forma bivariada “1 filho” e “> 1 filho”.

4.5.3.5 Número de pessoas do domicílio

Variável coletada em números inteiros.

4.5.3.6 Exercício profissional remunerado

Variável dicotômica com as possibilidades de resposta “Sim” e “Não”. Indicou se a mãe estava trabalhando fora de casa à época da pesquisa.

4.5.3.7 Recebimento de benefício de transferência de renda do governo

Variável dicotômica com as possibilidades de resposta “Sim” e “Não”. Indicou se a mãe era beneficiária de benefício governamental à época da pesquisa.

4.6 Tratamento dos dados

Os dados coletados foram sistematizados em máscara construída no *Software EpiData*®, com dupla entrada realizada por digitadores treinados para essa finalidade. O Banco de Dados originado foi preparado através de procedimentos de organização e limpeza pela supervisão, com auxílio da coordenação da pesquisa.

4.7 Análise estatística

As variáveis categóricas foram descritas por meio de proporções e seus respectivos intervalos de confiança de 95%, enquanto as variáveis contínuas foram descritas por meio de média e respetivo desvio-padrão ou através de mediana e respetivo intervalo interquartil, dependendo da sua distribuição. A normalidade da distribuição das variáveis foi verificada por meio do teste de *Shapiro-Wilk*. A investigação da associação entre excesso de peso materno (exposição) e os potenciais desfechos foi realizada por meio de modelos de regressão logística para estimar razão de chances (RC) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) nas análises brutas e ajustadas. Foi considerado o nível de significância de 5%. As análises foram realizadas no *Software SPSS* versão 21.0®.

4.8 Aspectos éticos

A pesquisa *Violência familiar, estilos e práticas alimentares parentais e excesso de peso na infância* foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro e aprovação via Plataforma Brasil sob o protocolo de nº 1068427.

Foi utilizado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo C) a todas as mães que aceitaram convite telefônico e compareceram a entrevista, tornando-se participantes da pesquisa. Todos os respondentes foram previamente esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, o direito a confidencialidade, ao esclarecimento em qualquer tempo, aos possíveis efeitos positivos e negativos de sua participação, que teve caráter voluntário e opcional. Respeitando-se a legislação vigente, na possibilidade de haver mães/cuidadoras expostas à violência contra mulher, todas as mulheres entrevistadas receberam antes da entrevista folder explicativo sobre o tema, contendo canais de atendimento presencial e telefônico.

5 MANUSCRITOS

5.1 Manuscrito 1: Excesso de Peso Materno, estilos e práticas parentais de alimentação

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi associar o excesso de peso materno aos estilos e práticas parentais de alimentação. Estudo seccional realizado em uma Clínica da Família do Rio de Janeiro entre 2016 e 2017 com 154 mães (biológicas ou não) de pré-escolares. Foram utilizadas versões em português dos instrumentos *CFSQ* e *CFQ* adaptados para pré-escolares brasileiros por Ferreira e colaboradores em 2018. Com uso desses instrumentos, foram identificados os estilos e práticas parentais de alimentação (desfechos). Os escores medianos de “responsividade” (3,57) e “exigência” (3,08) foram utilizados na classificação de alto ou baixo grau e classificação dos estilos. O 3º tercil das práticas de “pressão para comer” (3,99), “restrição” (4,50) e “monitoramento alimentar” (4,67) foram utilizados para determinar o alto grau. O IMC foi utilizado para identificar o excesso de peso materno (EP = IMC > 25Kg/m²) e (exposição). A frequência de EP materno foi 67,5%. Os estilos de alimentação não autoritativos foram predominantes na amostra (autoritativo 35,1% e não autoritativo 64,9%). O EP materno não esteve associado aos estilos de alimentação. O EP materno esteve inversamente associado ao alto grau da prática de “restrição alimentar” (RC=0,199; IC95%:0,050-0,782; p=0,021) em modelo ajustado por trabalho fora de casa e recebimento de auxílio governamental. Foi encontrada frequência de EP materno compatível com dados nacionais e estudos com público materno de objetivo semelhante. Mães obesas tiveram maiores chances de exercerem estilo de alimentação “não-envolvido”, o que aponta para maior risco à nutrição infantil. No entanto, mães com EP tiveram menores chances de exercerem alto grau de “restrição alimentar”, conduta já associada ao EP infantil e à predileção por alimentos não saudáveis. Sugere-se que as unidades de saúde realizem atividades de educação alimentar e nutricional com vistas ao enfrentamento das prevalências de excesso de peso e obesidade materna encontradas e para maior engajamento das mães obesas com a alimentação dos filhos.

Palavras-chave: Excesso de peso, estilos e práticas parentais de alimentação, pré-escolares.

ABSTRACT

Introduction: Parenting styles are the emotional climate that predominates in creation, and practices are their underpinning daily attitudes. These concepts were applied to feeding, in studies with outcomes of children's nutritional disorders. Feeding styles can be authoritative, authoritarian, indulgent, or negligent, and there are several parenting feeding practices, but the pressure to eat, restraint, and food monitoring stand out. The *CFSQ* and *CFQ* instruments measure parenting feeding styles and practices and have been adapted and used, especially with mothers of children with low socioeconomic status. In parallel, the prevalence of overweight among women is increasing, especially in mothers, due to the accumulation of weight in the reproductive cycle. Despite this, research that associate maternal overweight to parenting feeding styles and practices using such tools is rare. **Objective:** This study aims to associate maternal overweight with parenting feeding styles and practices. **Method:** This is a cross-sectional study conducted at a Family Clinic in Rio de Janeiro between December 2016 and November 2017 with 154 preschool mothers. *CFSQ* and *CFQ* instruments were used to identify parenting feeding styles and practices (outcomes) and maternal BMI was employed to identify overweight (>25 kg/m²) and obesity (>30 kg/m²) (exposure). **Results:** The frequency of maternal overweight was 67.5% and maternal obesity 37.7%. The predominant feeding

styles were authoritative and uninvolved (1/3 of the sample each). Maternal overweight was not associated with feeding styles; however, maternal overweight was associated with the uninvolved style (OR=2.307, 95% CI: 1.158-4.559, p=0.017). Maternal overweight was inversely associated with the practice of food restriction (OR=0.381, 95% CI: 0.178-0.814; p=0.013) in a model adjusted for the partner's presence, age, and maternal schooling.

Discussion: There was a high frequency of maternal overweight compared to national studies. Authoritative and uninvolved feeding styles were the most frequent, which is contradictory since the former is associated with adequate weight status and better infant food intake, while the latter is reversed. **Conclusion:** Mothers with maternal overweight were less likely to exercise a high level of dietary restriction, while obese mothers were more likely to exercise uninvolved style.

Keywords: Maternal overweight, parenting feeding styles, and practices, preschoolers.

5.1.1 Introdução

Estilos e práticas parentais são termos utilizados para descrever o clima emocional que predomina na interação entre pais e filhos no contexto da criação. Cada estilo parental é caracterizado no cotidiano por um conjunto de práticas parentais, além de outros componentes da criação, como a linguagem corporal e o tom de voz (DARLING e STEINBERG, 1993).

A tipologia de Maccoby e Martin (1983) modifica a proposta de Baumrind (1966) de estilos parentais em quatro possibilidades: *autoritativos*, *autoritários*, *indulgentes* e *não-envolvidos*. Para essa classificação, levam em consideração o alto ou baixo grau de responsividade e exigência. A responsividade é a capacidade de responder às demandas da criança, enquanto a exigência é a capacidade de estabelecer limites e regras. Pais *autoritativos* aliam altos graus de exigência e responsividade, os *autoritários* têm baixa responsividade, os *indulgentes* têm baixa exigência, enquanto os *não-envolvidos* têm baixas responsividade e exigência, não apresentando conexão com a criança.

Os estilos e as práticas parentais de alimentação são a aproximação dos conceitos de estilos e práticas parentais gerais ao contexto da alimentação infantil. São características da parentalidade que resultam de práticas e comportamentos aplicados durante as refeições e por isso impactam no consumo alimentar e no peso infantil (CONSTANZO e WOODY, 1985; BIRCH e DAVIDSON, 1991; VENTURA e BIRCH, 2008).

Os primeiros estudos sobre práticas parentais de alimentação e desfechos nutricionais na infância foram realizados por Birch e colaboradores (BIRCH e MARLIN, 1982; BIRCH *et al.*, 1987; BIRCH, 1999; BIRCH e DAVIDSON, 2001) que investigaram relação destas práticas com alguns desfechos nutricionais na infância, como neofobias, hábitos e preferências alimentares. Desde então, outras práticas parentais de alimentação foram estudadas, como a alimentação dos pais, o hábito de preparar refeições diferenciadas para os

filhos (MELLO *et al.*, 2017), a disponibilidade de lanches não-saudáveis no domicílio, bem como práticas de encorajamento de consumo de alimentos saudáveis (BLISSETT, 2011). Contudo, três práticas parentais são comumente estudadas: *restrição alimentar*, a *pressão para comer* e *monitoramento alimentar* (SCAGLIONI, SALVIONI, GALIMBERTI, 2008), sobretudo com o objetivo de associar tais práticas ao excesso de peso infantil.

Diferentes instrumentos de avaliação dos estilos e práticas parentais foram formulados com base em conceitos e tipologias específicas, contudo, o *Caregiver's Feeding Styles Questionnaire (CFSQ)* e o do *Child Feeding Questionnaire (CFQ)* são os mais adaptados a diferentes contextos culturais, segundo as revisões sistemáticas de Shloim e colaboradores (2015) e de Patel e colaboradores (2018).

O *CFSQ* foi desenvolvido por Hughes e colaboradores (2005) para identificar estilos de alimentação de cuidadores de crianças em idade pré-escolar e o *CFQ* foi elaborado por Birch e colaboradores (2001) para mensurar atitudes parentais, saberes e práticas sobre alimentação e propensão a obesidade infantil. Com uso desses instrumentos, a literatura associou estilos e práticas parentais de alimentação aos desfechos nutricionais infantis, como qualidade da alimentação e peso. A maioria deles aponta para a associação entre estilo *autoritativo* e melhores desfechos infantis, enquanto os estilos não-autoritativos (especialmente o indulgente) e a prática de restrição alimentar se associam ao maior consumo alimentar e excesso de peso infantil (HENNESSY *et al.*, 2010; COSTA, PINO e FRIEDMAN, 2011; HUGHES *et al.*, 2011; CARDEL *et al.*, 2012; TOVAR *et al.*, 2012; FRANKEL *et al.*, 2014; YAVUZ e SELKUC, 2018).

No entanto, são escassos os estudos que associam o estado nutricional materno aos estilos e práticas parentais de alimentação, mesmo em contexto de protagonismo das mães na oferta de alimentos aos filhos (BORSA e NUNES, 2011), de alarmante o aumento da prevalência de excesso de peso no público feminino (IBGE, 2010; BRASIL, 2009; 2018), sobretudo para aquelas que são mães (CRISTÓVÃO, SATO e FUJIMORI, 2011; CORREIA *et al.*, 2011; NAKANO *et al.*, 2018) e já tendo sido documentada a associação entre o excesso de peso de mães e filhos (ENGSTRON e ANJOS, 1996; HALPERN *et al.*, 2002). A revisão sistemática de Patel e colaboradores (2018) incluiu um período de busca de quase 5 décadas (1969-2018) encontrou 20 estudos padronizados que associaram o excesso de peso dos pais, na maior parte deles a mãe apenas, às práticas parentais de alimentação. Destes, apenas o estudo brasileiro de Costa, Pino e Friedman (2011) foi encontrado, com resultados significativamente diferentes entre pais com e sem excesso de peso para a prática de restrição alimentar e para a percepção sobre o próprio peso e sobre o peso da criança. Diante desse

contexto, o presente estudo investigou a associação entre excesso de peso materno e os estilos e práticas parentais de alimentação adotados por mães de pré-escolares.

5.1.2 Métodos

5.1.2.1 Desenho do estudo

Estudo seccional cujos dados fazem parte da pesquisa que investigou a relação entre violência familiar, estilos e práticas parentais de alimentação em excesso de peso na infância em crianças de 2 a 6 anos atendidas em uma Clínica de Saúde da Família localizada em Del Castilho, município do Rio de Janeiro, entre os anos 2015 e 2017 e realizou adaptação transcultural dos instrumentos *CFQ* e *CFSQ* para pré-escolares brasileiros (FERREIRA, 2018). Fizeram parte da amostra desta pesquisa cuidadores (pais, avós e tios) de crianças na faixa etária do estudo, cadastradas e atendidas na unidade.

5.1.2.2 Amostragem

A amostra da pesquisa maior foi de 181 crianças com idade de 2 a 6 anos incompletos, as quais participaram da pesquisa através de responsáveis ou cuidadores elegíveis. Destes, 154 foram mães (biológicas ou de criação) e fizeram parte da amostra do presente estudo.

5.1.2.3 Critérios de elegibilidade e de exclusão

Foram considerados elegíveis todos os responsáveis ou cuidadores do sexo feminino que exerciam papel materno, ou seja, criavam a criança. Foi necessário ter conhecimento sobre a rotina alimentar da criança. Foram excluídos todos os que possuíam deficiência física ou cognitiva com impacto no diagnóstico nutricional ou que incapacitasse a compreensão das questões da pesquisa e todos os outros responsáveis como pai, tio, avô, madrinha, tia ou qualquer cuidador que não exerciam papel materno.

5.1.2.4 Coleta e aferição dos dados

As mães foram contatadas por telefone e convidadas a comparecerem para realização de entrevista individual e aferição das medidas antropométricas em sala e equipe específica da pesquisa. O período de coleta dos dados se deu entre dezembro de 2016 e novembro de 2017

por equipe treinada com padronização na coleta dos dados e na aferição de medidas antropométricas. Durante esse período houve supervisão de coleta e retreinamento da equipe, sempre que necessário.

O Questionário da pesquisa maior era dividido em módulos, dentre os quais o presente estudo utilizou: Dados da Família e do Domicílio; Estilos Parentais de Alimentação (*Caregiver's Feeding Styles Questionnaire* adaptado por Ferreira e colaboradores em 2018 para pré-escolares brasileiros); Práticas Parentais de Alimentação (*Child Feeding Questionnaire* adaptado por Ferreira e colaboradores em 2018 para pré-escolares brasileiros) e Dados Antropométricos Maternos (Peso e estatura).

A avaliação antropométrica do peso corporal (kg) foi mensurada em balança digital de campo da marca TANITA® com capacidade máxima de 180 kg e precisão de 100g. A estatura (cm) foi medida em estadiômetro móvel da marca Alturaexata® com extensão de 2 m. As medidas antropométricas foram realizadas com as mãos descalças, usando o mínimo de roupas e livres de acessórios, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

5.1.2.5 Registro dos dados

Após o período de coleta os questionários foram checados pelas supervisoras da pesquisa. Em seguida, a dupla digitação dos dados foi realizada por digitadores habilitados, no período entre julho e outubro de 2018 por meio no *software* EpiData®, versão 3.1.

5.1.2.6 Variáveis do estudo

5.1.2.6.1 Excesso de Peso (EP) materno – variável de exposição

O estado nutricional das mães foi classificado com base no Índice de Massa Corporal (IMC), nas categorias EP (variável dicotômica): sim ($IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$) ou não ($IMC < 25 \text{ Kg/m}^2$) (OMS, 2000).

5.1.2.6.2 Estilos de alimentação – variável desfecho 1

Classificado de acordo com a tipologia de Maccoby e Martin (1983) em quatro categorias: “autoritativo”, “autoritário”, “indulgente” ou “negligente”, de acordo com alto ou

baixo níveis de responsividade e exigência medidos através dos escores médios (1 a 5 na escala *Likert*) obtidos pelo *CFSQ* adaptado por Ferreira e colaboradores (2018). Os pontos de corte para alto e baixo teor foram as medianas da amostra para responsividade (3,57) e exigência (3,08).

5.1.2.6.3 Práticas parentais de alimentação – variável desfecho 2

Obtidas a partir do instrumento *CFQ* adaptado por Ferreira e colaboradores (2018), através do qual foram calculados os escores médios (1 a 5 na escala *Likert*) para cada uma das três práticas parentais de alimentação de interesse para o presente estudo: “pressão para comer”, “restrição alimentar” e “monitoramento alimentar”. Os escores médios foram analisados como variáveis quantitativas e descritos por suas médias e tercís de escore. O alto grau de cada prática foi considerado o 3º tercil de cada escore, a saber: >3,99, > 4,50 e > 4,67, respectivamente.

5.1.2.6.4 Covariáveis

Com base na literatura sobre os determinantes do EP materno (BRASIL, 2009; CRISTÓVÃO, SATO e FUJIMORI, 2011; CORREIA *et al.*, 2011; WIDEN *et al.*, 2015; PINHEIRO *et al.*, 2016; NAKANO *et al.*, 2018) e dos estilos e práticas parentais de alimentação (BIRCH e VENTURA, 2003; VENTURA e BIRCH, 2008; THOMPSON, ADAIR e BENTLEY, 2012) foram selecionadas para o presente estudo as covariáveis referentes à mãe e à família/domicílio:

- a. Idade materna: obtida pela data da entrevista menos a data de nascimento e categorizada como: < 35 anos e \geq 35 anos;
- b. Escolaridade materna, registrada em série e nível (fundamental/ médio ou superior) e categorizada como: até 9 anos de estudo e > 9 anos de estudo;
- c. Número de filhos: variável numérica categorizada em: até 1 filho e > 1 filho;
- d. Número de pessoas no domicílio: variável numérica;
- e. Situação conjugal, categorizada em: vive com companheiro sim ou não;
- f. Trabalho remunerado categorizado como: sim ou não;
- g. Auxílio governamental categorizado como: sim ou não.

5.1.2.6.5 Análise dos dados

As variáveis categóricas foram descritas por meio de proporções, enquanto as variáveis contínuas foram descritas por meio de média e respectivo desvio-padrão (DP) ou através de mediana e respectivo intervalo interquartil, dependendo da sua distribuição. A normalidade da distribuição das variáveis foi verificada por meio do teste de *Shapiro-Wilk*. A investigação da associação entre excesso de peso materno (exposição) e estilos e práticas parentais de alimentação foi realizada por meio de modelos de regressão logística para estimar razão de chances (RC) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Em seguida, aquelas variáveis que apresentaram p-valor $\leq 0,20$ foram incluídas no modelo por serem consideradas potenciais variáveis de ajuste na análise multivariada. Foi considerado o nível de significância de 5%. As análises foram realizadas no *Software SPSS (Statistical Package for Social Sciences)*, versão 21.0®.

5.1.2.7 Aspectos éticos

A adesão ao estudo foi voluntária, a confidencialidade dos dados garantida e a participação confirmada após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A Pesquisa maior *Violência familiar, estilos e práticas alimentares parentais e excesso de peso na infância*, da qual este estudo faz parte foi avaliada e aprovada pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) da Prefeitura do município do Rio de Janeiro (nº 1068427) e diante da possibilidade de existir violência contra a mulher, todas as entrevistadas receberam folder contendo explicações para identificar o problema e buscar ajuda.

5.1.3 Resultados

5.1.3.1 Caracterização da amostra

A amostra foi composta de 154 mães de pré-escolares, com idade entre 19 e 50 anos. A maior parte delas tinha menos de 35 anos de idade (75,3%), mais de 9 anos de estudo (75%), vivia com companheiro (73,9%), tinha mais de 1 filho (52,9%), não trabalhava fora de casa (71,7%) e recebia auxílio financeiro do governo (52,3%). O IMC materno médio foi de 28,39Kg/m² ($\pm 6,6$ D.P.), a frequência de EP foi de 67,5% e de OB foi de 37,7% (Tabela 1).

Tabela 1

5.1.3.2 Estilos e práticas parentais de alimentação

O estilo de alimentação “autoritativo” teve frequência de 35,1% enquanto os estilos não autoritativos tiveram 64,1%. Dentre eles, o estilo “não-envolvido” teve a frequência mais elevada, 33,1%. Das três práticas parentais de alimentação investigadas, o maior escore médio foi de “monitoramento alimentar” ($4,15 \pm 0,89$ DP) (Tabela 2). Organizando-se os escores médios das práticas em tercís, o alto grau de “pressão para comer” (3º tercíl) foi encontrado em 33,6%, de “restrição alimentar” em 7,2% e de “monitoramento alimentar” em 3,9% da amostra.

Tabela 2

Não foi encontrada associação entre o EP materno e os estilos de alimentação, testados por Regressão Logística bivariada (Tabela 3), Tabela 3

A análise das práticas parentais de alimentação por tercís de escore médio, considerando o 3º tercíl como alto grau de cada prática, não mostrou associação entre excesso de peso ou obesidade materna com o alto grau das práticas investigadas (Tabela 5), exceto pela associação inversa entre o EP materno e alta prática de “restrição alimentar”, analisado posteriormente em modelo ajustado por trabalhar fora de casa e receber auxílio governamental (RC=0,199; IC95%:0,050-0,782; p=0,021) (Tabela 6). Mães com EP tem cerca de 20% menos chances de exercerem alta prática de “restrição alimentar” quando comparadas àquelas sem EP.

Tabela 5

Tabela 6

5.1.4 Discussão

No presente estudo, a prevalência de excesso de peso e de obesidade materna foi 67,5% e 37,7%, respectivamente. Maliszewski e colaboradores (2017) encontraram

prevalências semelhantes de 72% e 39,7% (respectivamente) em cuidadores majoritariamente (88,7%) maternos de origem latina nos Estados Unidos da América (EUA); Hennessy e colaboradores (2010) encontraram prevalência superior (76%) em uma amostra com a maioria (87%) de mães. Ambos os estudos não associaram o excesso de peso materno aos estilos e práticas parentais de alimentação, utilizado como variável de ajuste. Já o estudo brasileiro de Costa, Pino e Friedman (2011), no qual as mães foram 85,7% dos cuidadores participantes, a prevalência de excesso de peso encontrada foi bastante inferior (32,7%).

No presente estudo mais de 1/3 das mães apresentou estilo de alimentação “autoritativo”, aspecto considerado positivo, uma vez que este estilo descrito na literatura como positivo nos resultados nutricionais na infância. Por outro lado, aproximadamente 1/3 das mães apresentaram estilo de alimentação “não-envolvido” e 14,9% foram consideradas “indulgentes”. Tais achados mostram-se preocupantes, uma vez que mães não-envolvidas têm dificuldades em se conectar com a alimentação dos filhos e tais estilos foram associados ao excesso de peso e pior qualidade da alimentação na infância. A revisão sistemática de Shloim e colaboradores (2015) associou o estilo autoritativo a melhores desfechos nutricionais infantis (alimentação e peso) e destacou ainda a associação positiva entre os estilos “indulgente” e “não-envolvido” e da prática de “restrição alimentar” com o elevado IMC infantil. Em revisão narrativa subsequente, Hughes e Papaioannou (2018) afirmaram que pesquisas atuais mostram que o estilo alimentar “autoritativo” têm sido consistentemente associado a melhores resultados de saúde infantil, como melhor qualidade da alimentação e peso adequado da criança. Por outro lado, Hankey, Williams e Dev (2016) associaram o estilo de alimentação “não-envolvido” ao comer exacerbado e maiores escores de IMC infantil.

A revisão sistemática de Vizcarra, Tseng e Na (2019) selecionou estudos que associaram estilos e práticas parentais de alimentação com peso infantil na América Latina. Dentre suas conclusões, a prática de “restrição alimentar” e os estilos de alimentação “indulgente” e “não-envolvido” foram associados ao maior IMC e maiores chances de excesso de peso na criança. Thompson, Adair e Bentley (2012) corroboram a associação entre a prática de “restrição alimentar” e o elevado peso na infância.

No presente estudo, a obesidade materna associou-se significativamente ao estilo de alimentação “não-envolvido” e o excesso de peso materno reduziu em cerca de 20% as chances de prática elevada de “restrição alimentar”. O estudo de Russell e colaboradores (2018) encontrou menores chances de mães obesas realizarem a prática de “restrição de alimentos por motivo de saúde”, averiguada através do instrumento *Comprehensive Feeding*

Practices Questionnaire (CFPQ). No entanto, Campbell e colaboradores (2010) não encontraram associação entre IMC materno e escore de restrição alimentar, Berge e colaboradores (2015) encontraram relatos significativamente maiores de “restrição alimentar” (através do *CFQ*) em cuidadores com excesso de peso, quando comparados àqueles com peso saudável e o estudo brasileiro de Costa, Pino e Friedman (2011) encontrou escores médios significativamente maiores de restrição e monitoramento alimentar em cuidadores com excesso de peso.

Por outro lado, de acordo com a revisão sistemática de Patel e colaboradores (2018), outros estudos não encontraram diferenças na prática parental de “restrição alimentar”, segundo estado nutricional materno, como Francis e colaboradores (2001), Francis e Birch (2005), Powers e colaboradores (2006), Lewis e Worobay (2011) e Cebeci e Guven (2015).

O estudo longitudinal de Schrepft e colaboradores (2016), desenvolvido no Reino Unido, associou o perfil nutricional materno com práticas parentais de alimentação e ambiente domiciliar obesogênico, definido por hábitos de alimentares inadequados e sedentarismo. A cada 1 unidade de incremento no IMC materno as chances de ambiente domiciliar obesogênico aumentaram em 5%. Por outro lado, Lipowska e colaboradores (2018) com uso de instrumentos diferentes do presente estudo (*Children’s Eating Behavior Questionnaire – CEBQ* e *Dietary Knowledge and Habits - DKH*) apontam que mães com elevado percentual corporal de gordura foram mais propensas a utilizar estilo de alimentação de incentivo e dificilmente tiveram filhos com percentual de gordura elevado e concluíram que a crença de que mulheres com excesso de peso transmitem padrões alimentares pouco saudáveis não se confirmou no estudo. Por outro lado, o estudo de Williams e colaboradores (2017) associou o menor IMC materno ao ambiente alimentar mais saudável no lar.

O estudo brasileiro de Machado e colaboradores (2018) investigou fatores associados aos estilos parentais com uso de uma versão do *CFQ* traduzida para o português em estudo de adaptação transcultural ainda não publicado (Fontanezi e colaboradores). Dentre seus resultados, o perfil não-autoritativo predominou entre as mães, com o estilo “autoritário” sendo o mais prevalente entre os subtipos. O hábito de compartilhar as refeições com os filhos foi considerado fator de proteção ao estilo não-autoritativo e a prática de interagir com os filhos durante as refeições foi associada aos estilos com alto grau de exigência: “autoritário” e “autoritativo”.

O presente estudo averiguou os estilos e práticas maternos. Mas há diferenças entre os estilos e práticas de alimentação entre os cuidadores, como pais, tios e avós em comparação com mães. Barrett e colaboradores (2018) compararam pais, avós e cuidadores de creche com

mães utilizando o *Infant Feeding Style Questionnaire* e encontraram maiores chances de estilo indulgente em pais e avós. Wei e colaboradores (2018) encontraram associação entre o pai ser o principal cuidador da criança e menor IMC infantil, enquanto os avós serem os principais cuidadores ao maior IMC infantil. Tais achados sugerem que o desenvolvimento de estudos comparativos entre cuidadores pode favorecer a compreensão da diferença entre eles e possibilitar abordagens adequadas ao tipo de cuidador que acompanha a criança em atendimentos de cuidados à saúde.

Ressalta-se que os estilos e práticas parentais de alimentação são um tema de investigação ainda pouco explorados no contexto de crianças brasileiras, embora tais investigações possam melhorar a compreensão da determinação do excesso de peso infantil e auxiliar na formulação de estratégias de intervenção para o público materno e infantil. São necessárias maiores investigações com crianças brasileiras, uma vez que a literatura aponta resultados de perfil de estilos de alimentação bastante específicos para grupos étnicos diferentes (WONDAFRASH, AMSALU e WOLDIE, 2012; TOVAR *et al.*, 2015; WANG *et al.*, 2017; MALISZEWSKI *et al.*, 2017; HUGHES *et al.*, 2017; WEI *et al.*, 2018; KORANI *et al.*, 2018) e diante da contraditoriedade dos achados do presente estudo.

Embora o estilo de alimentação autoritativo seja considerado positivo para os desfechos nutricionais infantis e mais de 1/3 da amostra de mães tenha sido classificada como tal, inspira preocupação metade delas ter sido considerada como indulgente ou não-envolvida, estilos associados ao excesso de peso infantil. No tocante às práticas parentais de alimentação, chama a atenção a diferença entre a associação inversa encontrada na amostra de mães do Rio de Janeiro do presente estudo, sugerindo que o excesso de peso materno proteja as crianças da prática de restrição alimentar e os dados encontrados no estudo brasileiro de Costa, Pino e Friedman em Porto Alegre, no qual as médias de escore para esta prática são significativamente maiores em cuidadores com excesso de peso, majoritariamente mães. No entanto, as disparidades regionais brasileiras e as peculiaridades da situação psicossocial, econômica e nutricional das populações que vivem em regiões urbanas favelizadas, como a população de referência do presente estudo, são conhecidas (SANTOS, MARTINS e SAWAYA, 2008; FERREIRA *et al.*, 2010; FERREIRA e MAGALHÃES, 2011).

O presente estudo utilizou os dados coletados para a adaptação dos instrumentos *CFQ* e *CFSQ* com público de crianças em fase pré-escolar realizado por Ferreira e colaboradores (FERREIRA, 2018) atendidas em uma Clínica da Família do município do Rio de Janeiro. Ainda que seus resultados possam sugerir que o excesso de peso reduza as chances de comportamentos maternos obesogênicos, tal efeito parece se perder quando o grau de excesso

de peso é acentuado. Esses indícios abrem portas para a reflexão sobre o assunto e trazem à tona a possibilidade de mães com excesso de peso não necessariamente assumirem condutas que colocam seus filhos em risco de excesso de peso infantil, como apontado no estudo polonês de Lipowska e colaboradores (2018).

O nível de informação das mães participantes do estudo pode ter atuado em seus comportamentos durante a oferta de refeições, uma vez que são cadastradas e atendidas em uma Clínica da Família, que faz parte da Atenção Básica à Saúde em um modelo diferenciado de atenção centrado na família e nas atividades de promoção à saúde e prevenção de doença. O maior acesso a essas informações pode ter participado das decisões e condutas maternas a ponto de preservarem seus filhos de condutas obesogênicas, diferente dos dados encontrados por Schrempft e colaboradores (2016) em seu estudo de coorte inglês, no qual o aumento do IMC materno elevou as chances de ambiente alimentar obesogênico no domicílio. Por outro lado, são necessários e recomendados futuros estudos (de preferência com uso dos instrumentos *CFQ* e *CFSQ* agora adaptados para o público pré-escolar) com a finalidade de confirmar ou refutar tais achados.

5.1.5 Conclusão

Foram encontradas prevalências de excesso de peso e obesidade materna compatíveis com estudos semelhantes e com as prevalências médias dos últimos estudos da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. A obesidade, forma mais grave de EP esteve associada ao estilo de alimentação “não-envolvido”. O EP materno esteve associado inversamente à prática de “restrição alimentar”. Tais resultados sugerem que mães com EP protegem seus filhos de práticas consideradas obesogênicas aos filhos, no entanto, quando obesas têm maiores chances de terem estilo de alimentação “não-envolvido”, o que representa maior risco de EP infantil. Sugerem-se estratégias de intervenção nutricional no âmbito da atenção básica à saúde do Rio de Janeiro com vistas ao enfrentamento do excesso de peso materno e, adicionalmente, atividades de educação alimentar e nutricional com vistas ao engajamento das mães, sobretudo as obesas, com a rotina alimentar de seus filhos.

5.1.6 Financiamento

A pesquisa maior da qual o presente trabalho faz parte, foi realizada com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) através de duas Bolsas

de Doutorado (Código de Financiamento 001) e Bolsa de Doutorado Sanduíche no Exterior (Processo nº 88881.134357/2016-01) direcionadas à dois membros da equipe da pesquisa.

5.1.7 Conflito de interesse

As autoras declaram não haver conflito de interesse.

5.1.8 Referências

- Barrett KJ et al. Contributions of nonmaternal caregivers to infant feeding in a low-income African-American sample. *Matern Child Nutr.* 2018 Oct; 14(4):e12610.
- Berge JM et al. Parent/ adolescent weight status concordance and parent feeding practices. *Pediatrics.* 2015, 136, e591-e598.
- Birch LL, Marlin DW. I don't like it; I never tried it: effects of exposure on two-year-old children's food preferences. *Appetite.* v.3, n. 4, p.353–60. 1982.
- Birch LL et al. What kind of exposure reduces children's food neophobia? Looking vs. tasting. *Appetite.* 9(3):171–178. 1987.
- Birch LL. Development of food preferences. *Annu Rev Nutr.*(19):41–62. 1999.
- Birch LL, Davidson KK. Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatr Clin North Am.* 48(4):893–907. 2001.
- Birch LL et al. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite.* 36(3):201–210, 2001.
- Blissett J. Relationships between parenting style, feeding style and feeding practices and fruit and vegetable consumption in early childhood. *Appetite.* 57(3):826-831. 2011.
- Borsa JC, Nunes LT. 2011. Aspectos psicossociais da parentalidade: O papel de homens e mulheres na família nuclear. *Psicologia Argumento.* 29(64):31-39.
- Brasil. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança - PNDS. 2009.
- Brasil. Estudo Vigilância para Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - Vigitel 2017. Brasília, 2018.
- Boucher NL. Feeding Style and a Child's Body Mass Index. *Journal of Pediatric Health Care,* 2016; 30(6), 583–589.

- Campbell K et al. 2010. Parental use of restrictive feeding practices and child BMI z-score. A 3-year prospective cohort study. *Appetite*. 55:84-88.
- Cardel M et al. 2012. Parental feeding practices and socioeconomic status are associated with child adiposity in a multi-ethnic sample of children. *Appetite*. 58:347-353.
- Cebeci AN, Guven A. Does maternal obesity have an influence on feeding behavior of obese children? *Minerva Pediatr*. 2015, 67, 481-487.
- Costa FS, Pino DLD, Friedman R. 2011. Caregiver's attitudes and practices: influences in childhood body weight. *J. Biosoc. Sci*. 43:369-378.
- Constanzo PR, Woody EZ. Domain-specific parenting styles and their impact on the child's development of particular deviance: the example of obesity propens. *J Soc and Clin Psych*. 3(4):425-445. 1985.
- Correia LL et al. 2011. Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 16(1):133-145.
- Cristóvão MF, Sato APS, Fujimori E. Excesso de peso e obesidade abdominal em mulheres atendidas em Unidades da Estratégia Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*, 2011; 45(Esp. 2):1667-1672.
- Darling N, Steinberg L. Parenting style as context: an interactive model. *Psychological Bulletin*. 1993. (113):487-496.
- Engstrom EM, Anjos LA. Relação entre o estado nutricional materno e sobrepeso nas crianças brasileiras. *Rev. Saúde Pública*, 1996; 30(3):233-9.
- Ferreira VA et al. Desigualdade, pobreza e obesidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(S1): 1423-32, 2010.
- Ferreira VA, Magalhães R. Obesidade entre os pobres no Brasil: a vulnerabilidade feminina. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 16(4):2279-2287, 2011.
- Ferreira MF. Adaptação transcultural para o português (Brasil) dos instrumentos Caregiver's Feeding Styles Questionnaire e Child Feeding Questionnaire. Tese. (Doutorado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2018.
- Francis LA, Birch LL. Maternal weight status modulates the effects of restriction on daughter's eating and weight. *Int. J. Obes*. 2005, 29, 942-949.
- Francis LA et al. Predictors of maternal child-feeding style: Maternal and child characteristics. *Appetite*. 2001, 37, 231-243.
- Frankel LA et al. 2014. Parent's perceptions of preschool children's ability to regulate eating. Feeding styles differences. *Appetite*. 76:166-174.

Halpern A et al. Obesidade: Determinantes Genéticos, Ambientais e Clínicos. In: 9th International Congress on Obesity. 2002.

Hankey M, Williams NA, Dev D. Uninvolved Maternal Feeding Style Moderates the Association of Emotional Overeating to Preschoolers' Body Mass Index z-Scores. *J Nutr Educ Behav.* 2016 Sep; 48(8):530-537.e1.

Hennessy E et al. 2010. Parent behavior and child weight status among a diverse group of underserved rural families. *Appetite.* 54:369-377.

Hughes SO et al. Revisiting a neglected construct: parent styles in a child-feeding context. *Appetite.* 44(1):83-92, 2005.

Hughes SO et al. Emotional climate, feeding practices, and feeding styles: an observational analysis of the dinner meal in Head Start Families. *Int J. Behav. Nutr. Phys.* 2011; Act. 8:60.

Hughes SO et al. Potential Use of Food/Activity, Parenting Style, and Caregiver Feeding Style Measurement Tools with American Indian Families: A Brief Report. *Matern Child Health J.* 2017 Feb;21(2):242-247.

Hughes SO, Papaioannou MA. Maternal Predictors of Child Dietary Behaviors and Weight Status. *Curr Nutr Rep.* 2018 Dec;7(4):268-273.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. IBGE, 2010.

Korani M et al. Significant differences in maternal child-feeding style between ethnic groups in the UK: the role of deprivation and parenting styles. *J Hum Nutr Diet.* 2018 Oct; 31(5):625-633.

Lewis M, Worobey J. Mothers and toddlers lunch together. The relation between observed and reported behavior. *Appetite.* 2011, 56, 732-736.

Lipowska M et al. Gender and Body-Fat Status as Predictors of Parental Feeding Styles and Children's Nutritional Knowledge, Eating Habits and Behaviors. *Int J Environ Res Public Health.* 2018 May; 15(5): 852.

Maccoby E, Martin J. 1983. Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In: *Handbook of child psychology.* (Hetherington – Org). 4^a ed. New York: Wiley, 1983.

Machado RHV et al. Maternal Feeding Practices among Children with Feeding Difficulties: Cross-sectional Study in a Brazilian Reference Center. *Frontiers in Pediatrics,* 2018; 5.

Maliszewski, G et al. Parental Feeding Style and Pediatric Obesity in Latino Families. *Hispanic Health Care International,* 2017; 15(2), 65–70.

Melo KM et al. Influência do comportamento dos pais durante a refeição e no excesso de peso na infância. *Esc Anna Nery.* 2017. 21(4):e20170102.

Nakano RP et al. Prevalence, temporal trend and associated factors with excess bodyweight in mothers of children under five years. *Rev Nutr.*, 2018, 31(2):159-73.

Organização Mundial de Saúde – OMS. *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation*, Genebra, Suíça, 2000.

Patel C et al. Food Parenting Practices among Parents with Overweight and Obesity: A Systematic Review. *Nutrients*. 2018, 10: 1966.

Pinheiro MM et al. Prevalência do excesso de peso e fatores associados em mulheres em idade reprodutiva no Nordeste do Brasil. *Rev. Nutr.*, Campinas, 2016, 29(5):679-89.

Powers SW et al. Maternal feeding strategies, child eating behaviors, and BMI low income African-American preschoolers. *Obesity*. 2006, 14, 2026-2033.

Russell CG et al. Parental feeding practices associated with children's eating and weight: What are parents of toddlers and preschool children doing? *Appetite*. 2018, 128, 120-128.

Santos RB, Martins PA, Sawaya AL. Estado nutricional, condições socioeconômicas, ambientais e de saúde de crianças moradoras em cortiços e favela. *Rev. Nutr.* [Internet]. 2008; 21(6):671-681.

Scaglioni S, Salvioni M, Galimberti C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behavior. *British Journal of Nutrition*. 99(1):22–25, 2008.

Schrempft S et al. Maternal characteristics associated with the obesogenic quality of the home environment in early childhood, *Appetite* (2016).

Shloim N et al. Parenting styles, Feeding styles, Feeding Practices, and Weight Status in 4-12 year old children: A Systematic review of the literature. *Frontiers in Psychology*. 6:article1849. 2015.

Thompson AL, Adair LS, Bentley ME. Pressuring and restrictive feeding styles influence infant feeding and size among a low- income African- American sample. 2012. *Obesity*, 21(3):562-571.

Tovar A et al. 2012. Feeding styles and child weight status among recent immigrant mother-child dyads. *Int J. Behav. Nutr. Phys. Act.* 9:62-69.

Ventura AK, Birch, LL. Does parenting affect children's eating and weight status? *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 5(15). 2008.

Vizcarra M, Tseng PC, An R. Feeding Styles, Feeding Practices and Child Weight Status Between 2-to-12 Years Old Children in Latin America: A Systematic Review. *Curr Dev Nutr*. 2019 13;3 (Suppl 1).

Wang L et al. Feeding styles, parenting styles and snacking behavior in children attending primary schools in multiethnic neighborhoods: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2017 Jul 13;7(7):e015495.

Wei X et al. Predicting weight status in Chinese pre-school children: independent and interactive effects of caregiver types and feeding styles. *Public Health Nutr.* 2018 Apr; 21(6):1123-1130.

Widen EM et al. Excessive gestational weight gain is associated with long-term body fat and weight retention at 7 y postpartum in African American and Dominican mothers with underweight, normal, and overweight prepregnancy BMI. *Am J Clin Nutr.*, 102(6):1460-7, 2015.

Williams JE et al. Associations between parental bmi and the family nutrition and physical activity environment in a community sample. *J Community Health*, 2017, 42, 1233-1239.

Wondafrash M, Amsalu T, Woldie M. Feeding styles of caregivers of children 6-23 months of age in Derashe special district, Southern Ethiopia. *BMC Public Health.* 2012 Mar 23;12:235.

Wei X et al. Predicting weight status in Chinese pre-school children: independent and interactive effects of caregiver types and feeding styles. *Public Health Nutr.* 2018 Apr;21(6):1123-1130.

Yavuz HM, Selcuk B. Predictors of obesity and overweight in preschoolers: The role of parenting styles and feeding practices. *Appetite.* 120(2018): 491-9. 2017.

Tabelas

Tabela 1 – Características sociodemográficas e nutricionais de mães atendidas na Clínica da Família de Del Castilho, Rio de Janeiro, 2017

Característica		N	%	IC95%
Idade (> 35 anos)	Sim	44	28,6	21,2-35,8
Escolaridade (≤ 9 anos)	Sim	38	25,0	18,5-32,5
Vive com companheiro	Sim	113	73,9	66,2-80,1
Paridade (≤ 1 filho)	Sim	72	47,1	45,0-60,3
Trabalho remunerado	Sim	43	28,3	21,2-35,8
Auxílio governamental	Sim	80	52,3	45,0-60,9
Excesso de Peso	Sim	104	67,5	59,6-75,5

Tabela 2 – Estilos e práticas parentais de alimentação de mães atendidas na Clínica da Família de Del Castilho, Rio de Janeiro, 2017

Estilo de alimentação		N	%	IC95%
Autoritativo		54	35,1	27,6-42,8
Não-envolvido		51	33,1	25,7-40,8
Indulgente		23	14,9	9,9-21,1
Autoritário		22	14,3	8,6-20,4
Sem resposta		4	2,6	-
Total		154	100	-
Práticas parentais de alimentação	Escore médios			D.P.
Pressão para comer		3,56		0,70
Restrição alimentar		3,91		1,00
Monitoramento alimentar		4,15		0,89

DP: desvio padrão; IC: intervalo de confiança.

Tabela 3 – Análises brutas entre estado nutricional materno de sobrepeso e estilos de alimentação em mães atendidas na Clínica da Família de Del Castilho, Rio de Janeiro, 2017 Rio de Janeiro, 2017

Estilos de alimentação	Estado Nutricional materno		
	Excesso de Peso (IMC>25Kg/m ²)		
	RC	IC95%	p-valor
Autoritativo	0,729	0,362-1,465	0,374
Autoritário	1,333	0,488-3,645	0,575
Indulgente	0,709	0,284-1,770	0,461
Não-envolvido	1,900	0,888-4,066	0,098

*RC: razão de chances; IC: intervalo de confiança;

Tabela 4 – Análises brutas entre estado nutricional materno de sobrepeso e alto grau das práticas parentais de alimentação Rio de Janeiro, 2017

Práticas parentais de alimentação (Alto grau)	Estado Nutricional materno		
	Excesso de Peso (IMC>25Kg/m ²)		
	RC	IC95%	p-valor
Pressão p/ comer	0,746	0,367-1,514	0,417
Restrição	0,251	0,070-0,902	0,034
Monitoramento	0,230	0,041-1,301	0,096

*RC: razão de chances; IC: intervalo de confiança;

Tabela 5 – Associação entre excesso de peso materno e alto grau da prática de “restrição alimentar”. Rio de Janeiro, 2017

Modelo bruto	RC	IC 95%	p-valor
Excesso de Peso materno	0,251	0,070	0,902
Não vive com companheiro	1,044	0,263	4,146
Escolaridade ≤ 9 anos	4,012	1,149	14,016
Idade ≥ 35 anos	0,947	0,239	3,751
Paridade > 1 filho	2,519	0,641	9,888
Trabalho remunerado	0,302	0,087	1,050
Auxílio governamental	0,375	0,096	1,472
Modelo ajustado	RC	IC 95%	p-valor
Excesso de Peso materno	0,199	0,050	0,782

*RC: razão de chances; IC: intervalo de confiança;

** modelo ajustado pelas variáveis: trabalho remunerado; auxílio governamental.

5.2 Manuscrito 2: Excesso de peso e oferta de alimentos ultraprocessados aos filhos em idade pré-escolar

RESUMO

Introdução: O consumo de alimentos ultraprocessados (AUP), produtos industrializados ricos em aditivos químicos, gordura e açúcares na alimentação brasileira tem sido associada ao excesso de peso. Nesse sentido, a recomendação do Ministério da Saúde é de evitar o seu consumo, sobretudo na população infantil, devido a formação do hábito alimentar e demandas nutricionais do crescimento e desenvolvimento. Apesar disso, é crescente o número de estudos apontando a oferta de AUP a pré-escolares. Fatores associados aos macro e micro ambientes alimentares que propiciam essa exposição merecem ser investigados, como por exemplo, a condição nutricional materna e daqueles que exercem esse papel, uma vez que as mães assumem predominantemente a tarefa de oferta de alimentos aos filhos. **Objetivo:** O presente estudo teve por objetivo investigar a associação entre EP materno e alta oferta de AUP a pré-escolares. **Método:** Trata-se de um estudo seccional realizado entre 2016 e 2017 em uma Clínica da Família do município do Rio de Janeiro, com uma amostra de 134 mães de crianças de 2 a 6 anos incompletos. A associação entre excesso de peso (EP) materno (exposição) e a alta oferta de alimentos ultraprocessados (desfecho) foi avaliada por meio de modelo de regressão logística ajustado por variáveis sociodemográficas. **Resultados e discussão:** A frequência EP entre as mães foi de 68% e a oferta mediana de AUP foi de 4 itens/dia. 8,2% das mães ofertaram mais de 6 itens e participaram do 5º quintil, considerado de alta oferta de AUP. Foi encontrada associação inversa entre EP materno e alta oferta de AUP (RC=0,083; IC95%:0,013-0,538; p:0,009), indicando menor chance de mães com EP realizarem alta oferta de AUP em comparação com mães sem EP. Tais resultados podem refletir uma preocupação diferenciada com a qualidade da alimentação em decorrência de seu EP. **Conclusão:** O EP materno atuou reduzindo as chances de alta oferta de AUP aos filhos em idade pré-escolar. A alta prevalência de alta oferta e elevada mediana de AUP/dia indicam a necessidade de promoção da alimentação adequada e do peso saudável contextualizada na influência do grau de processamento no valor nutricional dos alimentos. Palavras-chave: alimentos ultraprocessados, excesso de peso materno, pré-escolares.

ABSTRACT

Introduction: The use of ultraprocessed foods, processed products rich in chemical additives, fat, and sugars in the Brazilian diet has been associated with overweight. Thus, the recommendation of the Ministry of Health is to avoid consumption, especially in the child population, due to the establishment of food habits and nutritional demands of growth and development. Despite this, the number of studies pointing to the supply of ultraprocessed foods to preschool children is on the rise. Factors associated with the macro and micro-environments that promote this exposure deserve to be investigated, such as maternal nutritional status and those who play this role, since mothers predominantly assume the task of providing food to their children. **Objective:** This study aimed to investigate the association between maternal overweight and high ultraprocessed foods supply to preschool children. **Method:** This is a cross-sectional study conducted between 2016 and 2017 in a Family Clinic in the city of Rio de Janeiro, with a sample of 134 mothers of children aged 2-6 years. The association between maternal overweight (exposure) and the high supply of ultraprocessed foods (outcome) was evaluated using a logistic regression model adjusted for sociodemographic variables. **Results and discussion:** The frequency of overweight among mothers was 68%, and the median of ultraprocessed foods was four items/day, and 8.2% of mothers provided more than six items and participated in the 5th quintile, which is a high

level of ultraprocessed food supply. There was an inverse association between maternal overweight and high ultraprocessed foods (OR=0.83, 95%CI: 0.013-0.538; p:0,009), indicating a protective effect in overweight mothers compared to non-overweight mothers. These results may reflect a differentiated concern with the quality of feeding in mothers as a result of their overweight. **Conclusion:** Maternal overweight was a protective factor for the high ultraprocessed food supply to preschoolers. The high prevalence of maternal overweight and high median of ultraprocessed food/day supply show the need to promote adequate food and healthy weight contextualized in the influence of the level of processing on the nutritional value of foods.

Keywords: ultraprocessed foods, maternal overweight, preschoolers.

5.2.1 Introdução

Alimentos ultraprocessados (AUP) são produtos alimentícios industrializados, vendidos para pronto consumo ou que necessitam de um mínimo preparo, como aquecimento. Resultam do processamento de uma lista geralmente grande de ingredientes alimentares ou seus componentes e ainda substâncias químicas melhoradoras. Costumam ser comercializados em lojas de conveniência e *fast foods*, além de supermercados (MONTEIRO *et al.*, 2010_a). Dados dos três últimos inquéritos nacionais realizados pelo IBGE (POF 1987-1988; POF 1995-1996 e POF 2002-2003) mostraram uma crescente substituição de alimentos frescos por AUP, de forma que, no último inquérito, ¼ da energia diária consumida foi proveniente destes produtos, que apresentaram menor teor de fibras e maior de açúcar, gordura saturada, sódio e energia (MONTEIRO *et al.*, 2010_b). Estes produtos são hipercalóricos, baratos e práticos, por isso seu alto poder obesogênico. Sua crescente inclusão na alimentação se deu em paralelo ao aumento na prevalência de excesso de peso na população brasileira (MONTEIRO *et al.*, 2013).

A literatura científica vem apontando para seu maior consumo nas regiões urbanizadas e público com maior escolaridade, maior rendimento e menor idade (SIMÕES *et al.*, 2018). Especialmente as crianças encontram-se vulneráveis à elevada oferta. Estudo de Longo-Silva e colaboradores (2017) realizado em Maceió (Alagoas) encontrou mediana de idade de introdução de AUP de 6 meses de vida enquanto Relvas, Buccini e Venâncio (2018) encontraram prevalência de oferta de 43,1% em mães de crianças de 6 a 12 meses atendidas em uma unidade de saúde da Região Metropolitana de São Paulo. A proporção média do consumo diário de energia documentado para crianças brasileiras está entre 30 e 50% (SPARREBERGER *et al.*, 2015; KARNOPP *et al.*, 2017; BENTO *et al.*, 2018; COSTA *et al.*, 2018; FERREIRA *et al.*, 2019), enquanto a média encontrada para adultos brasileiros está entre 20 e 25% (MARTINS *et al.*, 2013; LOUZADA, LEVY e MONTEIRO, 2015; CANELLA *et al.*, 2018, SILVA *et al.*, 2018).

A relação entre o consumo de AUP e excesso de peso foi descrita para população adulta (CANELLA *et al.*, 2014; LOUZADA *et al.*, 2015; JUUL E HEMMINGSSON, 2015; MENDONÇA *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2018) e recentemente para infantil e adolescente. A Revisão Sistemática de Costa e colaboradores (2017) encontrou vinte e seis artigos científicos (sendo 15 longitudinais) que associaram o consumo de AUP em crianças e adolescentes com composição corporal de gordura e a maior parte deles aponta para associação positiva. Em estudo original subsequente, Costa e colaboradores (2018) encontraram associação entre consumo de AUP na fase pré-escolar com o aumento da circunferência da cintura em escolares, enquanto Rauber e colaboradores (2015) associaram o maior consumo de AUP em pré-escolares a elevação dos níveis séricos de colesterol em escolares.

Dentre os possíveis determinantes da oferta elevada de AUP para crianças, o aleitamento materno foi descrito como fator de proteção (RELVAS, BUCCINI e VENÂNCIO, 2018; FONSECA *et al.*, 2018) e como fatores de risco, a baixa escolaridade materna (BATALHA *et al.*, 2017; RELVAS, BUCCINI e VENÂNCIO, 2018), gravidez não desejada, ausência ou realização precária de pré-natal, renda acima de 2 salários mínimos (LONGO-SILVA *et al.*, 2017), maior tempo de uso de telas (como celulares, televisores ou tablets), menor responsabilidade materna percebida (MAIS *et al.*, 2018) e estudar em instituição privada (FERREIRA *et al.*, 2019) ou não realizar as refeições do Programa Nacional de Alimentação Escolar (BENTO *et al.*, 2018) foram documentados.

Fatores associados aos macro e micro ambientes alimentares, que propiciam essa exposição merecem ser investigados, como por exemplo, a condição nutricional materna e daqueles que exercem esse papel. Sabendo que são as mães as principais responsáveis pela oferta de alimentos aos seus filhos, sobretudo na infância (BORSA e NUNES, 2011; SILIPRANDI, 2013) e que estão expostas tanto ao contexto social de consumo elevado de AUP quanto a elevadas prevalências de excesso de peso (BRASIL, 2018), destaca-se a relevância do presente estudo que visa investigar a associação entre o excesso de peso materno e a elevada oferta de AUP aos filhos.

5.2.2 Métodos

5.2.2.1 Desenho do estudo

Estudo seccional cujos dados fazem parte da pesquisa que investigou a relação entre violência familiar, estilos e práticas parentais de alimentação em excesso de peso na infância em crianças de 2 a 6 anos atendidas em uma Clínica de Saúde da Família localizada em Del Castilho, município do Rio de Janeiro, entre os anos 2015 e 2017 (FERREIRA, 2018).

Fizeram parte da amostra desta pesquisa cuidadores (pais, avós e tios) de crianças na faixa etária do estudo, cadastradas e atendidas na unidade.

5.2.2.2 Amostragem

A amostra da pesquisa maior foi de 181 crianças com idade de 2 a 6 anos incompletos, as quais participaram da pesquisa através de responsáveis ou cuidadores elegíveis. Destas, 134 mães fizeram parte da amostra do presente estudo.

5.2.2.3 Critérios de elegibilidade e de exclusão

Foram considerados elegíveis todas as responsáveis ou cuidadoras do sexo feminino que exerciam papel materno, ou seja, criavam a criança. Foi necessário ter conhecimento sobre a rotina alimentar da criança. Foram excluídas todas as que possuíam deficiência física ou cognitiva com impacto no diagnóstico nutricional ou que incapacitasse a compreensão das questões da pesquisa e todos os outros responsáveis como pai, tio, avô, madrinha, tia ou qualquer cuidador(a) que não exerciam papel materno.

5.2.2.4 Coleta e aferição dos dados

As mães foram contatadas por telefone e convidadas a comparecerem para realização de entrevista individual e aferição das medidas antropométricas em sala e equipe específica da pesquisa. O período de coleta dos dados se deu entre dezembro de 2016 e novembro de 2017 por equipe treinada com padronização na coleta dos dados e na aferição de medidas antropométricas. Durante esse período houve supervisão de coleta e retreinamento da equipe, sempre que necessário.

O Questionário da pesquisa maior era dividido em módulos, dentre os quais o presente estudo utilizou: Dados da Família e do Domicílio; Alimentação ofertada a criança (*Questionário para avaliação de práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade* validado por Oliveira e colaboradores, 2015) e Dados Antropométricos Maternos (Peso e estatura).

A avaliação antropométrica do peso corporal (kg) foi mensurada em balança digital de campo da marca TANITA® com capacidade máxima de 180 kg e precisão de 100g. A estatura (cm) foi medida em estadiômetro móvel da marca Alturaexata® com extensão de 2

m. As medidas antropométricas foram realizadas com as mães descalças, usando o mínimo de roupas e livres de acessórios, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

5.2.2.5 Registro dos dados

Após o período de coleta os questionários foram checados pelas supervisoras da pesquisa. Em seguida, a dupla digitação dos dados foi realizada por digitadores habilitados, no período entre julho e outubro de 2018 por meio no *software* EpiData®, versão 3.1.

5.2.2.6 Variáveis do estudo

5.2.2.6.1 Excesso de Peso (EP) materno – variável de exposição

O estado nutricional das mães foi classificado com base no Índice de Massa Corporal (IMC), na categoria excesso de peso: sim ($IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$) ou não ($IMC < 25 \text{ Kg/m}^2$) (OMS, 2000).

5.2.2.6.2 Alta oferta de alimentos ultraprocessados (AUP) – variável desfecho

A alta oferta de AUP aos filhos obtida por meio do instrumento ‘*Questionário para avaliação de práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade*’ validado por Oliveira e colaboradores (2015), no qual a oferta nas últimas 24 horas, foi questionada: “*A senhora pode me dizer quais alimentos o (a) [nome da criança] tomou ou comeu desde ontem quando acordou até hoje quando acordou? Eu vou ler os alimentos e você me responde sim ou não*”.

O instrumento questiona sobre 11 itens de AUP: Suco industrializado (concentrado, pó ou de caixa); mate ou guaraná natural; refrigerantes; iogurte ou outro produto do tipo “danoninho”; macarrão instantâneo tipo “miojo®”; margarina; biscoito doce ou salgado; salgadinhos de pacote; doces, balas, pirulitos e outras guloseimas; doces a base de leite como sorvete, pudim e flan; e carnes processadas, como *nuggets*, hamburguer, salsicha e linguiça.

A partir do número de itens registrados ao dia, a oferta de AUP foi analisada em quintis de consumo e o 5º quintil (> 6 itens de AUP/dia) foi considerado de alta oferta e categorizado como sim ou não.

5.2.2.6.3 Covariáveis

Após averiguar a literatura sobre os determinantes do EP materno (BRASIL, 2009; CRISTÓVÃO, SATO e FUJIMORI, 2011; CORREIA *et al.*, 2011; WIDEN *et al.*, 2015; PINHEIRO *et al.*, 2016; NAKANO *et al.*, 2018) e da elevada oferta de AUP para população infantil (BATALHA *et al.*, 2017; BORTOLINI *et al.*, 2015; SPARRENBERGER *et al.*, 2015; MAIS *et al.*, 2018; CARVALHO e FRANCESCHINI, 2018; RELVAS, BUCCINI e VENÂNCIO, 2018) foram incluídas no modelo:

- a. Idade materna: obtida pela data da entrevista menos a data de nascimento e categorizada como: < 35 anos e \geq 35 anos;
- b. Escolaridade materna, registrada em série e nível (fundamental/ médio ou superior) e categorizada como: até 9 anos de estudo e > 9 anos de estudo;
- c. Número de filhos: variável numérica categorizada em: 1 filho e > 1 filho;
- d. Número de pessoas no domicílio: variável numérica;
- e. Situação conjugal, categorizada em: vive com companheiro sim ou não;
- f. Trabalho remunerado, categorizado como: sim ou não;
- g. Recebimento de auxílio governamental, tais como Bolsa Família e outros programas municipais, categorizado como: sim ou não.

5.2.2.7 Análise de dados

As variáveis categóricas foram descritas por meio de proporções, enquanto as variáveis contínuas foram descritas por meio de média e respetivo desvio-padrão (DP) ou através de mediana e respetivo intervalo interquartil, dependendo da sua distribuição. A normalidade da distribuição das variáveis foi verificada por meio do teste de *Shapiro-Wilk*. A investigação da associação entre excesso de peso materno (exposição) e elevada oferta de alimentos ultraprocessados (AUP) foi realizada por meio de modelos de regressão logística para estimar razão de chances (RC) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Em seguida, aquelas variáveis que apresentaram p-valor \leq 0,20 foram incluídas no modelo por serem consideradas potenciais variáveis de ajuste na análise multivariada. Foi considerado o nível de significância de 5%. As análises foram realizadas no *Software SPSS (Statistical Package for Social Sciences)*, versão 21.0®.

5.2.2.8 Aspectos éticos

A adesão ao estudo foi voluntária, a confidencialidade dos dados garantida e a participação confirmada após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A Pesquisa maior *Violência familiar, estilos e práticas alimentares parentais e excesso de peso na infância*, da qual este estudo faz parte foi avaliada e aprovada pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) da Prefeitura do município do Rio de Janeiro (nº 1068427) e diante da possibilidade de violência contra mulher, foram distribuídos folhetos sobre como identificar o problema e contato telefônico de apoio.

5.2.3 Resultados

5.2.3.1 Caracterização da amostra

A amostra foi composta de 154 mães de pré-escolares, com idade entre 19 e 50 anos. A maior parte delas tinha menos de 35 anos de idade (75,3%), mais de 9 anos de estudo (75%), vivia com companheiro (73,9%), tinha mais de 1 filho (52,9%), não trabalhava fora de casa (71,7%) e recebia auxílio financeiro do governo (52,3%). O IMC materno médio foi de 28,39Kg/m² (\pm 6,6 D.P.), a frequência de EP foi de 67,5% (Tabela 1).

Tabela 1

5.2.3.2 Perfil da oferta materna de AUP

Foi observado que 99,3% das mães ofereceu pelo menos 1 item de AUP/dia para o filho. Dos 11 itens questionados, os mais oferecidos pelas mães foram: biscoitos doces ou salgados, margarina, iogurte ou outro produto do tipo “Danoninho®”, sucos industrializados (como concentrado, de caixinha ou em pó) e guloseimas como balas, pirulitos e outros doces açucarados (Figura 1).

Figura 1

A oferta mediana de ultraprocessados foi de 4 alimentos/dia. Quando esta oferta foi classificada em quintis, 8,2% (11 mães) participaram do 5º quintil, ou seja, realizaram alta oferta de AUP (> 6 alimentos/dia).

5.2.3.3 Associação entre o EP materno e a alta oferta de AUP

As análises de regressão logística realizadas para cada uma das covariáveis mostraram que o exercício de trabalho remunerado não apresentou p-valor < 0,20 e foi excluído do modelo. Na análise final (modelo ajustado), houve associação significativa e negativa entre o EP materno e a alta oferta de AUP (RC=0,099; IC95%:0,018-0,541, p=0,008), independente da presença de companheiro, recebimento de auxílio do governo, paridade, escolaridade, número de pessoas no domicílio e idade materna. O EP materno reduziu as chances de alta oferta de AUP em aproximadamente 10% (Tabela 2).

Tabela 2

5.2.4 Discussão

A prevalência de EP das mães participantes do estudo foi compatível a estudos com mães e semelhante à média feminina (58,3%) do último VIGITEL para a Região Metropolitana do Rio de Janeiro (BRASIL, 2019). O estudo de Gonçalves (2017) realizado na mesma região encontrou prevalência de 61% para mulheres em idade reprodutiva e o estudo de Nakano e colaboradores (2018), 57% para mães de crianças menores de cinco anos de Pernambuco. Destaca-se que a frequência de EP costuma ser elevada em estudos com amostra de usuários de serviços de saúde, como o de Silva e Zaffari (2009), que encontraram 91,7% de prevalência com adultos usuários de uma Unidade Básica de Saúde de Nova Prata, Rio Grande do Sul.

A oferta materna diária de AUP encontrada na amostra (mediana de 4 itens) é bastante elevada, diante da recomendação da segunda edição do Guia Alimentar para população Brasileira de evitar o consumo (BRASIL, 2014_b). No entanto, essa não parece ser uma peculiaridade da população de referência do presente estudo, uma vez que no Sul brasileiro, Sparrenberger e colaboradores (2015) encontraram um consumo de 47% da energia diária com amostra de crianças de 2 a 10 anos, Karnopp e colaboradores (2017) encontraram 36,1% no percentual energético diário em menores de 6 anos da zona urbana de Pelotas, Rio Grande

do Sul e Batalha e colaboradores (2017) encontraram 25,8% com crianças de 13-35 meses em São Luís do Maranhão.

Longo-Silva e colaboradores (2017) encontraram uma mediana de idade de 6 meses para a introdução de AUP na alimentação infantil. Cainelli (2018) também investigou faixa etária precoce da infância (de 6 meses a dois anos de idade) e encontrou que 79% delas ingeriam tais alimentos com maior razão de chance do consumo quanto maior a idade, o que corrobora os achados do presente estudo com amostra de mães de crianças dos 2 aos 6 anos, no qual praticamente todas as crianças já haviam sido apresentadas aos AUP. Cainelli (2018) encontrou associação entre o consumo desses alimentos e fatores sociodemográficos, como o recebimento de auxílio governamental e número de pessoas residindo na mesma casa. No presente estudo, o número de pessoas no domicílio e o recebimento de auxílio financeiro do governo foram testados como variáveis no modelo ajustado (por apresentarem p-valor $> 0,20$ na análise bivariada), mas no modelo final ajustado não foi encontrada associação estatisticamente significativa para essas variáveis. Dentre as variáveis do ajuste, apenas escolaridade materna e presença de companheiro se associaram significativamente com a alta oferta de AUP. Não viver com companheiro aumentou em 6,2 vezes e ter baixa escolaridade aumentou em 12,1 vezes as chances de alta oferta de AUP.

Alguns dos AUP mais oferecidos para as crianças do presente estudo, aparecem também entre os mais consumidos em outros estudos. Gomes e colaboradores (2016) estudaram o consumo de ultraprocessados em pré-escolares matriculados em uma unidade de educação infantil do município de Itaqui, RS. A partir do questionário de frequência alimentar, encontraram que os alimentos ultraprocessados mais consumidos foram pães (70,2%), iogurte de frutas (57,9%), suco artificial em pó, com frequência de $\geq 1x/dia$, seguidos por refrigerantes (64,9%), salgadinhos de pacote (57,9%), biscoito recheado (50,9%) e macarrão instantâneo (43,9%), com frequência de consumo de 1 a 4x/semana. Apesar das diferenças metodológicas e do presente estudo ter se direcionado a oferta destes alimentos ao dia anterior ao da entrevista com as mães, alguns alimentos mais consumidos são semelhantes, como biscoitos, iogurtes ou produtos do tipo “Danoninho®” e sucos industrializados. No entanto, no presente estudo, menos de 1/3 das mães relatou oferecer refrigerantes, salgadinhos de pacote e macarrão instantâneo.

Os resultados encontrados sobre a associação inversa encontrada entre o EP materno e a alta oferta de AUP, indicam que mães com EP oferecem menos esses alimentos aos filhos comparadas às mães sem EP. Esses achados divergem dos encontrados em alguns estudos. Mais e colaboradores (2018) encontraram associação significativa e positiva entre o *status* de

peso materno e o padrão alimentar rico em AUP. Rohatgi e colaboradores (2017) encontraram associação positiva entre oferta de AUP e ganho de peso gestacional. A cada 1% a mais de proporção de AUP da dieta, o ganho de peso gestacional foi maior em 1,33Kg.

Uma das hipóteses a serem levantadas para os achados do presente estudo pode dizer respeito à possibilidade de haver uma preocupação diferenciada com a qualidade da alimentação entre mães em decorrência do excesso de peso. Como se trata de um grupo acompanhado por uma unidade básica de saúde, é possível que essas mães possam ter recebido alguma orientação através de abordagens individuais ou práticas educativas. Por outro lado, os meios de comunicação e as mídias digitais têm cada vez mais valorizado alguns conteúdos sobre alimentação saudável e emagrecimento. Por se tratar de um grupo de adesão à pesquisa, há também a possibilidade de uma maior adesão das pessoas com excesso de peso sensíveis à essa temática e, portanto, com um nível diferenciado de informação.

Estudos apontam a nocividade do consumo precoce e elevado de AUP. Costa e colaboradores (2019) investigaram crianças de 4-8 anos de São Leopoldo, Rio Grande do Sul e encontraram associação entre o consumo de AUP e adiposidade central, Barcelos e colaboradores (2014) com estudo na mesma cidade associaram o maior consumo de AUP ao maior consumo energético, de gorduras totais, colesterol, sódio, ferro e cálcio e menor em proteínas, carboidratos e fibras, Rauber e colaboradores (2015) em seu estudo longitudinal encontraram que o consumo de AUP por crianças de 3-4 anos foi preditor da elevação do Colesterol total e do LDL-colesterol aos 7-8 anos de idade. Silva e colaboradores (2019) alertam ainda para o elevado teor de aditivos químicos nestes produtos, como aromatizantes, corantes e acidulantes. Salientam que o consumo excessivo deles pode desencadear alergias graves (com urticária, angioedema, broncoespasmo e choque), Transtorno do Déficit de Atenção (TDA) e Hiperatividade, retardo do crescimento infantil, vários tipos de câncer e descalcificação de dentes e dos ossos.

Diante da possibilidade de comprometimentos à saúde, a prevalência de 99% de oferta entre as mães e a mediana de 4 itens de AUP ofertados ao dia é preocupante. Uma vez que o registro da oferta foi realizado através de uma lista restrita de 11 itens, a real oferta pode ser ainda de maior. Devido a utilização de um instrumento que não permite quantificá-los em porções ou calcular a proporção de energia diária que esse consumo representa, sugere-se que o consumo de AUP seja ainda maior.

Menegasi e colaboradores (2018) realizaram um estudo em que avaliaram o conhecimento sobre a classificação de alimentos segundo o grau de processamento NOVA por estudantes de nutrição e nutricionistas graduados. Em seguida, ofereceram minicurso de capacitação no tema e repetiram tal avaliação. O baixo nível de conhecimento apontado na primeira avaliação mostra a necessidade de maior divulgação do tema e sua aplicação no

cotidiano de profissionais, de forma que tal conteúdo chegue à população por eles atendida. Sugere-se que as recomendações do último Guia Alimentar sejam mais divulgadas no âmbito da Atenção Básica à Saúde e na rede de educação infantil, sobretudo através de estratégias de educação alimentar e nutricional pois sua divulgação ainda carece de maior cobertura. Sua linguagem simples em comparação a versão anterior, seu conteúdo ilustrado, regionalizado e pautado no consumo alimentar dos brasileiros confere à segunda edição grande potencial de divulgação e implementação na rotina dos serviços de saúde e educacionais.

Nesse sentido, Monteiro e colaboradores publicaram recentemente (2019) um Guia para identificação de alimentos AUP. Ainda que a classificação NOVA tenha quatro grupos de alimentos, diante do crescente interesse de estudiosos e do público em geral em identificar os AUP, os autores discorrem sobre os processos de fabricação envolvidos e detalham como identificá-los através de seus ingredientes (qualidade e quantidade de itens).

Contudo, em concorrência, as grandes corporações produtoras de AUP tem forte atuação midiática e se organiza de forma a dificultar a propagação das recomendações alimentares oficiais. Essas corporações têm investido de forma significativa em propagandas durante a programação infantil de Tv ou canais virtuais e ainda fisicamente através de embalagens, brindes e vendas casadas em redes de *fast foods* sem impeditivos legais ou reprovação social, o público infantil torna-se alvo fácil destas corporações e sua publicidade arrojada e frequente (MARINS, ARAÚJO e JACOB, 2011; HENRIQUES *et al.*, 2012; HENRIQUES, DIAS e BURLANDY, 2014). Embora seja responsabilidade dos pais escolherem os melhores alimentos, sobretudo em etapas precoces da vida dos filhos, a indústria de AUP investe pesados recursos em propaganda direcionada ao público infantil, sem a devida regulação do Estado enquanto o excesso de peso e a obesidade infantil crescem em toda a América Latina (MALLARINO *et al.*, 2013).

O estudo de Mialon e Gomes (2019) acrescenta que a indústria de alimentos da América Latina e Caribe se organizam politicamente em grupos que pressionam o Governo e realizam alianças com profissionais de saúde contra a regulamentação correta de seus produtos pautando-se no argumento da autoregulação de mercado. De acordo com Moodie e colaboradores (2013) embora a indústria de bebidas e AUP se desresponsabilize pela ascensão das doenças crônicas não transmissíveis, de fato, suas cadeias multinacionais ligadas à indústria do tabaco e de bebidas alcoólicas atuam de forma nociva favorecendo o aumento no consumo desses produtos e apenas a forte regulação do Estado pode freá-los, uma vez que seus lucros são enormes.

Alguns países direcionaram esforços à taxação aumentada de produtos considerados não saudáveis, como bebidas açucaradas e salgadinhos de pacote, por exemplo (COLCHERO *et al.*, 2016). No Brasil, tais iniciativas ainda são tímidas e não há estudos suficientes sobre

seus desdobramentos na redução do consumo. Essa é uma disputa de interesses na qual Governo, profissionais e acadêmicos precisam investir com vistas a intervir no crescente consumo destes produtos e seus desdobramentos à saúde.

Foi uma limitação do estudo a utilização de um instrumento de registro da alimentação em itens, sem a possibilidade de cálculo da energia diária ingerida e da proporção da energia diária que o consumo de AUP ocupou. Ainda assim, seus achados sugerem que a população infantil está exposta a elevada oferta de AUP, com possibilidade de comprometimento da saúde.

5.2.5 Conclusão

Foi encontrada associação significativa e inversa entre o excesso de peso materno e a alta oferta de AUP, sugerindo que mães com excesso de peso possivelmente tenham maior cautela na oferta desses alimentos aos filhos pré-escolares. Contudo, a alta prevalência de oferta de AUP e elevada mediana expõe uma realidade que requer atividades de educação alimentar e nutricional com vistas a propagação das recomendações atuais do Ministério da Saúde sobre alimentação saudável, o que inclui considerar o grau de processamento dos alimentos como importante item na escolha dos alimentos.

5.2.6 Financiamento

A pesquisa maior da qual o presente trabalho faz parte, foi realizada com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) através de duas Bolsas de Doutorado (Código de Financiamento 001) e Bolsa de Doutorado Sanduíche no Exterior (Processo nº 88881.134357/2016-01) direcionadas à dois membros da equipe da pesquisa.

5.2.7 Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

5.2.8 Referências

Aires et al. Consumo de alimentos industrializados em pré-escolares. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 2011, 55(4):350-5.

Barcelos GT, Rauber F, Vitolo MR. Produtos processados e ultraprocessados e ingestão de nutrientes em crianças. Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, 2014, 7(3):155-161.

Batalha MA et al. Processed and ultra-processed food consumption among children aged 13 to 35 months and associated factors. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017, 33(11): e00152016.

Baraldi LG. Consumo de alimentos ultraprocessados e qualidade nutricional da dieta da população norte americana. [Tese de Doutorado] Pós-graduação em Nutrição e Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP.

Bento BMA et al. A higher number of school meals is associated with a less-processed diet. *J. Ped.* 94(4):404-9. 2018.

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

Bortolini GA et al. Iniquidades sociais influenciam a qualidade e a diversidade da dieta de crianças brasileiras de 6 a 36 meses. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2015, 31(11): 2413-24.

Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar para população brasileira. Brasília: 2014b. 156 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2017* [...]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 130p.

Cainelli EC. Consumo de alimentos ultraprocessados em crianças acompanhadas pela equipe de Saúde da Família do município de Piracicaba. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Estadual de Campinas. Pós-graduação em Gestão e Saúde Coletiva. Piracicaba, SP, 2018.

Canella DL et al. Ultra-Processed Food Products and Obesity in Brazilian Households (2008–2009). *Plos One*. 2014. 9(3):e92752.

Canella DL et al. Consumption of vegetables and their relation with ultra-processed foods in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2018. 52:50.

Carvalho CA e Franceschini SCC. Aspectos Qualitativos e Quantitativos da Dieta das Crianças Brasileiras. In: *Nutrição e Saúde da Criança*. Franceschini, S. C. C. et al. (Org). Cap. 07. Rúbio: 2018.

Castilho-Laura H. et al. Maternal obesity and offspring body composition by indirect methods: a systematic review and meta-analysis. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2015; 31(10):2073-2092.

Correia LL et al. Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2011. 16(1):133-145.

Colchero MA et al. Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study. *BMJ* 2016; 352.

Costa CS et al. Consumption of ultra-processed foods and body fat during childhood and adolescence: a systematic review. *Public Health Nutrition*. 2017. 21(1):148–159.

Costa CS. Ultra-processed food consumption and its effects on anthropometric and glucose profile: A longitudinal study during childhood. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*. 2018. 1(8).

Costa CS et al. Ultra-processed food consumption and its effects on anthropometric and glucose profile: A longitudinal study during childhood. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2019, 29(2):177-184.

Cristóvão MF, Sato APS, Fujimori E. Excesso de peso e obesidade abdominal em mulheres atendidas em Unidades da Estratégia Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*, 2011; 45(Esp. 2):1667-1672.

Ferreira MF. Adaptação transcultural para o português (Brasil) dos instrumentos *Caregiver's Feeding Styles Questionnaire e Child Feeding Questionnaire*. Tese. (Doutorado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2018.

Ferreira CS et al. Consumo de alimentos minimamente processados, processados e ultraprocessados entre escolares das redes pública e privada. *Rev. Paul. Pediatr*. 2019.

Fonseca PCA et al. Association of exclusive breastfeeding duration with consumption of ultra-processed foods, fruit and vegetables in Brazilian children. *European Journal of Nutrition*. 2018.

Frutuoso MFP, Bovi TGG, Gambardella, AMD. Adiposidade em adolescentes e obesidade materna. *Rev. Nutr.*, Campinas, 24(1):5-15, 2011.

Gomes EC et al. Consumo de alimentos ultraprocessados por pré-escolares de uma escola da rede municipal de ensino de Itaquí-RS. *Anais do VII Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão – Universidade Federal do Pampa*. 8(2), 2016.

Gonçalves DF. Fatores reprodutivos associados ao excesso de peso em mulheres adultas atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Março, 2017.

- Henriques P et al. Regulamentação da propaganda de alimentos infantis como estratégia para a promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(2):481-490, 2012.
- Henriques P, Dias PC, Burlandy L. A regulamentação da propaganda de alimentos no Brasil: convergências e conflitos de interesses. *Cad. Saúde Pública* 30(6), 2014.
- Juul F, Hemmingsson E. Trends in consumption of ultra-processed foods and obesity in Sweden between 1960 and 2010. *Public Health Nutrition*, 2015, 18(17):30-96-3107.
- Karnopp EVN et al. Food consumption of children younger than 6 years according to the degree of food processing. *J. Pediatr. Porto Alegre*, 93(1):70-78, 2017.
- Longo-Silva G et al. Age at introduction of ultra-processed food among preschool children attending day-care centers. *J Pediatr*. 2017. 93(5):508-16.
- Louzada MLC, Levy RB, Monteiro CA. O consumo de alimentos ultraprocessados como um indicador-síntese para monitorar o padrão de consumo alimentar das populações. *Boletim do Inst Saúde*. 16(2):88-96. 2015.
- Mais LA et al. Sociodemographic, anthropometric and behavioural risk factors for ultra-processed food consumption in a sample of 2–9-year-olds in Brazil. *Public Health Nutrition*. 2018.
- Marins BR, Araujo IS, Jacob SC. A propaganda de alimentos: orientação, ou apenas estímulo ao consumo? *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(9):3873-3882, 2011.
- Mallarino C et al. Advertising of ultra-processed foods and beverages: children as a vulnerable population. *Rev Saúde Pública*. 2013. 47(5):1006-10.
- Martins APB et al. Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). *Rev Saúde Pública*. 2013. 47(4):656-65.
- Mendonça RD et al. Ultra-processed food consumption and risk overweight and obesity: the University of Navarra Follow-up (SUN) cohort study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2016, 104(5):1433-40.
- Menegasi B et al. A nova classificação de alimentos: teoria, prática e dificuldades. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018. 23(12):4165-4176.
- Mialon M, Gomes FDS. Public health and the ultra-processed food and drink products industry: corporate political activity of major transnationals in Latin America and the Caribbean. *Public Health Nutr*. 2019, 12:1-11.
- Monteiro CA et al. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. *Cad. Saúde Pública*. 2010a. 26(11):2039-2049.
- Monteiro CA et al. Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil. *Public Health Nutrition*. 2010b. 14(1): 5–13.

Monteiro CA et al. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. *Obesity reviews*. 2013. 14(S2):21–28.

Monteiro CA et al. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. *Public Health Nutr*. 2019, 22(5):936-941.

Moodie R et al. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *The Lancet*. 2013. 381:670-679.

Nakano RP et al. Prevalence, temporal trend and associated factors with excess bodyweight in mothers of children under five years. *Rev Nutr.*, 2018, 31(2):159-73.

Oliveira JM et al. Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2015, 31(2):377-394.

Organização Mundial da Saúde – OMS. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation, Genebra, Suíça, 2000. Genebra: World Health Organization, 2000.

Pinheiro MM et al. Prevalência do excesso de peso e fatores associados em mulheres em idade reprodutiva no Nordeste do Brasil. *Rev. Nutr.*, Campinas, 2016, 29(5):679-89.

Rauber F et al. Consumption of ultra-processed food products and its effects on children's lipid profiles: a longitudinal study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2015, 25(1):116-22.

Relvas GRB, Buccini GS e Venancio SI. Ultra-processed food consumption among infants in primary health care in a city of the metropolitan region of São Paulo, Brazil. *J Pediatr*. 2018.

Rohatgi KW et al. Relationships between consumption of ultra-processed foods, gestational weight gain and neonatal outcomes in a sample of US pregnant women. *Peer J*, 2017, 5:e4091.

Sparrenberger K et al. Ultra-processed food consumption in children from a Basic Health Unit. *J Pediatr (RioJ)*, 2015;91:535-42.

Sangalli CN, Rauber F, Vitolo MR. Low prevalence of inadequate micronutrient intake in Young children in the South of Brazil: a new perspective. *British Journal of Nutrition*, 2016, (116):890-896.

Siliprandi E. A alimentação como um tema político das mulheres. In: ROCHA, C; BURLANDY, L; MAGALHÃES, R. Segurança alimentar e nutricional: perspectivas, aprendizados e desafios para as políticas públicas. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2013.

Silva FM et al. Consumption of ultra-processed food and obesity: cross sectional results from the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil) cohort (2008–2010). *Public Health Nutrition*. 2018.

Silva NB et al. Aditivos químicos em alimentos ultraprocessados e os riscos à saúde infantil. *REAS [Internet]* 2019;(21):e542.

Silva PC, Zaffari D. Prevalência de excesso de peso e associação com outras variáveis em indivíduos adultos atendidos em unidade básica de saúde. *Scientia Médica*, Porto Alegre, 19(1): 17-26, jan./mar. 2009.

Simões BS et al. Consumption of ultra-processed foods and socioeconomic position: a cross-sectional analysis of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health. *Cad. Saúde Pública*. 2018. 34(3):e00019717.

Widen EM et al. Excessive gestational weight gain is associated with long-term body fat and weight retention at 7 y postpartum in African American and Dominican mothers with underweight, normal, and overweight prepregnancy BMI. *Am J Clin Nutr.*, 102(6):1460-7, 2015.

Tabelas

Tabela 1 – Características sociodemográficas e nutricionais de mães atendidas na Clínica da Família de Del Castilho, Rio de Janeiro, 2017

Característica		Frequência	
		N	%
Idade (anos)	< 35	110	71,4
Escolaridade (anos de estudo)	> 9	114	75,0
Vive com companheiro	Sim	113	73,9
Paridade (nº filhos)	> 1	81	52,9
Trabalho remunerado	Sim	43	28,3
Auxílio governamental	Sim	80	52,3
Excesso de Peso	Sim	104	67,5

Tabela 2 – Associação entre excesso de peso materno e alta oferta de alimentos ultraprocessados em mães atendidas na Clínica da Família de Del Castilho, Rio de Janeiro, 2017.

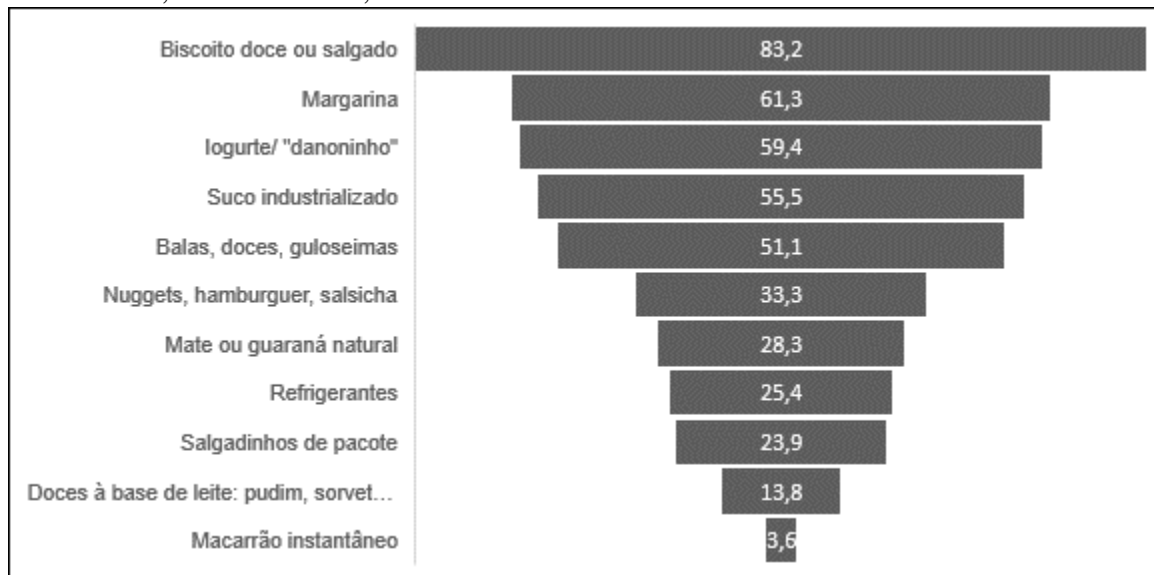
Modelo bruto	RC	IC 95%		p-valor
Excesso de peso materno	0,149	0,037	0,595	0,007
Não vive com companheiro	3,848	1,094	13,538	0,036
Trabalha fora de casa	1,073	0,269	4,280	0,921
Auxílio financeiro do governo	0,363	0,092	1,433	0,148
Paridade > 1 filho	2,581	0,653	10,192	0,176
Nº pessoas no domicílio	1,548	1,054	2,275	0,026
Escolaridade ≤ 9 anos	0,164	0,045	0,603	0,006
Idade ≥ 35 anos	0,932	0,84	1,035	0,19
Modelo ajustado**	RC	IC 95%		p-valor
Excesso de peso materno	0,083	0,013	0,538	0,009

*RC: razão de chances; IC: intervalo de confiança;

** modelo ajustado pelas variáveis: não vive com companheiro; auxílio financeiro do governo; paridade, número de pessoas no domicílio; escolaridade e idade.

Figuras

Figura 1 – Frequência de oferta de AUP/ dia por mães atendidas na Clínica da Família de Del Castilho, Rio de Janeiro, 2017



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese associou o excesso de peso materno aos desfechos estilos e práticas parentais de alimentação e a oferta de alimentos ultraprocessados aos filhos em idade pré-escolar através de dois manuscritos científicos.

O manuscrito 1 revelou que o excesso de peso não esteve associado aos estilos de alimentação, mas a obesidade esteve associada ao estilo de alimentação “não-envolvido”. Mães obesas tiveram 2,3 vezes mais chances de ter esse estilo de alimentação quando comparadas às não obesas. Um outro achado importante foi observar que o excesso de peso se associou de forma inversa à prática de “restrição alimentar”. Mães com excesso de peso tiveram 20% menos chances de exercerem alto grau desta prática. Tais resultados apresentam um provável paradoxo: o excesso de peso parece exercer na mãe um comportamento protetor quando as chances de “restrição alimentar” são menores, mas quando as mesmas encontram-se em uma fase mais avançada do excesso de peso, na obesidade, há maior risco de terem estilo de alimentação “não-envolvido”, que já foi associado em estudos anteriores ao excesso de peso e pior qualidade da alimentação infantil. Tais dados trazem a reflexão sobre o excesso de peso materno não ser necessariamente sinônimo de condutas obesogênicas para os filhos. No entanto, quando a condição se agrava, há maior chance de descuido, falta de conexão com os filhos no contexto da alimentação, o que não é considerado positivo à saúde infantil.

Já o manuscrito 2 traz a associação significativa e inversa entre excesso de peso e alta oferta de alimentos ultraprocessados. Mães com excesso de peso tem chance 10% menor de oferecerem mais de seis itens de alimentos ultraprocessados ao dia. Ainda que a classificação dos alimentos segundo grau de processamento tenha quase 10 anos e o Ministério da Saúde tenha endossado em 2014 com a revisão do Guia Alimentar para população brasileira a recomendação de baixo consumo de alimentos ultraprocessados, a população brasileira incrementou tal consumo nas últimas décadas. Diante dos consistentes estudos associando o maior consumo destes alimentos a desfechos de saúde diversos, como doenças crônicas, excesso de peso, compulsão alimentar, dependência e câncer, recomenda-se que o conteúdo do novo Guia Alimentar seja mais difundido entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, prevendo esclarecer os riscos do elevado consumo.

Embora o presente estudo tenha sido realizado apenas com mães de pré-escolares, ela parece ser a principal responsável e cuidadora dos filhos, de acordo com sua majoritária participação na ampla maioria dos estudos averiguados e de acordo com sua majoritária participação na pesquisa *Violência familiar, estilos e práticas alimentares parentais e excesso*

de peso na infância, sendo quem (na maior parte das vezes) afirmou ser capaz de oferecer as informações sobre a alimentação da criança, cadastrada na Clínica da Família onde foi realizada a pesquisa. No entanto, a alimentação relatada por ela reflete o contexto familiar, as possibilidades de acesso à alimentação saudável, os costumes e hábitos de regionalidade e tradição social, atuação midiática e ainda a atuação da criança em reciprocidade na relação parental, o que no presente estudo não foi considerado.

Está fora do alcance da presente pesquisa, sugerir que a alimentação da criança (ou seu consumo de alimentos ultraprocessados) seja resultado dos estilos e práticas maternas de alimentação. Além disso, a mãe foi a principal respondente, mas seus relatos podem refletir escolhas e comportamentos do contexto familiar e social.

Outros estudos são necessários com crianças brasileiras e seus cuidadores com vistas a confirmar ou refutar tais achados. A adaptação cultural dos instrumentos *CFQ* e *CFSQ* em 2018 em tese de doutorado desenvolvida por Marina Ferreira, do NESNUMI, abre portas para que futuras investigações sejam realizadas. Até o momento, apenas dois estudos foram encontrados sobre estilos e práticas parentais de alimentação com amostra de crianças brasileiras, sendo um com uso de instrumento adaptado para crianças de 6-10 anos e outro para adolescentes. Há enorme lacuna que justifique futuras investigações com pré-escolares.

Ainda que o excesso de peso tenha reduzida as chances de alta oferta de alimentos ultraprocessados e da prática de restrição alimentar, sua elevada prevalência é preocupante e incita intervenções nas unidades de saúde com vistas ao controle de peso na população materna. Além disso, a elevada mediana de oferta de alimentos ultraprocessados foi igualmente preocupante, sugerindo que as informações do novo Guia Alimentar para população brasileira ainda carecem ser divulgadas, sobretudo com profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

AIRES *et al.* Consumo de alimentos industrializados em pré-escolares. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 55, n. 4, p. 350-5, out.-dez. 2011. Disponível em <http://www.amrigs.com.br/revista/55-04/0000072184-miolo_AMRIGS4_art_original_consumo_de_alimentos.pdf>. Acesso em 27 set 2018.

ALVARENGA, P.; PICCINI, C. A. Práticas educativas maternas e indicadores do desenvolvimento social no terceiro ano de vida. **Psicologia: reflexão e crítica**. v. 22, n. 2, p. 191-199, 2009. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722009000200004>>. Acesso em 14 jul 2019.

ARAÚJO, G. S. **Práticas parentais alimentares e sua relação com o consumo de alimentos na infância**. Universidade de Brasília (UnB). Faculdade de Saúde. Departamento de Nutrição. (Dissertação de Mestrado). 2015. Disponível em <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/19004/1/2015_GiovannaSoutinhoAra%C3%BAjo.pdf>. Acesso em 20 nov 2017.

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO. **Diretrizes Brasileiras de obesidade 2016**. 4ªed. São Paulo, SP. Disponível em <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fccc403e5da.pdf>>. Acesso em 29 mai 2018.

BATALHA, M. A. *et al.* Processed and ultra-processed food consumption among children aged 13 to 35 months and associated factors. **Cad. S Púb.** v. 33, n. 11, e-00152016. 2017. Disponível em <<http://doi.org/10.1590/0102-311X00152016>>. Acesso em 06 jun 2019.

BAUMRIND, D. 1966. Effects of authoritative control on child behavior. **Child Development**. v. 37, n. 4, p.887-907. Disponível em <http://arowe.pbworks.com/f/baumrind_1966_parenting.pdf>. Acesso em 20 nov 2017.

BENTO, B. M. A. *et al.* A higher number of school meals is associated with a less-processed diet. **J. Ped.** v. 94, n. 4, p. 404-9. 2018. Disponível em <<http://doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.07.016>>. Acesso em 06 jun 2019.

BERGE, J. M. *et al.* Parent/ adolescent weight status concordance and parent feeding practices. **Pediatrics**. 2015, 136, e591-e598.

BIRCH, L. L., MARLIN, D.W. I don't like it; I never tried it: effects of exposure on two-year-old children's food preferences. **Appetite**. v.3, n. 4, p.353–60. 1982. Disponível em <[https://doi.org/10.1016/s0195-6663\(82\)80053-6](https://doi.org/10.1016/s0195-6663(82)80053-6)>. Acesso em 20 nov 2017.

BIRCH, L. L *et al.* What kind of exposure reduces children's food neophobia? Looking vs. tasting. **Appetite**. v. 9, n. 3, p. 171–8. 1987. Disponível em <[http://doi.org/10.1016/s0195-6663\(87\)80011-9](http://doi.org/10.1016/s0195-6663(87)80011-9)>. Acesso em 20 nov 2017.

BIRCH, L. L.; FISHER, J. O. Development of Eating Behaviors Among Children and Adolescents. **Pediatrics**. 1998. v. 101, sup. 2, p. 539-49. Disponível em

<https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/101/Supplement_2/539.full.pdf>. Acesso em 20 nov 2017.

BIRCH, L. L. Development of food preferences. **Annu Rev Nutr.** v. 19, p.41–62. 1999. Disponível em <<https://doi.org/10.1146/annurev.nutr.19.1.41>>. Acesso em 20 nov 2017.

BIRCH, L. L.; DAVIDSON, K. K. Family environmental factors influencing the developing behavioural controls of food intake and childhood overweight. **Pediatr Clin North Am.** v. 48, n. 4, p. 893–907. 2001. Disponível em <<https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801835>>. Acesso em 20 nov 2017.

BIRCH, L. L. *et al.* Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. **Appetite.** v. 36, n. 3, p. 201–10, 2001. Disponível em <<http://www.idealibrary.com>>. Acesso em 20 nov 2017.

BLISSETT, J. Relationships between parenting style, feeding style and feeding practices and fruit and vegetable consumption in early childhood. **Appetite.** v. 57, n. 3, p.826-31. 2011. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.05.318>>. Acesso em 20 nov 2017.

BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M. Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise à luz das habilidades sociais. **Estudos em Psicologia,** v. 7, n. 2, p. 227-235, 2002. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2002000200004>>. Acesso em 14 jul 2019.

BORSA, J. C.; NUNES, L. T. Aspectos psicossociais da parentalidade: O papel de homens e mulheres na família nuclear. **Psicologia Argumento.** v. 29, n. 64, p.31-9, jan./mar. 2011. Disponível em <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19835/19141>>. Acesso em 27 ago 2018.

BORTOLINI, G. A. *et al.* Iniquidades sociais influenciam a qualidade e a diversidade da dieta de crianças brasileiras de 6 a 36 meses. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2015, v. 31, n. 11, p. 2413-24. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00153414>>. Acesso em 30 abr 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: obesidade.** n. 12. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108p. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad12.pdf>. Acesso em 20 nov 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006:** Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em 20 nov 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira:** promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde,

2008. 210p. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf>. Acesso em 20 nov 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde:** Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 212 p. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_38.pdf>. Acesso em 20 nov 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira.** 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 156 p.: il. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf>. Acesso em 20 nov 2017.

_____. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde. Sistema de Informações sobre mortalidade – SIM. **Óbitos por Residência por Região segundo Causa - CID-BR-10.** 2016. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em 04 abr 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2012:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 136 p. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2012_vigilancia_risco.pdf>. Acesso em 12 jul 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 152 p. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf>. Acesso em 12 jul 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 160p. Disponível em <https://www.ans.gov.br/images/Vigitel_Saude_Suplementar.pdf>. Acesso em 20 nov 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2017:**

vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 130p. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf>. Acesso em 19 set 2018.

CAMPBELL, K. *et al.* Parental use of restrictive feeding practices and child BMI z-score. A 3-year prospective cohort study. **Appetite**. v.55, issue 1, p. 84-88. 2010. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.04.006>>. Acesso em 06 jun 2019.

CANELLA, D. L. *et al.* Ultra-Processed Food Products and Obesity in Brazilian Households (2008–2009). **Plos One**. 2014. v. 9, n. 3, e92752. Disponível em: <<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0092752>>. Acesso em 06 jun 2019.

CANELLA, D. L. *et al.* Consumption of vegetables and their relation with ultra-processed foods in Brazil. **Rev Saúde Pública**. 2018. v. 52, p.50. Disponível em: <<http://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000111>>. Acesso em 09 jun 2019.

CARDEL, M. *et al.* Parental feeding practices and socioeconomic status are associated with child adiposity in a multi-ethnic sample of children. **Appetite**. 2012. v. 58, p.347-353. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.appet.2011>>. Acesso em 06 jun 2019.

CARVALHO, C. A.; FRANCESCHINI, S. C. C. **Aspectos Qualitativos e Quantitativos da Dieta das Crianças Brasileiras**. In: Nutrição e Saúde da Criança. Franceschini, S. C. C. *et al.* (Org). Cap. 07. 1ª ed. Ed. Rúbio, 2018.

CARVALHO, C. A. *et al.* Consumo alimentar e adequação nutricional em crianças brasileiras: revisão sistemática. **Rev. paul. pediatr.** [online]. 2015, vol.33, n.2, p.211-21. ISSN 0103-0582. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.03.002>>. Acesso em 30 abr 2019.

CLARO, R. M. *et al.* Preço dos alimentos no Brasil: prefira preparações culinárias a alimentos ultraprocessados. **Cad. Saúde Pública**, 2016. v. 32, n. 8, e00104715. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00104715>>. Acesso em 06 jun 2019.

COLCHERO, M. A. *et al.* Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study. **BMJ** 2016; 352. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.h6704>>. Acesso em 16 jul 2019.

CONSTANZO, P. R.; WOODY, E. Z. Domain-specific parenting styles and their impact on the child's development of particular deviance: the example of obesity proneness. **J Soc and Clin Psyc**. v. 3, n. 4, p. 425-45. 1985. Disponível em <<https://doi.org/10.1521/jscp.1985.3.4.425>>. Acesso em 24 set 2018.

CORNWELL, B. *et al.* Processed and ultra-processed foods are associated with lower-quality nutrient profiles in children from Colombia. **Public Health Nutrition**, 2017. v. 10, n. 7, p.49. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/S1368980017000891>>. Acesso em 06 jun 2019.

CORRÊA, E. N. *et al.* Utilization of food outlets and intake of minimally processed and ultra-processed foods among 7 to 14-year-old schoolchildren. A cross-sectional study. **Sao Paulo Med J.** 2018. v. 136, n. 3, p.200-7. Disponível em <<http://doi.org.br/10.1590/1516-3180.2017.0211061217>>. Acesso em 06 jun 2019.

CORREIA, L. L. *et al.* Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 133-145, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 ago 2018.

COSTA, C. S. *et al.* Consumption of ultra-processed foods and body fat during childhood and adolescence: a systematic review. **Public Health Nutrition.** 2017. v. 21, n. 1, p. 148–159. Disponível em <<http://doi.org/10.1017/S1368980017001331>>. Acesso em 06 jun 2019.

COSTA, C. S. *et al.* Comportamento sedentário e consumo de alimentos ultraprocessados entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2015. **Cad. Saúde Pública.** 2018_a, v. 34, n. 3, e00021017. Disponível em <<http://doi.org.br/10.1590/0102-311X00021017>>. Acesso em 06 jun 2019.

COSTA, C. S. Ultra-processed food consumption and its effects on anthropometric and glucose profile: A longitudinal study during childhood. **Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases.** 2018_b, v. 1, e8. Disponível em <<http://doi.org.br/10.1016/j.numecd.2018.11.003>>. Acesso em 06 jun 2019.

COSTA, F. T. *et al.* Responsividade e exigência: Duas escalas para avaliar estilos parentais. **Psicologia: Reflexão e Crítica.** v. 13, n. 3, p.465-73. 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722000000300014&script=sci_abstract>. Acesso em 21 set 2018.

COSTA, F. S.; PINO, D. L. D.; FRIEDMAN, R. Caregiver's attitudes and practices: influence on childhood body weight. **J. Biosoc.** 2011, v. 43, p. 369-378. Disponível em <<https://doi.org/10.1017/S0021932011000022>>. Acesso em 20 nov 2017.

CRISTÓVÃO, M. F.; SATO, A. P. S.; FUJIMORI, E. Excesso de peso e obesidade abdominal em mulheres atendidas em Unidades da Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, 2011; 45(Esp. 2):1667-72. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/> Acesso em 20 nov 2017.

CUNHA, D. B. *et al.* Ultra-processed food consumption and adiposity trajectories in a Brazilian cohort of adolescents: ELANA study. **Nutrition and Diabetes.** 2018, v. 8, n. 28. Disponível em <<https://doi.org/10.1038/s41387-018-0043-z>>. Acesso em 06 jun 2019.

DARLING, N.; STEINBERG, L. Parenting style as context: an interactive model. **Psychological Bulletin.** v. 113, p. 487-496. 1993. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/232493813_Parenting_Style_as_Context_An_Integrative_Model>. Acesso em 20 nov 2017.

DARLING, N. **Parenting styles and its correlates**. Parenting Styles and its correlates. ERIC/EECE Publications – Digests. 1999. Disponível em <<http://www.ericcece.org/pubs/digests.html>>. Acesso em 19 set 2017.

D'AVILA, G. L. *et al.* Associação entre estado nutricional da mãe e a frequência, local e companhia durante as refeições com o sobrepeso/obesidade de adolescentes da cidade de Florianópolis, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** [online]. 2015, vol.15, n.3, p.289-299. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000300004>. Acesso em 29 mai 2018.

D'ÁVILA, H. F.; KIRSTEN, V. R. Energy intake from ultra-processed foods among adolescents. **Rev Paul Pediatr.** 2017, v. 35, n. 1, p. 54-60. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;1;00001>>. Acesso em 06 jun 2019.

DIAS, P. C. *et al.* Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cad. Saúde Pública.** 2017, v. 33, n. 7, p. e00006016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2017.v33n7/e00006016/pt>>. Acesso em 04 abr 2019.

EK, A. *et al.* Associations between Parental Concerns about Preschoolers' weight and Eating and Parental Feeding Practices: Results from Analyses of the Child Eating Behavior Questionnaire, the Child Feeding Questionnaire, and the Lifestyle Behavior Checklist. **PLoS ONE.** v. 11, n. 1, 2016. Disponível em <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0147257>>. Acesso em 14 out 2018.

ENGSTRON, E.M.; ANJOS, L.A. Relação entre o estado nutricional materno e sobrepeso nas crianças brasileiras. **Rev. Saúde Pública,** 1996; v. 30, n. 3, p.233-9. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v30n3/5067>>. Acesso em 29 mai 2018.

FAITH, M. S. *et al.* Parenting-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. **Obesity Research.** v. 12, n. 11, p. 1711-21. 2004. Disponível em <<https://doi.org/10.1038/oby.2004.212>>. Acesso em 20 nov 2017.

FARDET, A. Minimally processed foods are more satiating and less hyperglycemic than ultra-processed foods: a preliminary study with 98 ready-to-eat foods. **Food Funct.** 2016. Disponível em <<https://doi.org/10.1039/c6fo00107f>>. Acesso em 06 jun 2019.

FERREIRA, C. S. *et al.* Consumo de alimentos minimamente processados, processados e ultraprocessados entre escolares das redes pública e privada. **Rev. Paul. Pediatr.** 2019. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2019;37;2;00010>>. Acesso em 06 jun 2019.

FERREIRA, M. F. Adaptação transcultural para o português (Brasil) dos instrumentos Caregiver's Feeding Styles Questionnaire e Child Feeding Questionnaire. Tese. (Doutorado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2018.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo com mulheres da Favela da Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 21, n.6, p.1792-1800, nov-dez, 2005. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2005.v21n6/1792-1800/pt>>. Acesso em 20 nov 2017.

FERREIRA, V.A. *et al.* Desigualdade, pobreza e obesidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15 (Supl. 1), p.1423-32, 2010. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15supl1/1423-1432/pt>>. Acesso em 20 nov 2017.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Obesidade no Brasil: tendências atuais. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Vol. 24, n.2, jul-dez, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000196&pid=S0104-1290200900010001100011&lng=pt>. Acesso em 20 nov 2017.

_____. Obesidade entre os pobres no Brasil: a vulnerabilidade feminina. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2279-2287, abr. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400027&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 nov 2017.

FERREIRA, R. A. B.; BENICIO, M. H. D. A. Obesidade em mulheres brasileiras: associação com paridade e nível socioeconômico. **Rev Panam Salud Publica**. 2015; v. 37, n. 4/5, p. 337-42. Disponível em <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/337-342/pt>>. Acesso em 13 jul 2019.

FERREIRA, V. A. *et al.* Desigualdade, pobreza e obesidade. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15 (supl. 1). p.1423-32. 2010. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15supl1/1423-1432/pt>>. Acesso em 20 ago 2018.

FERREIRA, V. A. Desigualdades sociais, pobreza e obesidade. 2014. 178 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13137>>. Acesso em 02 mai 2019.

FILGUEIRAS, A. R. *et al.* Exploring the consumption of ultraprocessed foods and its association with food addiction in overweight children, **Appetite**. 2018. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.11.005>>. Acesso em 06 jun 2019.

FIOLET, T. *et al.* Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: results from NutriNet-Santé prospective cohort. **B M J**. 2018;360:k322. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k322>>. Acesso em 06 jun 2019.

FONSECA, P. C. A. *et al.* Association of exclusive breastfeeding duration with consumption of ultra-processed foods, fruit and vegetables in Brazilian children. **European Journal of Nutrition**. 2018. Disponível em <<https://doi.org/10.1007/s00394-018-1840-9>>. Acesso em 06 jun 2019.

FRANCIS, L. A.; BIRCH, L. L. Maternal weight status modulates the effects of restriction on daughter's eating and weight. **Int. J. Obes**. 2005, n. 29, p. 942-949.

FRANCIS, L. A. *et al.* Predictors of maternal child-feeding style: Maternal and child characteristics. **Appetite**. 2001, n. 37, p. 231-243.

FRANKE, D.; WICHMANN, F. M. A.; PRÁ, D. Estilo de vida e fatores de risco para o sobrepeso e obesidade em mulheres de baixa renda. **Cinergis**. Santa Cruz do Sul, v.8, n. 1.

Out, 2008. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/546>>. Acesso em 02 mai 2019.

FRANKEL, L. A. *et al.* 2014. Parent's perceptions of preschool children's ability to regulate eating. Feeding styles differences. **Appetite**. 76:166-174. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.077>>. Acesso em 06 jun 2019.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA– IBGE, 2010. Diretoria de Pesquisas: Coordenação de Trabalho e Rendimento. 2010. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Disponível em <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv50063.pdf>>. Acesso em 20 nov 2017.

GOMIDE, P. I. C. *et al.* Práticas parentais educativas e gravidez na adolescência. **Rev Med Paraná**. v. 63, n. 2, p. 32-36, 2005. Disponível em <<http://www.amp.org.br/site/revistas-ver/revista-medica-do-parana>>. Acesso em 14 jul 2019.

GOMES EC *et al.* Consumo de alimentos ultraprocessados por pré-escolares de uma escola da rede municipal de ensino de Itaquí-RS. **Anais do VII Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão – Universidade Federal do Pampa**. 8(2), 2016. Disponível em: <<http://seer.unipampa.edu.br/index.php/siepe/article/view/17958/6786>>. Acesso em 06 jun 2019.

GONÇALVES, D. F. **Fatores reprodutivos associados ao excesso de peso em mulheres adultas atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Março, 2017. Disponível em <<https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/5372>>. Acesso em 20 set 2018.

HALPERN, A. *et al.* Obesidade: Determinantes Genéticos, Ambientais e Clínicos. In: 9th International Congress on Obesity. 2002. Disponível em <http://www.nutricaoempauta.com.br/lista_artigo.php?cod=13>. Acesso em 13 jul 2019.

HANKEY, M.; WILLIAMS, N. A; DEV, D. Uninvolved Maternal Feeding Style Moderates the Association of Emotional Overeating to Preschoolers' Body Mass Index z-Scores. **J Nutr Educ Behav**. 2016 Sep; v. 48, n. 8, p. 530-537. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2016.06.006>.

HENNESSY, E. *et al.* Parent behavior and child weight status among a diverse group of underserved rural families. **Appetite**. v. 54, issue 2, p. 369-377. 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.01.004>>. Acesso em 06 jun 2019.

HOFFMAN, M. L., & SALTZTEIN, H. D. 1967. Parent discipline and the child's moral development. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 5, p.45-57. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000100&pid=S0103-166X200700010000600022&lng=en>. Acesso em 25 set 2018.

HOFFMAN, M. L. Moral Internalization, Parental Power, and the Nature of Parent-Child Interaction. **Developmental Psychology**. v. 11, n. 2, p. 228-39. 1975. Disponível em <<http://psycnet.apa.org/record/1975-20841-001>>. Acesso em 25 set 2018.

HUGHES, S. O. *et al.* Revisiting a neglected construct: parent styles in a child-feeding context. **Appetite**. v. 44, n. 1, p.83-92, feb. 2005. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15604035>>. Acesso em 24 set 2018.

_____. Emotional climate, feeding practices, and feeding styles: an observational analysis of the dinner meal in Head Start families. **Int J Behav Nutr Phys Act**. 2011; v. 8, p.60. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-60>. Acesso em 09 jun 2019.

_____. Caregiver's Feeding Styles Questionnaire: establishing cutoff points. **Appetite**. v. 58, n.1, p.393-5. 2012. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.11.011>>. Acesso em 24 set 2018.

_____. Food Parenting Measurement Issues: Working Group Consensus Report. Parenting styles in a child-feeding context. **Childhood Obesity**, v. 9, Supl 1, p. S95-S102, 2013.

_____. Potential Use of Food/Activity, Parenting Style, and Caregiver Feeding Style Measurement Tools with American Indian Families: A Brief Report. **Matern Child Health J**. 2017 Feb; v. 21, n. 2, p. 242-247. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s10995-016-2145-3>>. Acesso em 13 jul 2019.

HUGHES, S. O.; PAPAIOANNOU, M. A. Maternal Predictors of Child Dietary Behaviors and Weight Status. **Curr Nutr Rep**. 2018 Dec; v. 7, n. 4, p. 268-273. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s13668-018-0250-1>>. Acesso em 14 jul 2019.

JUUL, F.; HEMMINGSSON, E. Trends in consumption of ultra-processed foods and obesity in Sweden between 1960 and 2010. **Public Health Nutrition**. 2015. Disponível em <<https://doi.org/10.1017/S1368980015000506>>. Acesso em 06 jun 2019.

KARNOPP, E. V. N. *et al.* Food consumption of children younger than 6 years according to the degree of food processing. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v. 93, n. 1, p. 70-78, fev. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572017000100070&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 27 set 2018.

LACERDA, E. M. A.; ACCIOLY, E. **Nutrição do Pré-escolar e do Escolar**. In: Nutrição em Obstetrícia e Pediatria. 3ª edição. Editora Cultura Médica e Guanabara Koogan, 2012.

LAMBORN, S.D. *et al.* Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent and neglectful families. **Child Development**. v. 62, p.1049-65. 1991.

LEITE, F. H. M. *et al.* Availability of processed foods in the perimeter of public schools in urban areas. **Jornal de Pediatria**. 2012. v. 88, n. 4, p.328-34. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.2223/JPED.2210>>. Acesso em 06 jun 2019.

LEITE, F. H. M. *et al.* Association of neighborhood food availability with the consumption of processed and ultra-processed food products by children in a city of Brazil: a multilevel analysis. **Public Health Nutrition**. 2017 at 22:13:03. Disponível em <<https://doi.org/10.1017/S136898001600361X>>. Acesso em 06 jun 2019.

LEWIS, M.; WOROBEY, J. Mothers and toddlers lunch together. The relation between observed and reported behavior. **Appetite**. 2011, v. 56, p. 732-736.

LINS, A. P. M. *et al.* Alimentação saudável, escolaridade e excesso de peso entre mulheres de baixa renda. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 357-66, fev. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 set 2018.

LONGO-SILVA, G. *et al.* Ultra-processed foods: Consumption among children at day-care centers and their classification according to Traffic Light Labelling system. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 28, n. 5, p. 543-553, Oct. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732015000500543&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 set 2018.

LONGO-SILVA, G. *et al.* Age at introduction of ultra-processed food among preschool children attending day-care centers. **J Pediatr** (Rio J). 2017. v. 93, n. 5, p.508-16. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.11.015>>. Acesso em 20 nov 2017.

LOUZADA, M. L. C. *et al.* Impact of ultra-processed foods on micronutrient content in the Brazilian diet. **Rev Saúde Pública**. 2015; v. 49, p.45. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049006211>>. Acesso em 06 jun 2019.

LOUZADA, M. L. C.; LEVY, R. B.; MONTEIRO, C. A. O consumo de alimentos ultraprocessados como um indicador-síntese para monitorar o padrão de consumo alimentar das populações. **Boletim do Inst Saúde**. v. 16, n. 2, p. 88-96. 2015. Disponível em <<http://www.isaude.sp.gov.br>>. Acesso em 14 out 2018.

LUDWIG, D. Technology, diet and the burden of chronic disease. **JAMA**. 2011, v. 305, p.1352-1353. Disponível em <<http://jamanetwork.com/article.aspx?articleid=896031>>. Acesso em 06 jun 2019.

LUITEN, C. M. *et al.* Ultra-processed foods have the worst nutrient profile, yet they are the most available packaged products in a sample of New Zealand supermarkets. **Public Health Nutrition**. 2015. v. 19, n. 3, p. 530–538. Disponível em <<http://doi.org/10.1017/S1368980015002177>>. Acesso em 06 jun 2019.

MACARINI, S. M. *et al.* Práticas Parentais: uma revisão da literatura brasileira. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. v. 62, n. 1, p. 119-34, 2010. Disponível em <<http://www.psicologia.ufrj.br/abp/>>. Acesso em 24 set 2018.

MACCOBY, E.; MARTIN, J. 1983. Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In: **Handbook of child psychology**. (Hetherington – Org). v. 4, 4ª ed. Ed. Wiley. New York.

MACHADO, P.P. *et al.* Price and convenience: The influence of supermarkets on consumption of ultra-processed foods and beverages in Brazil, **Appetite**. 2017. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.05.027>>. Acesso em 06 jun 2019.

MACHADO, R. H. V. *et al.* Maternal Feeding Practices among Children with Feeding Difficulties: Cross-sectional Study in a Brazilian Reference Center. *Frontiers in Pediatrics*, 2018; 5. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fped.2017.00286>. Acesso em 10 jul 2019.

MAIS, L. A. *et al.* Sociodemographic, anthropometric and behavioural risk factors for ultra-processed food consumption in a sample of 2–9-year-olds in Brazil. *Public Health Nutrition*. 2018. Disponível em <<https://doi.org/10.1017/S1368980017002452> >. Acesso em 06 jun 2019.

MALISZEWSKI, G. *et al.* Parental Feeding Style and Pediatric Obesity in Latino Families. **Hispanic Health Care International**, 2017; v. 15, n. 2, p.65–70. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1540415317707739>>. Acesso em 14 jul 2019.

MALLARINO, C. *et al.* Advertising of ultra-processed foods and beverages: children as a vulnerable population. **Rev Saúde Pública**. 2013; v. 47, n.5, p. 1006-10. Disponível em <<https://doi.org/br/10.1590/S0034-8910.2013047004319>>. Acesso em 20 nov 2017.

MARTINS, A. P. B. *et al.* Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). **Rev Saúde Pública**. 2013. v. 47, n. 4, p. 656-65. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004968>>. Acesso em 06 jun 2019.

MARTINS, A. P. B.; MONTEIRO, C. A. Impact of the Bolsa Familia program on food availability of low-income Brazilian families: a *quasi* experimental study. **BMC Public Health**. n. 16, p. 827. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12889-016-3486-y>>. Acesso em 06 jun 2019.

MELO, K. M. *et al.* Influência do comportamento dos pais durante a refeição e no excesso de peso na infância. **Esc Anna Nery**. 2017, v. 21, n. 4, e20170102. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/2117-9465-EAN-2017-0102>>. Acesso em 20 nov 2017.

MELO, S. P. S. C.; RISSIN, A.; BATISTA-FILHO, M. Excesso de peso de adultos residentes em um aglomerado urbano subnormal. **Rev Bras Prom Saúde**. v. 28, n.2, 2015. Disponível em <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3533>>. Acesso em 13 jul 2019.

MENEGASI, B. *et al.* A nova classificação de alimentos: teoria, prática e dificuldades. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2018. v. 23, n. 12, p. 4165-4176. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.308720161>>. Acesso em 06 jun 2019.

MILIAN, A. J. G.; GARCIA, E. D. C. La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento. **Rev Cubana Med Gen Integr**, Ciudad de La Habana, v. 32, n. 3, sept. 2016. Disponível em http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300011&lng=es&nrm=iso. Acesso em 12 jul 2019.

MONTEIRO, C. A. *et al.* A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. **Cad. Saúde Pública**. 2010a. v. 26, n. 11, p. 2039-2049. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010001100005>>. Acesso em 06 jun 2019.

MONTEIRO, C. A. *et al.* Increasing consumption of ultra-processed foods and likely

impact on human health: evidence from Brazil. **Public Health Nutrition**. 2010b. v. 14, n. 1, p. 5–13. Disponível em <<https://doi.org/10.1017/S1368980010003241>>. Acesso em 06 jun 2019.

MONTEIRO, C. A. *et al.* Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. **Obesity reviews**. 2013. v.14 Sup. 2, p. 21–28. Disponível em <<https://doi.org/10.1111/obr.12107>>. Acesso em 06 jun 2016.

MONTEIRO, C. A. *et al.* Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. **Public Health Nutrition**. 2019. Disponível em <<https://doi.org/10.1017/S1368980018003762>>. Acesso em 06 jun 2019.

MOODIE, R. *et al.* Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. **The Lancet**. 2013. v. 381, p. 670-679. Disponível em <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62089-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62089-3)>. Acesso em 06 jun 2019.

MORAN, A. J. *et al.* What factors influence ultra-processed food purchase and consumption in households with children? A comparison between participants and non-participants of the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), **Appetite**. 2019. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.12.009>>. Acesso em 06 jun 2019.

MOUBARAC, J. *et al.* Consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health. Evidence from Canada. **Public Health Nutrition**. v. 16, n. 12, p. 2240–2248. 2012. Disponível em <<https://doi.org/10.1017/S1368980012005009>>. Acesso em 06 jun 2018.

MOUBARAC, J. *et al.* Processed and Ultra-processed Food Products: Consumption Trends in Canada from 1938 to 2011. **Can J Diet Pract Res**. 2014. v. 75, p. 15-21. Disponível em <<https://doi.org/10.3148/75.1.2014.15>>. Acesso em 06 jun 2019.

NAKANO, R. P. *et al.* Prevalence, temporal trend and associated factors with excess body weight in mothers of children under five years. **Rev Nutr**. 2018, v. 31, n. 2, p.159-73. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1678-98652018000200003>>. Acesso em 20 set 2018.

NAST, M. *et al.* Ganho de peso excessivo na gestação é fator de risco para o excesso de peso em mulheres. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 12, p. 536-540, Dec. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013001200002>>. Acesso em 16 mar 2019.

OLIVEIRA, J. M. *et al.* Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento. **Cad. Saúde Pública**. 2015. Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 377-94. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00209513>>. Acesso em 20 nov 2017.

OLIVEIRA, M. C. F. *et al.* **Alimentação de Crianças Pré-escolares e Escolares**. In: Nutrição e Saúde da Criança. Franceschini, S. C. C. *et al.* (Org). Cap. 10. 1ª ed. Ed. Rúbio, 2018a.

OLIVEIRA, T. C. *et al.* The food practice concepts of Rio de Janeiro's lower class women: transformation and reinterpretation. **Interface** (Botucatu). 2018b, v. 22, n. 65, p.435-46. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0807>>. Acesso em 20 jun 2019.

OLIVEIRA, M. N.; BRASIL, A. L. D. **Alimentação do Pré-escolar e do Escolar**. In: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-EPM. Nutrição Clínica na Infância e na adolescência. Palma, D.; Escrivão, M. A. M. S. & OLIVEIRA, F. L. C. (Orgs.). Barueri, São Paulo. Editora Manole, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation, Genebra, Suíça, 2000. Genebra: World Health Organization, 2000. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf>. Acesso em 23 abr 2018.

_____. Global Health Observatory Data. Overweight and Obesity. Prevalence of overweight among adults age + 18, 2016(a). Disponível em <www.who.int/gho/en>. Acesso em 23 abr 2018.

_____. Global Health Observatory Data Repository. Prevalence of overweight among adults, BMI ≥ 25 , age-standardized Estimates by WHO Region. 2016(b). Disponível em <www.who.int/gho/en>. Acesso em 23 abril 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Exibição de indicadores. 3. Factores de Riesgo. Actividad fisica insuficiente en adultos (%) total. Disponível em <http://www.paho.org/data/index.php/es/?option=com_content&view=article&id=515:indicadoresvz&Itemid=347>. Acesso em 25 maio 2018.

PACHECO, J. T. B.; SILVEIRA, L. M. O. B.; SCHNEIDER, A. M. A. Estilos e práticas educativas parentais: análise da relação desses construtos sob a perspectiva dos adolescentes. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 39, n. 1, p. 66-73, jan./mar. 2008.

PATEL, C. *et al.* Food Parenting Practices among Parents with Overweight and Obesity: A Systematic Review. **Nutrients**. 2018, 10, p. 1966. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu10121966> Acesso em 03 ago 2019.

PINHEIRO, M. M. *et al.* Prevalência do excesso de peso e fatores associados em mulheres em idade reprodutiva no Nordeste do Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 29, n. 5, p.679-89, set./out., 2016. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1678-98652016000500006>>. Acesso em 10 de ago de 2018.

POWERS, S. W. *et al.* Maternal feeding strategies, child eating behaviors, and BMI low income African-American preschoolers. **Obesity**. 2006, n. 14, p. 2026-2033.

RAUBER, F. *et al.* Consumption of ultra-processed food products and its effects on children's lipid profiles: A longitudinal study. **Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases**. 2014. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1016/j.numecd.2014.08.001>>. Acesso em 06 jun 2019.

RELVAS, G. R. B.; BUCCINI, G. S.; VENANCIO, S.I. Ultra-processed food consumption among infants in primary health care in a city of the metropolitan region of São Paulo, Brazil.

J Pediatr. 2018. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.05.004>>. Acesso em 06 jun 2019.

RODRIGUES, H. C. A. **Influência da prática educativa parental na alimentação e do ambiente obesogênico no excesso de peso na infância.** Teses e dissertações defendidas na UFPE. Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. [Dissertação de Mestrado]. 2016. Disponível em <<http://repositorio.ufpe.br/handle>>. Acesso em 15 out 2017.

RUSSELL, C. G. *et al.* Parental feeding practices associated with children's eating and weight: What are parents of toddlers and preschool children doing? **Appetite.** 2018, n. 128, p. 120-128.

SALSBERY, P.J.; REAGAN, P.B. Dynamics of Early Childhood Overweight. **Pediatrics.** 2005; v. 116, n. 6, p. 1329–1338. Disponível em <<https://doi.org/10.1542/peds.2004-2583>>. Acesso em 29 mai 2018.

SÁ, N. N. B.; MOURA, E. C. Excesso de peso: determinantes sociodemográficos e comportamentais em adultos, Brasil, 2008. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p.1380-1392, jul, 2011. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2011.v27n7/1380-1392/pt>>. Acesso em 29 mai 2018.

BLANKSANTOS, R. B.; MARTINS, P. A.; SAWAYA, A. L. Estado nutricional, condições socioeconômicas, ambientais e de saúde de crianças moradoras em cortiços e favela. **Rev. Nutr.** [Internet]. 2008; v. 21, n. 6, p. 671-681. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732008000600006>>. Acesso em 15 jul 2019.

SCAGLIONI, S.; SALVIONI, M.; GALIMBERTI, C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *British Journal of Nutrition.* v. 99, Sup. 1, p. 22–5, 2008. Disponível em <<https://doi.org/10.1017/S0007114508892471>>. Acesso em 17 set 2017.

SCHREMPFT, S. *et al.* Maternal characteristics associated with the obesogenic quality of the home environment in early childhood, **Appetite**, 2016; Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.08.108>>. Acesso em 14 jul 2019.

SHLOIM, N. *et al.* Parenting styles, Feeding styles, Feeding Practices, and Weight Status in 4-12 year old children: A Systematic review of the literature. **Frontiers in Psychology.** v. 6, article 1849. 2015. Disponível em <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.01849/full>>. Acesso em 15 out 2017.

SILIPRANDI, E. **A alimentação como um tema político das mulheres.** In: ROCHA, Cecília; BURLANDY, Luciene; MAGALHÃES, Rosana. Segurança alimentar e nutricional: perspectivas, aprendizados e desafios para as políticas públicas. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2013. p.187-198.

SILVA, F. M. *et al.* Consumption of ultra-processed food and obesity: cross sectional results from the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil) cohort (2008–2010). **Public Health Nutrition.** 2018. Disponível em <<https://doi.org/10.1017/S1368980018000861>>. Acesso em 06 jun 2019.

- SILVA, P.C.; ZAFFARI, D. Prevalência de excesso de peso e associação com outras variáveis em indivíduos adultos atendidos em unidade básica de saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 17-26, jan./mar. 2009. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/25530653.pdf>>. Acesso em 06 jun 2019.
- SIMÕES, B. S. *et al.* Consumption of ultra-processed foods and socioeconomic position: a cross-sectional analysis of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health. **Cad. Saúde Pública**. 2018. v. 34, n. 3, e00019717. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00019717>>. Acesso em 06 jun 2019.
- SPARREBERGER, K. *et al.* Consumo de alimentos ultraprocessados entre crianças de uma Unidade Básica de Saúde. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v. 91, n. 6, p. 535-542, Dec. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572015000600535&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 set 2018.
- STANOJEVIC, C.; SIMIC, S.; MILUTINOVIC, D. Health effects of sleep deprivation on nurses working shifts. *Med Pregl.* 2016 Oct;69(5-6):183-188. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29693847>>. Acesso em 29 mai 2018.
- TAVARES, L. F. *et al.* Relationship between ultra-processed foods and metabolic syndrome in adolescents from a Brazilian Family Doctor Program. **Public Health Nutrition**. 2011. v. 15, n. 1, p. 82-87. Disponível em <<https://doi.org/10.1017/S1368980011001571>>. Acesso em 06 jun 2019.
- TOVAR, A. *et al.* 2012. Feeding styles and child weight status among recent immigrant mother-child dyads. *Int J. Behav. Nutr. Phys. Act.* 9:62-69. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-62>>. Acesso em 06 jun 2019.
- VALE, D. *et al.* Correlação espacial entre o excesso de peso, aquisição de alimentos ultraprocessados e o desenvolvimento humano no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2019. v. 24, n. 3, p. 983-996. Disponível em <<https://doi.org.br/10.1590/1413-81232018243.35182016>>. Acesso em 06 jun 2019.
- VALENTINI, F.; ALCHIERI, J. C. Modelo clínico de estilos parentais de Jeffrey Young: revisão da literatura. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 2, n. 2, p. 113-23, dez. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822009000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 set 2018.
- VANDEVIJVERE, S. *et al.* Consumption of ultra-processed food products and diet quality among children, adolescents and adults in Belgium. **European Journal of Nutrition**. 2018. Disponível em <<https://doi.org/10.1007/s00394-018-1870-3>>. Acesso em 06 jun 2019.
- VEDANA, E. H. B. *et al.* Prevalência de Obesidade e Fatores Potencialmente Causais em Adultos em Região do Sul do Brasil. **Arq Bras Endocrinol Metab**; 2008; v. 52, n. 7, p.1156-1162. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v52n7/12.pdf>>. Acesso em 13 jul 2019.
- VEDOVATO, G. M. *et al.* Degree of food processing of household acquisition patterns in a

Brazilian urban area is related to food buying preferences and perceived food environment. **Appetite**. 2015. v. 87, p. 296–302. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2014.12.229>>. Acesso em 06 jun 2019.

VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G.; PIMENTA, A. M., e KAC, G. Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus fatores determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev Panam Salud Publica** 2004; v. 16, n. 5, p.:308–14. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2004.v16n5/308-314/pt>>. Acesso em 13 jul 2019.

VENTURA, A. K., & BIRCH, L. L. Does parenting affect children's eating and weight status? **The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**. v.5, n. 15. 2008. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2276506/>>. Acesso em 15 de out 2017.

VIEIRA, A. C. R; SICHIERI, R. Associação do status socioeconômico com obesidade. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 415-26, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 nov 2017.

VIEIRA, G. O. *et al.* Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. **J Pediatr** (Rio J). v. 80, n. 5, p. 411-6. 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/jped/v80n5/v80n5a13.pdf>>. Acesso em 28 set 2018.

VIZCARRA, M.; TSENG, P. C.; AN, R. Feeding Styles, Feeding Practices and Child Weight Status Between 2-to-12 Years Old Children in Latin America: A Systematic Review. **Curr Dev Nutr**. 2019, v. 13, n. 3, Sup. 1. Link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31224520>

VOLLMER, R. L. Parental feeding style changes the relationships between children's food preferences and food parenting practices: The case for comprehensive food parenting interventions by pediatric healthcare professionals. **J Spec Pediatr Nurs**. 2019 Jan; v. 24, n. 1, e12230. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/jspn.12230>>. Acesso em 13 jul 2019.

WEBER, L. N. D. *et al.* Identificação de estilos parentais: O ponto de vista dos pais e dos filhos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. 2004, v.17, n. 3, p.323-31. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v17n3/a05v17n3.pdf>>. Acesso em 19 set 2018.

WEI, X. *et al.* Predicting weight status in Chinese pre-school children: independent and interactive effects of caregiver types and feeding styles. **Public Health Nutr**. 2018 Apr; 21(6):1123-1130. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/S1368980017003603>>. Acesso em 13 jul 2019.

WIDEN, E. M. *et al.* Excessive gestational weight gain is associated with long-term body fat and weight retention at 7 y postpartum in African American and Dominican mothers with underweight, normal, and overweight prepregnancy BMI. **Am J Clin Nutr**., v. 102, n. 6, p.1460-7, 2015. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26490495>>. Acesso em 30 ago 2018.

WILLIAMS, J. E. *et al.* Associations between parental bmi and the family nutrition and physical activity environment in a community sample. **J Community Health**, 2017, 42, 1233-1239.

XAVIER, N. L.; RIBEIRO, P. L. I. Obesidade na população feminina – município de Xangrilá: perfil de risco. **Rev HCPA**, v. 29, n.2, p. 109-14. Porto Alegre, 2009. Disponível em <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28911/000721200.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 20 nov 2017.

YAVUZ, H. M.; SELCUK, B. Predictors of obesity and overweight in preschoolers: The role of parenting styles and feeding practices. **Appetite**. v. 20. p. 491-99. 2018. Disponível em <<http://www.elsevier.com/locate/appet>>. Acesso em 08 jan 2018.

ANEXO A – Manual do Entrevistador

MANUAL DO ENTREVISTADOR

**“VIOLÊNCIA FAMILIAR, ESTILOS E PRÁTICAS
ALIMENTARES PARENTAIS E EXCESSO DE PESO
NA INFÂNCIA”**

“VIOLÊNCIA FAMILIAR, ESTILOS E PRÁTICAS ALIMENTARES PARENTAIS E EXCESSO DE PESO NA INFÂNCIA”

Manual de Instruções para preenchimento dos questionários

INTRODUÇÃO

Essa pesquisa desenvolvida pelo Núcleo de Estudos sobre Epidemiologia Social da Nutrição Materno-Infantil (NESNUMI) é um aprofundamento de outra pesquisa intitulada “O impacto da violência familiar, dos cuidados maternos com a criança e do apoio social no crescimento infantil: um estudo de coorte: fases I e II”.

O principal objetivo desta pesquisa é investigar a associação entre a violência familiar, os estilos e práticas alimentares parentais e o excesso de peso de crianças de 2 a 9 anos.

Proposta atual:

Entrevistar os cuidadores de crianças de 3 a 5 anos de idade cadastradas na Clínica de Saúde da Família Rodolpho Rocco.

A equipe do projeto

O projeto tem como coordenadora geral a Maria Helena Hasselmann e a Ana Cristina Lindsay – Harvard School of Public Health e UMASS. Como colaboradores: Raquel Mezzavilla – INU/UERJ, Claudia Valéria Cardim da Silva - INU/UERJ, Claudia Leite Moraes - IMS/UERJ, Alessandra Dias – INU/UERJ, Ana Carolina Feldenheimer – INU/UERJ, Flávia Barbosa – INU/UERJ. A coordenação de campo está a cargo da doutoranda Marina Ferreira e da nutricionista Liliane Séllos.

Além destes, atuam no projeto as doutorandas Gabriela Vianna e Flávia Lima e as bolsistas de iniciação científica Letícia Quaresma, Andresa Couto e Emanuele Dutra.

Programa de Pós-graduação Alimentação, Nutrição e Saúde

Telefone: (21) 2334 0655, ramal: 221 (sala da Prof. Maria Helena). Contato com os pesquisadores:

PESQUISADORES

NOME	TELEFONES	E – MAIL
Marina Ferreira	21 99499-8772	marina_nutri@yahoo.com.br
Liliane Séllos	21 96413-4128	lilianesellos@hotmail.com
Gabriela Vianna	21 97978-7000	vianna.gvb@gmail.com
Flávia Lima	21 98462-8951	flaviafariaslima@gmail.com
Letícia Quaresma	21 99492-4363	leticia.p.quaresma@gmail.com
Andresa Couto	21 97456-8619	andresascn@gmail.com
Emanuele Dutra	21 97448-9527	manu.dutra.pbi@gmail.com

2 Orientações Gerais

2.1 Material básico

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas. **Ele deve estar sempre com você.**

LEVE SEMPRE COM VOCÊ:

- ✓ Crachá;
- ✓ Lapiseira, grafite, borracha, caneta azul ou preta;
- ✓ Cartões de respostas de questionários específicos;
- ✓ Régua (se preferir).
- ✓ Manual de instruções;

- ✓ Questionários;
- ✓ Termos de consentimento.

2.2 A rotina de trabalho

Antes de se apresentar à entrevistada para realizar a entrevista, sempre esteja atenta a estas condições essenciais de postura, comportamento e orientações básicas.

2.3 Apresentação pessoal e postura

Procure apresentar-se de uma forma **simples, limpa e sem exageros**. Tenha **bom senso no vestir**.

Seja sempre **gentil e educada**.

Trate a entrevistada por Sra., sempre com respeito. Só mude este tratamento se ela própria pedir para ser tratada de outra forma.

Chame a entrevistada **sempre** pelo nome (p. ex., Dona Maria José). **Jamais**, chame-a de “*mãe*” ou outro nome. Isto despersonaliza a entrevista e é interpretado como desinteresse.

Logo de início, é importante estabelecer um clima de diálogo cordial com a entrevistada, tratando-a com respeito e atenção. **Nunca** demonstre pressa ou impaciência diante de suas hesitações ou demora ao responder uma pergunta.

Durante a entrevista, de quando em quando, faça referência ao nome da entrevistada. É uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse. Por exemplo: “Dona Joana, agora vamos falar sobre...” e não simplesmente “Agora vamos falar sobre...”

Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas. Lembre-se de que o propósito da entrevista é obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar conduta das pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre **neutra** em relação às respostas.

Procure fazer com que o diálogo seja dinâmico, demonstre interesse pelo que lhe está sendo reportado.

Olhe para a entrevistada enquanto ela está respondendo suas perguntas.

É essencial que você conheça profundamente o conteúdo do questionário que vai aplicar, bem como o do manual do entrevistador. Esteja totalmente familiarizada com os termos usados na entrevista, para que não haja nenhuma dúvida ou hesitação de sua parte, na hora de formular perguntas e anotar respostas. É só a entrevistada que tem o direito de hesitar.

Nunca influencie ou sugira respostas. Dê tempo à entrevistada para que reflita e encontre a resposta com suas próprias palavras. Se você não conseguir obter nenhuma resposta, leia **todas** as alternativas antes de deixar que a entrevistada responda. Assim ela não vai escolher logo a primeira possibilidade que for oferecida.

Em casos específicos, as alternativas **devem** ser lidas. Isto estará claramente indicado no questionário.

Procure manter um diálogo aberto com os supervisores do trabalho de campo, reportando imediatamente qualquer problema, dificuldade ou dúvida que apareça no decorrer do treinamento e entrevistas. As suas sugestões são importantes no sentido de aprimorar o trabalho do grupo.

Mantenha sempre à mão o seu Manual do Entrevistador e não tenha vergonha de consultá-lo, se necessário, durante a entrevista.

No caso de entrevistas realizadas na sala de espera procure ser o mais discreto possível ao entrevistar. Procure ficar no banco no “reco da entrada” ou no “reco da TV e mesa das crianças. Sempre que possível convide para finalizar o questionário em sala reservada.

2.4. Apresentação da entrevistadora à entrevistada

Explicar que você é pesquisadora. Agradecer por comparecido à Clínica da Família. Dizer que gostaria de fazer algumas perguntas sobre a saúde dela e de seu filho(a). Sempre salientar que “é muito importante a colaboração neste trabalho, pois, através dele poderemos ficar conhecendo mais sobre a saúde das mães e crianças, ajudando, assim, contribuir para a construção de programas de saúde e assim ajudar a melhorar o estado nutricional e de saúde da população”. **No momento da entrevista não deve ter ninguém presente, se houver mais alguém presente, pedir para ficar só com a entrevistada porque vai fazer algumas perguntas mais pessoais.**

2.5 O consentimento informado

Explicar para a entrevistada os detalhes sobre a participação dela no projeto e que, se ela concordar, você precisa que ela assine uma declaração, da qual ela fica com uma cópia.

Termo de Consentimento para Participar da Pesquisa

Violência familiar, estilos e práticas alimentares parentais e excesso de peso na infância
Pesquisadora Principal: Maria Helena Hasselmann

Para que serve a pesquisa?

Para estudar como os conflitos familiares e as reações dos familiares a estes conflitos interferem nos estilos e práticas alimentares dos pais com seus filhos e no excesso de peso na infância.

Como irei participar?

1. Respondendo a perguntas sobre minha situação sócio econômica, idade, hábitos do meu dia-a-dia, estilos e práticas de alimentação, reações e situações de conflitos familiares, apoio social que eu e minha família recebemos, alimentação do meu filho, entre outras.
2. Autorizando avaliação do estado nutricional do meu filho por meio de medidas de peso e estatura

Fui informada que as medidas serão feitas com balança e antropômetro e que nenhum desses instrumentos apresentam risco para a saúde do meu filho, nem a curto nem em longo prazo, não sendo perigosos.

O tempo para responder as perguntas e fazer as medidas é de aproximadamente 50 minutos.

Quais as vantagens?

Conhecer o estado nutricional da criança. Refletir sobre a influência do ambiente familiar nos estilos e nas práticas alimentares e sobre as repercussões de práticas alimentares na saúde e na nutrição infantil.

Sigilo

Fui informada de que toda informação fornecida será guardada em segredo e utilizada apenas para a pesquisa. O meu nome em nenhum momento será revelado.

Meu consentimento

Minha participação é de livre e espontânea vontade. Tenho liberdade para continuar ou recusar em qualquer momento a participar da pesquisa.

O atendimento ao meu filho no Serviço de Saúde não será em momento algum afetado pela minha recusa.

Eu concordo em particular deste estudo e estou totalmente esclarecida de todos os riscos e benefícios que poderão surgir desta pesquisa, uma vez que tenho em mãos este documento e oportunidade de lê-lo.

Investigador:

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Participante:

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Responsável:

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Qualquer dúvida ou esclarecimentos contatar o Comitê de Ética da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro (Rua Afonso Cavalcanti, 455, sala 710 – Cidade Nova; e-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou a coordenadora da pesquisa Maria Helena Hasselman, tel: 2334-0150, e-mail:hasselm@ims.br.

SOMENTE INICIAR A APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DEPOIS DE TER O TERMO DE CONSENTIMENTO ASSINADO PELA ENTREVISTADA!

2.6 Sequência da entrevista

Em primeiro lugar a entrevistadora deverá buscar a assinatura da entrevistada no Termo de Consentimento, conforme instrução específica. Após, deverá ser aplicado o questionário geral.

Instruções gerais para o preenchimento dos questionários

- Os questionários devem ser preenchidos a caneta azul e com muita atenção, usando **lápiz ou lapiseira para as anotações e dúvidas**.

A maioria das perguntas são pré-codificadas. Basta marcar a resposta dada pela entrevistada com um **X** correspondente à opção desejada. Cuidado para não deixar dúvida para o digitador não marcando mais de uma resposta.

As **letras** e **números** devem ser escritos de maneira **legível**, sem deixar margem para dúvidas. Lembre-se de que estes questionários vão ser inteiramente digitados e é necessário que a leitura não deixe dúvidas.

Nos campos com nome, endereço, ou outras informações **só utilize letras de forma, maiúsculas e sem acento! Não utilize abreviações!**

Os números utilizados devem seguir o modelo abaixo:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

Atenção para fazer o 1 (um) como um pauzinho retinho e sempre cortar o 7 (sete). Especial atenção com os números 5 e 6 ou 9 que podem ser facilmente confundidos se não forem muito bem desenhados. Não corte o zero.

Pessoas sem condições para responder o questionário, como por exemplo, surdas-mudas, deverão ter seus dados colhidos com familiar, se possível, e escreva ao lado o motivo pelo qual não puderam ser entrevistados. Essas pessoas não podem ser confundidas com recusas ou perdas. Quando pessoas mudas quiserem responder ao questionário, leia as questões com as alternativas e peça para que a entrevistada aponte a resposta correta.

No caso de irmãos gêmeos entrevistar o cuidador a respeito das duas crianças, mas em um dos questionários **perguntar somente** os blocos de práticas alimentares, violência contra a criança, saúde da criança e antropometria.

Quando entrevistar outros cuidadores, que não a mãe (ex. pai, tia, avó) perguntar sobre os dados do entrevistado. Neste caso **não** serão realizados os blocos de álcool, drogas, violência entre parceiros íntimos e violência contra a criança. **Exceto nos casos** que esse cuidador tiver a guarda da criança ou relatar que a mãe não cuida da criança.

Ao terminar as medidas antropométricas registrar, sempre que possível, os dados na caderneta de vacina. Quando a classificação do estado nutricional estiver fora do adequado para a idade, orientar sobre a importância desse cuidador procurar um atendimento nutricional na Clínica de Saúde da Família.

As instruções nos questionários que estão em *ITÁLICO* servem apenas para orientar a entrevistadora, não devendo ser lidas para a entrevistada. As alternativas de respostas que estiverem em **negrito** DEVEM ser lidas para a entrevistada.

As **perguntas devem ser feitas exatamente como estão escritas**. Caso a entrevistada não entenda a pergunta, repita uma segunda vez exatamente como está escrita. Em último caso, enunciar todas as opções, tendo o cuidado de não induzir a resposta.

Quando uma resposta parecer pouco confiável, anote-a e faça um comentário sobre sua má qualidade. Não deixe respostas em branco.

Preste muita atenção aos **pulos**. Ao pular uma ou mais questões, passe um traço diagonal sobre o texto e preencha as respostas com o código adequado.

Quando em **dúvida** sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável, tentar esclarecer com o respondente e, se necessário, **anote a resposta por extenso e apresente o problema ao supervisor.**

Caso a resposta seja “OUTRO”, especificar junto à questão, com as palavras do informante.

Nunca confie em sua memória e não deixe para registrar nenhuma informação depois da entrevista.

Não encerre a entrevista com dúvidas ou espaços ainda por preencher.

Sempre que tiver observações sobre o questionário ou sobre o entrevistado, anotar no final do questionário, para ser avaliado depois.

3.1 Codificação dos questionários

No final do turno/dia de trabalho, aproveite para revisar os seus questionários aplicados. Se tiver dúvida na codificação, esclareça com seu supervisor.

Caso seja necessário fazer algum cálculo, **não** o faça durante a entrevista, pois a chance de erro é maior. Anote as informações por extenso e calcule posteriormente quando estiver revisando.

Códigos especiais

NÃO SABE (NS) = 88. Este código deve ser usado quando o informante não souber responder ou não lembrar. Antes de aceitar uma resposta como **não sabe** deve-se tentar obter uma resposta mesmo que aproximada. Se esta for vaga ou duvidosa, anotar por extenso e discutir com o supervisor. Use a resposta não sabe somente em último caso. Lembre-se que uma resposta não coletada é uma resposta perdida.

NÃO SE APLICA (NA) = 99. Usado em casos de pulo ou se a questão não se aplica àquela entrevistada.

NÃO RESPONDEU (NR) = 77. Em casos que a entrevistada não quis responder à questão.

A REVISÃO DOS QUESTIONÁRIOS DEVE SER FEITA NO FIM DE CADA DIA, NÃO DEVENDO DEIXAR PARA OUTRO DIA.

ANEXO B – Questionário da Pesquisa

QUESTIONÁRIO 3 – 5 ANOS

IDENTIFICAÇÃO

(As perguntas de número 6 a 14 devem ser respondidas por meio de consulta à caderneta de vacinação da criança. Caso não existam essas informações, pergunte à mãe)

- 1) Nome _____ do entrevistador: _____
- 2) Número do questionário: _____ 2) _____
- 3) Data da entrevista: ____/____/____ 3) ____/____/____
- 4) Horário do início da entrevista: ____:____ h 4) ____:____
- 5) Pessoa entrevistada: 1- Mãe _____ 5) _____
2- Outros: _____
- (Anotar o que a pessoa é da criança)
- 6) Nome _____ do Respondente: _____
- 7) Data de nascimento da mãe: ____/____/____ 7) ____/____/____
- 8) Nome _____ da criança: _____
- 9) Data de nascimento da criança: ____/____/____ 9) ____/____/____
- 10) Idade da criança: _____ 10) _____
____.____
- (anos.meses)
- 11) Sexo: 1- Masculino 2- Feminino 11) _____
- 12) Peso ao nascer: _____ kg 777- NR 888- NS 12) _____. ____
- kg
- 13) Comprimento ao nascer: _____ cm 777- NR 888- NS 13) _____, ____
- cm
- 14) Idade gestacional ao nascimento: _____ semanas 777- NR 888- NS 14) _____
- semanas

15) _____ Endereço:

16) Bairro: _____

17) _____ Telefone _____ para _____ contato:

(confirmar o dígito 9)

HÁBITOS DA CRIANÇA

Vamos começar a nossa conversa falando um pouco sobre o dia-a-dia do(a) seu(a) filho(a) e sobre os hábitos em torno da alimentação dele(a), tudo bem?

18) O que (*Nome da criança*) costuma fazer no dia a dia (ele costuma brincar ao ar livre, assistir televisão, jogar videogame ou mexer no computador?)

Agora vamos falar sobre a alimentação dele(a)...

19) Quem geralmente decide o que seu(a) filho(a) come nas refeições e lanches? 19) ____

1- Mãe 2- Pai/padrasto 3- Mãe e Pai 4- Avó 5- Babá 6- Outro: _____ 777- NR 888- NS

QUESTIONÁRIO ALIMENTAR DA CRIANÇA

Agora vamos falar sobre o que [nome da criança] comeu ontem, mas vou fazer perguntas específicas sobre alguns alimentos que estamos estudando. Pode parecer repetitivo para a Sra., mas é importante que a Sra. responda a todas as perguntas.

A senhora pode me dizer quais alimentos o (a) [nome da criança] tomou ou comeu desde ontem quando acordou até hoje quando acordou? Eu vou ler os alimentos e você me responde sim ou não.

1) Tomou leite de peito? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULAR PARA A QUESTÃO 2.

1.1) (Se sim), quantas vezes? _____ 1- Toda hora 777- NR 888- NS 999- NA

2) Tomou água? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

3) Tomou chá? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

4) Tomou outro leite que não o leite de peito? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULAR PARA A QUESTÃO 5.

4.1) (Se sim), qual? 1- Leite de vaca 2- Outro (Se outro) Qual? _____ 777- NR 888- NS 999- NA

4.2) Nesse leite tinha achocolatado? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

4.3) Nesse leite tinha fruta? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

4.4) Nesse leite tinha: 1- cremogema 2- mucilon 3- maisena 4- neston 5- sustagem 6- outra farinha ou produto?

(Se outro) Qual: _____ 777- NR 888- NS 999- NA

Lembrando que as perguntas se referem aos alimentos que [nome da criança] comeu ou bebeu ontem, desde quando acordou até hoje quando acordou

5) Iogurte ou outro produto tipo “Danoninho”? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULAR PARA A QUESTÃO 6.

5.1) (Se sim), em que momento do dia foi oferecido: (ler as opções de resposta; pode marcar mais de uma)

1- No almoço como sobremesa 2- No jantar como sobremesa 3- Em outro momento 777- NR 888- NS 999- NA

6) Comeu mingau com leite? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULAR PARA A QUESTÃO 7.

7) Comeu outro tipo de mingau? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULAR PARA A QUESTÃO 8.

8) Suco natural de fruta? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULAR PARA A QUESTÃO 9.

8.1) (Se sim), em que momento do dia foi oferecido: (ler as opções de resposta; pode marcar mais de uma)

1- No almoço 2- No jantar 3- Em outro momento 777- NR 888- NS 999- NA

9) Suco industrializado, de caixa, garrafa ou em pó? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULAR PARA A QUESTÃO 10.

9.1) (Se sim), em que momento do dia foi oferecido: (ler as opções de resposta; pode marcar mais de uma)

1- No almoço 2- No jantar 3- Em outro momento 777- NR 888- NS 999- NA

Lembrando que as perguntas se referem aos alimentos que [nome da criança] comeu ou bebeu ontem, desde quando acordou até hoje quando acordou

10) Refrigerante? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULAR PARA A QUESTÃO 11.

10.1) (Se sim), em que momento do dia foi oferecido: (ler as opções de resposta; pode marcar mais de uma)

1- No almoço 2- No jantar 3- Em outro momento 777- NR 888- NS 999- NA

11) Mate ou guaraná natural? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULAR PARA A QUESTÃO 12.

11.1) (Se sim), em que momento do dia foi oferecido: (ler as opções de resposta; pode marcar mais de uma)

1- No almoço 2- No jantar 3- Em outro momento 777- NR 888- NS 999- NA

12) Comeu algum alimento sólido, semissólido ou pastoso? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

13) Manga, mamão ou goiaba? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

14) Outras frutas que não manga, mamão, goiaba? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

15) Comeu alimento adoçado com açúcar, mel, melado, adoçante? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

Lembrando que as perguntas se referem aos alimentos que [nome da criança] comeu ou bebeu ontem, desde quando acordou até hoje quando acordou

16) Comeu comida de sal (de panela, papa, sopa)? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULAR PARA A QUESTÃO 17.

- 16.1)** Quantas vezes? 1- 1 vez 2- 2 vezes 3- 3 ou mais vezes 777- NR 888- NS 999- NA
- 16.2)** A comida oferecida foi (ler as opções de resposta, pode marcar mais de uma):
1- Igual à da família 2- Preparada só para a criança 3- Industrializada (de potinho) 777- NR 888- NS 999- NA
- 16.3)** Essa comida foi oferecida como (ler as opções de resposta, pode marcar mais de uma)?
1- Em pedaços 2- Amassada 3- Passada na peneira 4- Liquidificada 777- NR 888- NS 999- NA
- 17)** Comeu arroz, batata, inhame, aipim? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA
- 18)** Macarrão? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA
- 19)** Macarrão instantâneo tipo "miojo"? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA
- 20)** Comeu legumes, sem contar batata/inhame/aipim? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA
- 21)** Comeu cenoura, abóbora e batata doce? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA
- 22)** Verduras escuras como: couve, espinafre, taioba, brócolis? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA
- 23)** Outras verduras, sem contar couve, espinafre, taioba, brócolis? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA
- 24)** Feijão ou outros tipos de grãos como lentilha, ervilha? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULAR PARA A QUESTÃO 25.

- 24.1)** (Se sim), (ler as opções de resposta; pode marcar mais de uma) 1- Caldo 2- Caroço 777- NR 888- NS 999- NA

Lembrando que as perguntas se referem aos alimentos que [nome da criança] comeu ou bebeu ontem, desde quando acordou até hoje quando acordou

- 25)** Comeu algum tipo de carne (de boi, frango, porco, peixe ou outro)? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA
- 26)** Comeu fígado? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA
- 27)** Comeu miúdos como moela e coração? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA
- 28)** Comeu hambúrguer, alimento tipo nugget, salsicha, linguiça, presunto ou mortadela?
1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

Lembrando que as perguntas se referem aos alimentos que [nome da criança] comeu ou bebeu ontem, desde quando acordou até hoje quando acordou

- 29)** Ovo? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULAR PARA A QUESTÃO 30.

- 29.1)** (Se sim), (ler as opções de resposta; pode marcar mais de uma) 1- Clara 2- Gema 777- NR 888- NS 999- NA
- 30)** Doces a base de leite como: pudim, flan, sorvete, etc? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULAR PARA A QUESTÃO 31.

30.1) (Se sim), em que momento do dia foi oferecido: (ler as opções de resposta; pode marcar mais de uma)
1- No almoço ou como sobremesa 2- No jantar ou como sobremesa 3- em outro momento 777- NR 888- NS
999- NA

31) Queijo? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULAR PARA A QUESTÃO 32.

31.1) (Se sim), qual tipo? 1- Queijo prato 2- Mussarela 3- Minas 4- Outro _____ 777- NR 888- NS
999- NA

31.2) (Se sim), em que momento do dia foi oferecido: (ler as opções de resposta; pode marcar mais de uma)
1- No almoço ou como sobremesa 2- No jantar ou como sobremesa 3- em outro momento 777- NR 888- NS
999- NA

32) Pão? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

33) Biscoito doce ou salgado? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

34) Salgadinhos de pacote tipo fofura, fandangos, cheetos etc.? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS
999- NA

Lembrando que as perguntas se referem aos alimentos que [nome da criança] comeu ou bebeu ontem, desde quando acordou até hoje quando acordou

35) Bolo? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

36) Comeu bala, pirulito ou outras guloseimas? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

37) Margarina (tipo Qualy, Claybon, Delícia, Doriana)? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

38) Manteiga? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

39) Tomou ou comeu outros alimentos? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

Observação:

CODIFICAÇÃO POSTERIOR (a ser preenchido pelo coordenador de campo)

1) _____	5.1) _____	12) _____	19) _____	28) _____	34) _____
1.1) _____	6) _____	13) _____	20) _____	29) _____	35) _____
2) _____	7) _____	14) _____	21) _____	29.1) _____	36) _____
3) _____	8) _____	15) _____	22) _____	30) _____	37) _____
4) _____	8.1) _____	16) _____	23) _____	30.1) _____	38) _____
4.1) _____	9) _____	16.1) _____	24) _____	31) _____	39) _____
4.2) _____	9.1) _____	16.2) _____	24.1) _____	31.1) _____	
4.3) _____	10) _____	16.3) _____	25) _____	31.2) _____	
4.4) _____	10.1) _____	17) _____	26) _____	32) _____	
5) _____	11) _____	18) _____	27) _____	33) _____	

21) Agora vamos falar um pouco sobre a maneira que você lida com a alimentação do seu filho. Para isto vamos fazer algumas perguntas...

QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

Usando a escala abaixo [mostrar o cartão], escolha uma opção para cada pergunta que melhor corresponde com a sua resposta.
Favor responder sobre a sua criança [nome da criança] que está no nosso estudo”.

	Nunca	Raramente	Metade do tempo	Maior parte do tempo	Sempre
1. Quando sua criança está em casa, com que frequência você é responsável por alimentá-la?	1	2	3	4	5
2. Com que frequência você é responsável por decidir a quantidade de comida que sua criança irá comer?	1	2	3	4	5
3. Com que frequência você é responsável por decidir se sua criança tem comido os alimentos certos?	1	2	3	4	5
“Usando a escala abaixo [mostrar o cartão], favor indicar como você classificaria seu próprio peso em cada um destes 4 períodos de tempo listados (Favor escolher APENAS uma opção para cada)”.					
	Muito abaixo do peso	Abaixo do peso	Adequado	Acima do peso	Muito acima do peso
4. Sua infância (5 a 10 anos de idade)	1	2	3	4	5
5. Sua adolescência	1	2	3	4	5
6. Seus 20 anos	1	2	3	4	5
7. Atualmente	1	2	3	4	5
Agora, usando a escala abaixo [mostrar o cartão], favor indicar como você classificaria o peso da sua criança em cada um destes 4 períodos de tempo listados (Favor escolher APENAS uma opção para cada).					
	Muito abaixo do peso	Abaixo do peso	Adequado	Acima do peso	Muito acima do peso
8. Sua criança durante o primeiro ano de vida	1	2	3	4	5
9. Sua criança entre 1 e 3 anos de idade	1	2	3	4	5
10. Sua criança entre 3 e 5 anos	1	2	3	4	5

11. Sua criança entre 5 e 8 anos	1	2	3	4	5
“Agora, usando a escala abaixo [mostrar o cartão], escolha uma opção para cada pergunta que melhor corresponde com a sua resposta. Favor responder sobre a sua criança [nome da criança] que está no nosso estudo.”					
	Despreocupado	Levemente despreocupado	Indiferente	Levemente preocupado	Preocupado
14. O quanto você fica preocupado da sua criança comer muito quando você não está perto dela?	1	2	3	4	5
15. O quanto você se sente preocupado da sua criança ter que fazer uma dieta para manter o peso desejado?	1	2	3	4	5
16. O quanto você se sente preocupado que sua criança se torne uma criança acima do peso?	1	2	3	4	5
“Agora, usando a escala abaixo [mostrar o cartão], escolha uma opção para cada pergunta que melhor corresponde com a sua resposta. Favor responder sobre a sua criança [nome da criança] que está no nosso estudo.”					
	Discordo muito	Discordo um pouco	Indiferente	Concordo um pouco	Concordo muito
17. Eu tenho que ter certeza que a minha criança não come muitos doces (<i>balas, sorvete, bolo ou tortas</i>).	1	2	3	4	5
18. Eu tenho que ter certeza que a minha criança não come muitos <i>alimentos muito gordurosos</i>	1	2	3	4	5
19. Eu tenho que ter certeza que a minha criança não come muitos dos <i>seus alimentos favoritos</i>	1	2	3	4	5
20. Eu intencionalmente mantenho alguns alimentos fora do alcance da minha criança.	1	2	3	4	5
21. Eu ofereço <i>doces (balas, sorvete, bolo, tortas)</i> para a minha criança como recompensa por bom comportamento	1	2	3	4	5
22. Eu ofereço os <i>alimentos favoritos</i> para a minha criança em troca de bom comportamento.	1	2	3	4	5
23. Se eu não orientar ou controlar a alimentação da minha criança, ela comeria muitas besteiras e porcarias.	1	2	3	4	5
24. Se eu não orientar ou controlar a alimentação da minha criança, ela comeria muito dos seus alimentos favoritos	1	2	3	4	5
25. Minha criança deve sempre comer toda a comida que está no seu prato.	1	2	3	4	5
26. Eu preciso ser muito cuidadosa para ter certeza que a minha criança come o suficiente.	1	2	3	4	5
27. Se minha criança diz "não estou com fome", eu tento fazer com que coma de qualquer maneira.	1	2	3	4	5

28. Se eu não orientar ou controlar a alimentação da minha criança, ela comeria muito menos do que deveria.	1	2	3	4	5
“Agora, usando a escala abaixo [mostrar o cartão], escolha uma opção para cada pergunta que melhor corresponde com a sua resposta. Favor responder sobre a sua criança [nome da criança] que está no nosso estudo.”					
	Nunca	Raramente	Às vezes	Maioria das vezes	Sempre
29. O quanto você vigia os <i>doces (balas, sorvete, bolos, tortas)</i> que sua criança come?	1	2	3	4	5
30. O quanto você vigia os <i>salgadinhos (batata chips, salgadinho de pacote)</i> que sua criança come?	1	2	3	4	5
31. O quanto você vigia os alimentos muito gordurosos que sua criança come?	1	2	3	4	5

CODIFICAÇÃO POSTERIOR (a ser preenchido pelo coordenador de campo)

- 1) _____ 5) _____ 9) _____ 17) _____ 21) _____ 25) _____ 29) _____
 2) _____ 6) _____ 10) _____ 14) _____ 18) _____ 22) _____ 26) _____ 30) _____
 3) _____ 7) _____ 11) _____ 15) _____ 19) _____ 23) _____ 27) _____ 31) _____
 4) _____ 8) _____ 16) _____ 20) _____ 24) _____ 28) _____

Continuando a falar sobre a alimentação de sua criança (nome da criança)...

QUESTIONÁRIO DOS ESTILOS DE ALIMENTAÇÃO DOS CUIDADORES

22) “Estas perguntas abordam como você lida com a sua criança durante o Jantar. Escolha a melhor resposta [mostrar cartão] que descreve com que frequência estas coisas acontecem. Se você não tem certeza, diga a que melhor se aproxima. Com que frequência durante o Jantar VOCÊ...	Nunca	Raramente	Às vezes	Maioria do tempo	Sempre
1. Se esforça fisicamente com a criança para fazer com que ela coma (por exemplo, forçá-la a ficar na cadeira para que coma).	1	2	3	4	5
2. Promete algo diferente da comida para a criança se ela comer (por exemplo, "se você comer o feijão, nós podemos jogar bola depois do jantar").	1	2	3	4	5
3. Estimula a criança para comer, arrumando os alimentos de uma maneira mais interessante (por exemplo, fazendo rostos sorridentes na comida ou qualquer coisa que deixe o prato mais bonito).	1	2	3	4	5
4. Faz perguntas para a criança sobre a comida que ela está comendo.	1	2	3	4	5
5. Diz para a criança comer pelo menos um pouco da comida que está no seu prato.	1	2	3	4	5
6. Argumenta com a criança para fazer com que coma (por exemplo, "Leite é bom para a sua saúde pois fará você ficar forte").	1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
7. Diz alguma coisa para mostrar a sua desaprovação por ela não comer o jantar					
	Nunca	Raramente	Às vezes	Maioria do tempo	Sempre
8. Permite que a criança escolha os alimentos que quer comer entre os alimentos já preparados.	1	2	3	4	5
9. Elogia a criança por comer algum alimento (por exemplo, "Que menino legal! Você está comendo seu feijão").	1	2	3	4	5
10. Sugere que a criança coma a comida (por exemplo, ao dizer, "Sua comida está esfriando").	1	2	3	4	5
11. Diz para a criança "Vamos logo e coma sua comida".	1	2	3	4	5
12. Avisa a criança que você vai tirar alguma coisa dela (que não é comida) se ela não comer (por exemplo, "Se você não terminar de comer a sua carne, não vai brincar depois do jantar").	1	2	3	4	5
13. Diz para a criança comer alguma coisa que está no prato (por exemplo, "Coma seu feijão").	1	2	3	4	5
14. Avisa para a criança que você vai tirar algum alimento que ela goste se ela não comer (por exemplo, "se você não terminar seus legumes, você não vai ganhar fruta").	1	2	3	4	5
15. Diz alguma coisa positiva sobre a comida que a criança está comendo.	1	2	3	4	5
16. Dá comida na boca para fazer com que a criança coma.	1	2	3	4	5
17. Ajuda a criança a comer (por exemplo, cortando os alimentos em pedaços menores).	1	2	3	4	5
18. Estimula a criança a comer a comida usando alimentos como recompensa (por exemplo, "Se você comer todos os legumes, você ganha algumas frutas").	1	2	3	4	5
19. Implora para a criança comer sua comida.	1	2	3	4	5

23) Quais são os alimentos favoritos do (a) [nome da criança]: _____

CODIFICAÇÃO POSTERIOR (a ser preenchido pelo coordenador de campo)

- 1) _____ 4) _____ 7) _____ 10) _____ 13) _____ 16) _____ 19) _____
 2) _____ 5) _____ 8) _____ 11) _____ 14) _____ 17) _____
 3) _____ 6) _____ 9) _____ 12) _____ 15) _____ 18) _____

CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DE MORADIA

Agora vamos conversar um pouco sobre a sua família e as pessoas que vivem com a senhora, tudo bem?

24) A respeito de sua situação conjugal, a Sra.(Sr.) (ler as opções de resposta) 24) ____

- 1 - vive com companheiro, pai de (nome da criança) 5 - tem namorado há mais de um ano
 2 - vive com companheiro, padrasto (nome da criança) 6 - tem namorado há menos de um ano
 3 - não vive com companheiro há mais de um ano 7 - não tem namorado
 4 - não vive com companheiro há menos de um ano 777- NR 888- NS

OBS: _____

25) Quantos filhos vivem com a (o) Sra. (Sr.) na sua casa? _____ 777- NR 888- NS 25) ____

26) Quantas pessoas ao todo vivem na sua casa? (incluir mãe e criança) _____ 777- NR 888- NS 26) ____

27) A Sra. poderia me dizer o nome de cada uma dessas pessoas?

Instruções:

- a) *Escrever a relação de parentesco dos moradores com a criança examinada.*
 b) *Escrever a data de nascimento da mãe e/ou pai da criança*
 c) *Escrever se a entrevistada é mãe ou madrastra e se o companheiro é pai ou padrasto.*
 d) *Se a respondente não souber a data de nascimento das pessoas, colocar a idade aproximada.*

Nº	PRIMEIRO NOME	SEXO		IDADE/ DATA NASC.	RELAÇÃO COM A CRIANÇA Parentesco	Nº	PRIMEIRO NOME	SEXO		IDADE/ DATA NASC.	RELAÇÃO COM A CRIANÇA Parentesco
		F	M					F	M		
P1						P6					
P2						P7					
P3						P8					
P4						P9					
P5						P10					

28) A Sra.(Sr.) já frequentou a escola? 28) ____

Até que série a Sra. (Sr.) completou ou em que série a Sra.(Sr.) está? _____ série _____ grau

000 - Não estuda ou não estudou 777- NR 888- NS

29) Seu companheiro (a) já frequentou a escola? 29) ____

Até que série ele completou ou em que série ele está? _____ série _____ grau

000 - Não estuda ou não estudou 777- NR 888- NS 999- NA

E com relação a(o) (Nome da Criança)...

30) Ele(a) frequenta escola ou creche? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 30) ____ ____

31) A escola que (Nome da Criança) frequenta é: 31) ____ ____ ____
1- Pública 2- Privada 3- Outros 777- NR 888- NS 999- NA

Agora vamos conversar um pouco mais sobre a sua casa, sobre alguns itens que vocês podem ter entre outras coisas...

32A) Na sua casa, quem você considera o chefe da família? _____

CASO SEJA OUTRA PESSOA QUE NÃO A MULHER OU O COMPANHEIRO, FAZER A PERGUNTA. CASO SEJA UM DOS DOIS PREENCHER DEPOIS...

32B) Grau de instrução do chefe da família: _____ 32B) ____ ____ ____

- 1 - Analfabeto / Primário incompleto Analfabeto / Até 3a. Série Fundamental
2 - Primário completo / Ginásial incompleto / Até 4a. Série Fundamental (Fundamental incompleto)
3 - Ginásial completo / Ensino Médio incompleto / Fundamental completo
4 - Colegial completo / Superior incompleto / Médio completo
5 - Superior completo 777- NR 888- NS 999- NA

Agora vou lhe perguntar sobre alguns itens que a Sra. pode ter em casa. Para cada um deles eu peço que a senhora me diga quantos a sra. tem...

32C) Televisão em cores _____ 32C) ____ ____

32D) Rádio _____ 32D) ____ ____

32E) Banheiro (dentro de casa) _____ 32E) ____ ____

32F) Automóvel _____ 32F) ____ ____

32G) Empregada mensalista _____ 32G) ____ ____

32H) Máquina de lavar (sem considerar tanquinho) _____ 32H) ____ ____

32I) Videocassete e/ ou DVD _____ 32I) ____ ____

32J) Geladeira _____ 32J) ____ ____

32K) Freezer (independente ou parte da geladeira duplex) _____ 32K) ____ ____

33) “Quantos cômodos tem sua casa, incluindo cozinha e banheiro?” _____ 33) ____ ____
(Não considerar os de uso comum a outras famílias) 777- NR 888- NS

34) “De que material é construída a maior parte da sua casa?” 34) ____ ____
1- Alvenaria/Tijolo 2- Madeira 3- Pau a pique 4- Outros: _____ 777- NR 888- NS

35) "De que material é feito a maior parte do chão da sua casa?" 35) _____
 1- Cimento 2- Madeira tratada/tacos 3- Madeira bruta 4- Cerâmica/Ladrilho 5- Barro/Terra/ Areia
 6- Outros: _____ 777- NR 888- NS

36) "Sua casa tem luz elétrica?" 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 36) _____

37) "Sua casa tem banheiro? É dentro ou fora de casa?" 37) _____
 1 - Sim, dentro de casa 2 - Sim, fora de casa 3 - Não 777- NR 888- NS

SE SIM (1 OU 2) VÁ PARA PERGUNTA 38 SE NÃO, VÁ PARA PERGUNTA 39

38) "Para aonde vai o esgoto de sua casa? 777- NR 888- NS 999- NA 38) _____
 1 - Rede geral de esgoto 2 - Fossa 3 - Vala aberta 4 - Outros: _____

VÁ PARA PERGUNTA 40

39) "Onde você faz suas necessidades?" 777- NR 888- NS 999- NA 39) _____
 1- Banheiro público/externo 2- Local aberto 3- Casa de vizinho 4- Vasilha em casa 5- Outros: _____

40) "De onde vem a água que você usa em sua casa?" 40) _____
 1- Torneira de casa 2- Torneira comum/bica 3 - Carro-pipa 4- Poço 5- Nascente
 6 - Outros: _____ 777- NR 888- NS

41) A Sra. precisa guardar/armazenar água? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 41) _____

42) Aonde você joga o lixo? 777- NR 888- NS 42) _____
 1- Caçamba 2- Local aberto/Terreno baldio 3- Recolhimento em casa 4- Outros: _____

43) Atualmente a Sra. está trabalhando fora de casa? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 43) _____

44) A senhora é beneficiária de algum programa de transferência de renda do governo (tipo Bolsa Família, Cartão Carioca,...)? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 44) _____

Se sim, qual? _____

SAÚDE MATERNA E DA CRIANÇA

Agora vamos falar sobre a saúde do seu filho...

45A) (Nome da criança) está com diarreia hoje? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 45A) _____

45B) (Nome da criança) teve diarreia nas duas últimas semanas (desde a <dia da semana> de duas semanas atrás)?

1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 45B) _____

SE "NÃO", PASSAR PARA A PERGUNTA 46. SE "SIM", PROSSEGUIR.

45B1) Você deu para (Nome da criança) alguma coisa de beber para tratar a diarreia? 45B1) ____ ____

1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

Se sim, o que foi que deu para ele(a) beber? _____

46) (Nome da criança) teve tosse na última semana? (desde a <dia da semana> da semana passada)?

1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 46) ____ ____

SE A RESPOSTA FOR "NÃO", PASSE PARA PERGUNTA 50. SE "SIM", PROSSEGUIR.

47) Tinha febre? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA 47) ____ ____

48) Estava com a respiração difícil? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA 48) ____ ____

49) Estava com o nariz entupido? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA 49) ____ ____

Agora sobre a saúde da senhora ...

50) De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como a sra. considera o seu próprio estado de saúde?

1- Muito bom 2- Bom 3- Regular 4- Ruim 777- NR 888- NS 50) ____ ____

USO DE ÁLCOOL E DROGAS

“Eu gostaria de continuar a nossa conversa falando sobre os seus hábitos e de seu companheiro. Algumas coisas que a gente vai perguntar agora podem não fazer parte da sua vida, mas é muito importante que a sra. responda mesmo assim.”

VERIFICAR SITUAÇÃO CONJUGAL. CASO A RESPOSTA SEJA 3, 6 OU 7, PULAR AS QUESTÕES RELATIVAS AO COMPANHEIRO.

51) Qual a bebida alcóolica mais usada por seu companheiro? (*Ler as opções de resposta*) 51) ____ ____

0- Não bebe 1- Chopp 2- Whisky 3- Vinho 4- Cerveja 5- Aguardente 6- Licor
7- Batidinha 8- Outra 777- NR 888- NS

SE RESPOSTA POSITIVA FAÇA A PERGUNTA 52, CASO NEGATIVA (0), NR OU NS VÁ PARA QUESTÃO 53.

52) Seu companheiro tem bebido nos últimos doze meses? 52) ____ ____

1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

53) O seu companheiro(a) alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA 53) ____ ____

SE RESPOSTA NEGATIVA VÁ PARA QUESTÃO 57.

54) As pessoas aborrecem o seu companheiro(a) porque criticam o modo dele beber?

1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA 54) ____ ____

55) O seu companheiro(a) se sente culpado, chateado pela maneira que costuma beber?

1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA 55) ____ ____

56) O seu companheiro(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?

1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA 56) ____ ____

“Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o seu uso de qualquer bebida que contenha álcool, no último ano. Mesmo que a quantidade de álcool tomada tenha sido pequena, é muito importante que a sra.(sr.) responda a todas as perguntas”.

Uma dose de bebida alcoólica corresponde, por exemplo, a uma lata ou meia garrafa de cerveja, a 1 chopp, a 2 copos de cerveja, a 1 copo de vinho, a uma dose de uísque, cachaça ou outros destilados ou a 1 copo de caipirinha.

57) Você bebe um chopp, uma cervejinha ou alguma outra bebida alcoólica?

1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 57) ____ ____

SE NÃO, CONFIRME COM A RESPONDENTE SE ELA NÃO BEBE UM POUQUINHO, NEM EM SITUAÇÕES/OCASIÕES ESPECIAIS. MANTIDA A RESPOSTA “NÃO”, VÁ À QUESTÃO 63

58) Quantas doses você precisa beber para se sentir “alta”, ou seja, quantas doses são necessárias para que você comece a se sentir diferente do seu jeito “normal”? (Anotar a resposta especificando o tipo de bebidas e converta em doses depois)_____ 999- NA 58) ____ ____

59) Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida, ou parar de beber? 59) ____ ____

1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

60) Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? 60) ____ ____

1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

61) Seu companheiro(a) ou seus pais se preocupam ou reclamam quando você bebe? 61) ____ ____

1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

62) Alguma vez você acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada? 62) ____ ____

1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

63) Agora em relação ao uso de drogas, (seu companheiro/a Sra.)...

Opções de resposta:

1 - Sim 2 - Não 777- NR 888 - NS 999 - NA

OBS: Quando a resposta for 1 faça a pergunta abaixo, preenchendo no quadro o espaço reservado para frequência com a opção respondida. Se a resposta for 2, 7, 8 ou 9 para todos tipos de drogas, vá para a

3) A sra. explicou para seu companheiro o que a sra. não concordava com ele? _____	3) _____
4) Seu companheiro explicou para a sra. o que ele não concordava com a sra.? _____	4) _____
5) A sra. insultou ou xingou o seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	5) _____
6) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	6) _____
7) A sra. jogou alguma coisa no seu companheiro que poderia machucá-lo? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	7) _____
8) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	8) _____

Nos últimos 12 meses, diante de uma desavença ou discussão entre a sra. e seu companheiro...

9) A sra. torceu o braço do seu companheiro ou puxou o cabelo dele? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	9) _____
10) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	10) _____
11) A sra. teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com seu companheiro? _____	11) _____
12) Seu companheiro teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com a sra.? _____	12) _____
13) A sra. mostrou que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele? _____	13) _____
14) Seu companheiro mostrou que respeitava os seus pontos de vista e seus sentimentos? _____	14) _____
15) A sra. obrigou o seu companheiro a fazer sexo sem usar camisinha? _____	15) _____
16) Seu companheiro fez isso com a sra.? _____	16) _____

Nos últimos 12 meses, diante de uma desavença ou discussão entre a sra. e seu companheiro...

17) A sra. deu um empurrão no seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	17) _____
18) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	18) _____
19) A sra. usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma, para obrigar o seu companheiro a fazer sexo oral ou anal com a sra.? _____	19) _____
20) Seu companheiro fez isso? _____	20) _____
21) A sra. usou uma faca ou arma contra o seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	21) _____
22) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	22) _____
23) A sra. desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com o seu companheiro? _____	23) _____
24) Seu companheiro desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com a sra.? _____	24) _____

Nos últimos 12 meses, diante de uma desavença ou discussão entre a sra. e seu companheiro...

25) A sra. chamou o seu companheiro de gordo/a, feio/a ou alguma coisa parecida? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	25) _____
26) Seu companheiro chamou você de gorda/o, feia/o ou alguma coisa parecida? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	26) _____
27) A sra. deu um murro ou acertou o seu companheiro com alguma coisa que pudesse machucar? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	27) _____
28) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	28) _____
29) A sra. destruiu alguma coisa que pertencia ao seu companheiro de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	29) _____
30) Seu companheiro fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	30) _____
31) A sra. foi a um médico ou serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro? _____	31) _____

32) Seu companheiro foi ao médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com a sra.? _____	32) ___ ___ ___
--	-----------------

Nos últimos 12 meses...

33) A sra. sufocou ou estrangulou seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	33) ___ ___ ___
34) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	34) ___ ___ ___
35) A sra. gritou ou berrou com o seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	35) ___ ___ ___
36) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	36) ___ ___ ___
37) A sra. jogou o seu companheiro contra a parede com força? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	37) ___ ___ ___
38) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	38) ___ ___ ___
39) A sra. disse para ele que achava que vocês poderiam resolver o problema? _____	39) ___ ___ ___
40) Seu companheiro disse que achava que vocês poderiam resolver o problema? _____	40) ___ ___ ___

Nos últimos 12 meses, diante de uma desavença ou discussão entre a sra. e seu companheiro...

41) A sra. deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro mas não foi? _____	41) ___ ___ ___
42) Seu companheiro deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com a sra. mas não foi? _____	42) ___ ___ ___
43) A sra. deu uma surra no seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	43) ___ ___ ___
44) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	44) ___ ___ ___
45) A sra. segurou o seu companheiro com força? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	45) ___ ___ ___
46) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	46) ___ ___ ___

Nos últimos 12 meses...

47) A sra. usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma para obrigar o seu companheiro a fazer sexo com a sra.? _____	47) ___ ___ ___
48) Seu companheiro fez isso? _____	48) ___ ___ ___
49) A sra. virou as costas e foi embora no meio de uma discussão? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	49) ___ ___ ___
50) Seu companheiro fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	50) ___ ___ ___
51) A sra. insistiu em fazer sexo quando seu companheiro não queria sem usar força física? _____	51) ___ ___ ___
52) Seu companheiro fez isso com a sra.? _____	52) ___ ___ ___
53) A sra. deu um tabefe ou bofetada no seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	53) ___ ___ ___
54) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	54) ___ ___ ___

Nos últimos 12 meses...

55) A sra. quebrou um osso por causa de uma briga com o seu companheiro? _____	55) ___ ___ ___
56) Seu companheiro quebrou um osso por causa de uma briga com a sra.? _____	56) ___ ___ ___
57) A sra. fez ameaças para obrigar o seu companheiro fazer sexo oral ou anal com a sra.? _____	57) ___ ___ ___
58) Seu companheiro fez isso com a sra.? _____	58) ___ ___ ___
59) A sra. sugeriu que procurassem juntos uma solução para resolver as diferenças ou	59) ___ ___ ___

desavenças? _____	
60) Seu companheiro fez isso? _____	60) ___ ___ ___
61) A sra. queimou ou derramou líquido quente em seu companheiro de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	61) ___ ___ ___
62) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	62) ___ ___ ___

Nos últimos 12 meses...

63) A sra. insistiu para que seu companheiro fizesse sexo oral ou anal com a sra. sem usar força física? _____	63) ___ ___ ___
64) Seu companheiro fez isso com a sra.? _____	64) ___ ___ ___
65) A sra. acusou o seu companheiro de ser "ruim de cama"? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	65) ___ ___ ___
66) Seu companheiro te acusou disso? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	66) ___ ___ ___
67) A sra. fez alguma coisa para ofender o seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	67) ___ ___ ___
68) Seu companheiro fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	68) ___ ___ ___
69) A sra. ameaçou acertar ou jogar alguma coisa no seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	69) ___ ___ ___
70) Seu companheiro fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	70) ___ ___ ___

Nos últimos 12 meses, diante de uma desavença ou discussão entre a sra. e seu companheiro...

71) A sra. sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com o seu companheiro? _____	71) ___ ___ ___
72) Seu companheiro sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com a sra.? _____	72) ___ ___ ___
73) A sra. chutou o seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	73) ___ ___ ___
74) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez? _____	74) ___ ___ ___
75) A sra. fez ameaças para obrigar o seu companheiro fazer sexo com a sra.? _____	75) ___ ___ ___
76) Seu companheiro fez isso com a sra.? _____	76) ___ ___ ___
77) A sra. concordou com a solução que foi sugerida por ele? _____	77) ___ ___ ___
78) Seu companheiro concordou em tentar uma solução que a sra. sugeriu? _____	78) ___ ___ ___

Nos últimos 12 meses, diante de uma desavença ou discussão entre a sra. e seu companheiro...

79) A sra. impediu seu companheiro de sair de casa, ver ou falar com os parentes dele? _____	79) ___ ___ ___
80) Seu companheiro impediu a sra. de sair de casa, ver ou falar com seus parentes? _____	80) ___ ___ ___
81) A sra. queimou seu companheiro com ferro, cigarro ou qualquer outra coisa de propósito? _____	81) ___ ___ ___
82) Seu companheiro fez isso com você? _____	82) ___ ___ ___

VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA (CTS-PC)

65) *"Crianças muitas vezes fazem coisas que são erradas, desobedecem, ou fazem os pais ficarem zangados. A gente gostaria de saber o que a Sra. (Sr.) e seu companheiro(a) costumam fazer quando (nome da criança) faz alguma coisa errada, ou faz os senhores ficarem zangados. Eu vou ler algumas coisas que os senhores podem ter feito nestas horas. Eu gostaria de saber se, no último ano, essas coisas aconteceram."*

TIPO DE REAÇÃO	A) Companheiro & criança		B) Mãe & Criança	
	1) Seu companheiro/você explicou a (nome da criança) por que o que ele(a) estava fazendo estava errado.			
2) Seu companheiro/você colocou-o (a) de castigo do tipo: mandou-o(a) ficar em seu quarto ou em qualquer outro lugar.				
3) Seu companheiro/você sacudiu o(a) (nome da criança)				
4) Seu companheiro/você bateu no bum-bum dele(a) com alguma coisa como: um cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro.				
5) Seu companheiro/você deu a ele(a) outra coisa para fazer em vez daquilo que ele(a) estava fazendo de errado.				
6) Seu companheiro/você falou alto berrou ou gritou com (nome da criança)				
7) Seu companheiro/você bateu com a mão fechada ou deu um chute com força nele(a).				
8) Seu companheiro/você deu uma palmada no bum-bum dele(a)				
9) Seu companheiro/você agarrou-o(a) pelo pescoço e o(a) sacudiu				
10) Seu companheiro/você xingou ou praguejou, quer dizer, rogou praga, contra ele(a).				
11) Seu companheiro/você bateu muito em (nome da criança), ou seja, bateu nele(a) sem parar, o máximo que conseguiu.				
12) Seu companheiro/você disse alguma vez que iria expulsá-lo(a) de casa ou colocá-lo(a) para fora de casa.				
13) Seu companheiro/você queimou-o(a) ou derramou líquido quente nele(a) de propósito.				
		Quantas vezes aconteceu no último mês		Quantas vezes aconteceu no último mês
14) Seu companheiro/você ameaçou dar um tapa nele(a), mas não deu.				
15) Seu companheiro/você bateu em alguma parte do corpo dele(a) diferente do bum-bum com alguma coisa como um cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro.				
16) Seu companheiro/você deu um tapa na mão, no braço, ou na perna de (nome da criança).				
17) Seu companheiro/você Tirou as regalias dele(a) ou deixou-o(a) sem sair de casa.				
18) Seu companheiro/você deu um beliscão nele(a).				
		Quantas vezes aconteceu no último mês		Quantas vezes aconteceu no último mês
19) Seu companheiro/você ameaçou-o(a) com uma faca ou arma.				
20) Seu companheiro/você jogou (nome da criança) no chão.				

21) Seu companheiro/você chamou-o(a) de estúpido(a), burro(a), preguiçoso(a) ou de outra coisa parecida.				
22) Seu companheiro/você deu um tapa/bofetada no rosto, na cabeça ou nas orelhas de (nome da criança).				

Para a área sombreada, quando for 1 ou 2, perguntar o número de vezes que o evento aconteceu no último mês (frequência).

CODIFICAÇÃO POSTERIOR (a ser preenchido pelo coordenador de campo) – **COMPANHEIRO**

1A) _____ 7A) _____ 13A) _____ 16AF) _____ 19AF) _____ 22AF) _____
 2A) _____ 8A) _____ 14A) _____ 17A) _____ 20A) _____
 3A) _____ 9A) _____ 14AF) _____ 17AF) _____ 20AF) _____
 4A) _____ 10A) _____ 15A) _____ 18A) _____ 21A) _____
 5A) _____ 11A) _____ 15AF) _____ 18AF) _____ 21AF) _____
 6A) _____ 12A) _____ 16A) _____ 19A) _____ 22A) _____

CODIFICAÇÃO POSTERIOR (a ser preenchido pelo coordenador de campo) – **MÃE**

1B) _____ 7B) _____ 13B) _____ 16BF) _____ 19BF) _____ 22BF) _____
 2B) _____ 8B) _____ 14B) _____ 17B) _____ 20B) _____
 3B) _____ 9B) _____ 14BF) _____ 17BF) _____ 20BF) _____
 4B) _____ 10B) _____ 15B) _____ 18B) _____ 21B) _____
 5B) _____ 11B) _____ 15BF) _____ 18BF) _____ 21BF) _____
 6B) _____ 12B) _____ 16B) _____ 19B) _____ 22B) _____

REDE SOCIAL

“Às vezes no dia a dia a gente sente vontade de dividir nossas alegrias e nossas angústias com outras pessoas, assim como em algumas ocasiões nós precisamos de ajuda nas tarefas domésticas ou com relação aos cuidados de nossos filhos. Daqui pra frente nós vamos falar um pouco sobre isso”.

66A) Com quantos parentes você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? 66A) _____
 (Se for o caso, inclua esposo(a), companheiro(a) ou filhos nesta resposta.) () parentes () nenhum

66B) Com quantos amigos você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? 66B) _____
 (Não inclua esposo(a), companheiro(a) ou filhos nesta resposta.) () amigos () nenhum

66C) Nos últimos doze meses, você participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)? 66C) _____

1- Sim 2- Não 777 – NR 888 – NS

Se sim, com que frequência? 66CF) _____

1- mais de 1 vez por semana 2- 1 vez por semana 3- 2 a 3 vezes por semana
 4- algumas vezes no ano 5- 1 vez no ano 777- NR 888- NS 999- NA

66D) Nos últimos doze meses, você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos? 1- Sim 2- Não 777 – NR 888 – NS 66D) _____

Se sim, com que frequência? 66DF) _____

1- mais de 1 vez por semana 2- 1 vez por semana 3- 2 a 3 vezes por semana
 4- algumas vezes no ano 5- 1 vez no ano 777- NR 888- NS 999- NA

66E) Nos últimos doze meses, você participou de trabalhos voluntário ou remunerado, em organizações não governamentais (ONG), de caridade, ou outra 66E) ____ ____

1- Sim 2- Não 777 – NR 888 – NS

Se sim, com que frequência?

66EF) ____ ____

1- mais de 1 vez por semana 3- 2 a 3 vezes por semana 5- 1 vez no ano
 2- 1 vez por semana 4- algumas vezes no ano 777- NR 888- NS 999- NA

APOIO SOCIAL

“Agora, eu vou perguntar a frequência com que você pode contar com alguém, se precisar, em alguns momentos... Para isso, neste cartão (mostrar o cartão) existem 5 opções de respostas”.

Dar o cartão com as opções de respostas.

1 – nunca 2 – raramente 3 - às vezes 4 - quase sempre 5 - sempre

67) Se você precisar, com que frequência conta com alguém...

- | | |
|--|--------------|
| A. Que a ajude, se ficar na cama? _____ | A) ____ ____ |
| B. Para lhe ouvir, quando você precisa falar? _____ | B) ____ ____ |
| C. Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise? _____ | C) ____ ____ |
| D. Para levá-la ao médico? _____ | D) ____ ____ |
| E. Que demonstre amor e afeto por você? _____ | E) ____ ____ |
| F. Para se divertir junto? _____ | F) ____ ____ |
| G. Para lhe dar informação que a ajude a compreender a uma determinada situação? _____ | G) ____ ____ |
| H. Em quem confiar ou para falar de você ou sobre os seus problemas? _____ | H) ____ ____ |
| I. Que lhe dê um abraço? _____ | I) ____ ____ |
| J. Com quem relaxar? _____ | J) ____ ____ |
| K. Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las? _____ | K) ____ ____ |
| L. De quem você realmente quer conselhos? _____ | L) ____ ____ |
| M. Com quem distrair a cabeça? _____ | M) ____ ____ |
| N. Para ajudá-la nas tarefas de casa, se ficar doente? _____ | N) ____ ____ |
| O. Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos? _____ | O) ____ ____ |
| P. Para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal? _____ | P) ____ ____ |
| Q. Com quem fazer coisas agradáveis? _____ | Q) ____ ____ |
| R. Que compreenda seus problemas? _____ | R) ____ ____ |
| S. Que você ame e que faça você se sentir querida? _____ | S) ____ ____ |

68) Agora, nós gostaríamos de saber um pouco mais de como você tem passado nas duas últimas semanas, tudo bem? Nas duas últimas semanas, Sra (você) tem....

A) perdido muito sono por preocupação?

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| 1) de jeito nenhum | 3) um pouco mais que de costume |
| 2) não mais que o de costume | 4) muito mais do que de costume |

A) _____

B) Se sentido constantemente nervosa e tensa?

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| 1) de jeito nenhum | 3) um pouco mais que de costume |
| 2) não mais que o de costume | 4) muito mais do que de costume |

B) _____

C) Sido capaz de manter a atenção nas coisas que está fazendo?

- | | |
|---------------------------|-------------------------------|
| 1) mais do que de costume | 3) menos que de costume |
| 2) o mesmo de sempre | 4) muito menos que de costume |

C) _____

D) Sentido que é útil na maioria das coisas do seu dia-a-dia?

- | | |
|---------------------------|-------------------------------|
| 1) mais do que de costume | 3) menos que de costume |
| 2) o mesmo de sempre | 4) muito menos que de costume |

D) _____

E) Sido capaz de enfrentar seus problemas?

- | | |
|---------------------------|-------------------------------|
| 1) mais do que de costume | 3) menos que de costume |
| 2) o mesmo de sempre | 4) muito menos que de costume |

E) _____

F) Sido capaz de tomar decisões?

- | | |
|---------------------------|-------------------------------|
| 1) mais do que de costume | 3) menos que de costume |
| 2) o mesmo de sempre | 4) muito menos que de costume |

F) _____

G) Sentido que está difícil de superar suas dificuldades?

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| 1) de jeito nenhum | 3) um pouco mais que de costume |
| 2) não mais que o de costume | 4) muito mais do que de costume |

G) _____

H) Se sentido feliz de um modo geral?

- | | |
|---------------------------|-------------------------------|
| 1) mais do que de costume | 3) menos que de costume |
| 2) o mesmo de sempre | 4) muito menos que de costume |

H) _____

I) Tido satisfação nas suas atividades do dia-a-dia?

- | | |
|---------------------------|-------------------------------|
| 1) mais do que de costume | 3) menos que de costume |
| 2) o mesmo de sempre | 4) muito menos que de costume |

I) _____

J) Se sentido triste e deprimida?

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| 1) de jeito nenhum | 3) um pouco mais que de costume |
| 2) não mais que o de costume | 4) muito mais do que de costume |

J) _____

K) Perdido a confiança em você mesmo?

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| 1) de jeito nenhum | 3) um pouco mais que de costume |
| 2) não mais que o de costume | 4) muito mais do que de costume |

K) _____

L) Se achado uma pessoa sem valor?

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| 1) de jeito nenhum | 3) um pouco mais que de costume |
| 2) não mais que o de costume | 4) muito mais do que de costume |

L) _____

RESILIÊNCIA

69) Agora, pensando nessas opções abaixo, diga a que melhor corresponde à sua resposta para cada pergunta que eu lhe fizer...

<i>Dar o cartão resposta....</i>	
1 (Discordo totalmente)	5 (Concordo em parte)
2 (Discordo em grande parte)	6 (Concordo em grande parte)
3 (Discordo em parte)	7 (Concordo totalmente)
4 (Não concordo nem discordo)	

- | | |
|---|----------|
| A. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim _____ | A) _____ |
| B. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra _____ | B) _____ |
| C. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa _____ | C) _____ |
| D. Manter interesse nas coisas é importante para mim _____ | D) _____ |
| E. Eu posso estar por minha conta se eu precisar _____ | E) _____ |
| F. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida _____ | F) _____ |
| G. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação _____ | G) _____ |
| H. Eu sou amigo de mim mesmo _____ | H) _____ |
| I. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo _____ | I) _____ |
| J. Eu sou determinado _____ | J) _____ |
| K. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas _____ | K) _____ |
| L. Eu faço as coisas um dia de cada vez _____ | L) _____ |
| M. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes _____ | M) _____ |
| N. Eu sou disciplinado _____ | N) _____ |
| O. Eu mantenho interesse nas coisas _____ | O) _____ |
| P. Eu normalmente posso achar motivo para rir _____ | P) _____ |
| Q. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis _____ | Q) _____ |
| R. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar _____ | R) _____ |
| S. Eu posso geralmente olhar uma situação em diversas maneiras _____ | S) _____ |
| T. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não _____ | T) _____ |
| U. Minha vida tem sentido _____ | U) _____ |
| V. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas _____ | V) _____ |
| W. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída _____ | W) _____ |
| X. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer _____ | X) _____ |
| Y. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim _____ | Y) _____ |

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA DO RESPONDENTE

70) Peso atual _____. ____ kg

70) _____. ____ kg

71) Estatura _____. ____ cm

71) _____. ____ cm

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA DA CRIANÇA

72) Peso atual _____. ____ kg

72) _____. ____ kg

73) Estatura _____. ____ cm

73) _____. ____ cm

74) Horário do término da entrevista: ____:____

74) ____:____ h

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento para Participar da Pesquisa “Violência familiar, estilos e práticas alimentares parentais e excesso de peso na infância”

Pesquisadora Principal: Maria Helena Hasselmann

Para que serve a pesquisa?

Para estudar como os conflitos familiares e as reações dos familiares a estes conflitos interferem nos estilos e práticas alimentares dos pais com seus filhos e no excesso de peso na infância.

Como irei participar?

1. Respondendo a perguntas sobre minha situação sócio econômica, idade, hábitos do meu dia-a-dia, estilos e práticas de alimentação, reações e situações de conflitos familiares, apoio social que eu e minha família recebemos, alimentação do meu filho, entre outras.

2. Autorizando avaliação do estado nutricional do meu filho por meio de medidas de peso e estatura. Fui informada que as medidas serão feitas com balança e antropômetro e que nenhum desses instrumentos apresentam risco para a saúde do meu filho, nem a curto nem em longo prazo, não sendo perigosos.

O tempo para responder as perguntas e fazer as medidas é de aproximadamente 50 minutos.

Quais as vantagens?

Conhecer o estado nutricional da criança. Refletir sobre a influência do ambiente familiar nos estilos e nas práticas alimentares e sobre as repercussões de práticas alimentares na saúde e na nutrição infantil.

Sigilo

Fui informada de que toda informação fornecida será guardada em segredo e utilizada apenas para a pesquisa. O meu nome em nenhum momento será revelado.

Meu consentimento

Minha participação é de livre e espontânea vontade. Tenho liberdade para continuar ou recusar em qualquer momento a participar da pesquisa.

O atendimento ao meu filho no Serviço de Saúde não será em momento algum afetado pela minha recusa.

Eu concordo em particular deste estudo e estou totalmente esclarecida de todos os riscos e benefícios que poderão surgir desta pesquisa, uma vez que tenho em mãos este documento e oportunidade de lê-lo.

Investigador:

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Participante:

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Qualquer dúvida ou esclarecimentos contatar o Comitê de Ética da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro (Rua Afonso Cavalcanti, 455, sala 710 – Cidade Nova; e-mail: cepmsrj@yahoo.com.br ou a coordenadora da pesquisa Maria Helena Hasselman, tel: 2334-0150, e-mail:hasselm@ims.br.

ANEXO D - Quadro de classificação do grau de processamento dos alimentos do Instrumento de Oliveira e colaboradoras (2015).

Questão	Alimento	Classificação	Código do grupo
6. Tomou leite de peito?	Leite de peito	In natura	1
7. Tomou água?	Água	In natura	1
8. Tomou chá?	Chá	Minimamente processado	1
9. Tomou outro leite que não o leite de peito?	Outro leite (leite de vaca, leite de cabra, “leite” de soja etc.)	In natura	1
10. Iogurte ou outro produto tipo “Danoninho”?	Iogurte adoçado	Ultraprocessado	4
11. Comeu mingau com leite?	Mingau com leite	In natura	1
12. Comeu outro tipo de mingau?	Mingau sem leite	In natura	1
13. Suco natural de fruta?	Suco de fruta natural	In natura	1
14. Suco industrializado, de caixa, garrafa ou em pó?	Suco industrializado	Ultraprocessado	4
15. Refrigerante?	Refrigerante	Ultraprocessado	4
16. Mate ou guaraná natural?	Bebidas açucaradas	Ultraprocessado	4
18. Manga, mamão ou goiaba?	Frutas ricas em vit. A	In natura	1
18.1 Outras frutas que não manga, mamão, goiaba?	Frutas	In natura	1
20. Comeu comida de sal (de panela, papa, sopa)?	Comida	In natura	1
21. Comeu arroz, batata, inhame, aipim?	Cereais e tubérculos	In natura	1
22. Macarrão?	Massa comum	In natura	1
23. Macarrão instantâneo tipo” miojo”?	Massa instantânea	Ultraprocessado	4
24. Comeu legumes, sem contar batata/inhame/aipim?	Hortaliças	In natura	1
25. Comeu cenoura, abóbora e batata doce?	Hortaliças ricas em vit. A	In natura	1
26. Verduras escuras como: couve, espinafre, taioba, brócolis?	Hortaliças ricas em ferro	In natura	1
26.1 Outras verduras, sem contar couve, espinafre, taioba, brócolis?	Hortaliças de folha	In natura	1
27. Feijão ou outros tipos de grãos como lentilha, ervilha?	Leguminosas	In natura	1
28. Comeu algum tipo de carne (de boi, frango, porco,	Carnes	In natura	1

peixe ou outro)?			
29. Comeu fígado?	Vísceras	In natura	1
30. Comeu miúdos como moela e coração?	Vísceras	In natura	1
31. Comeu hamburguer, alimento tipo nugget, salsicha, lingüiça, presunto ou mortadela?	Carnes processadas	Ultraprocessado	4
32. Ovo?	Ovo	In natura	1
33. Doces a base de leite como: pudim, flan, sorvete, etc?	Alimentos que influenciam a absorção do ferro	Ultraprocessado	4
34. Queijo?	Queijo	Processado	3
35. Pão?	Pão “de padaria”	Processado	3
36. Biscoito doce ou salgado?	Biscoitos tipo bolacha, sem recheio	Ultraprocessado	4
37. Salgadinhos de pacote tipo fofura, fandangos, cheetos, etc .?	Salgadinho de pacote	Ultraprocessado	4
38. Bolo?	Bolo	In natura	1
39. Comeu bala, pirulito ou outras guloseimas?	Guloseimas	Ultraprocessado	4
40. Margarina (tipo Qualy, Claybon, Delicia, Doriana)?	Margarina	Ultraprocessado	4
41. Manteiga?	Manteiga	Ingrediente culinário	2

Fonte: Oliveira, 2018.

1: In natura ou minimamente processado; 2: ingrediente culinário; 3: processado; 4: ultraprocessado.