

HALLANA CRISTINA DE ARAÚJO RODRIGUES

INFLUÊNCIA DA PRÁTICA EDUCATIVA PARENTAL NA
ALIMENTAÇÃO E DO AMBIENTE OBESOGÊNICO NO
EXCESSO DE PESO NA INFÂNCIA

RECIFE

2016

HALLANA CRISTINA DE ARAÚJO RODRIGUES

INFLUÊNCIA DA PRÁTICA EDUCATIVA PARENTAL NA
ALIMENTAÇÃO E DO AMBIENTE OBESOGÊNICO NO
EXCESSO DE PESO NA INFÂNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof.^a Dra Marília de Carvalho Lima

Área de Concentração: Abordagens Quantitativas em Saúde

Linha de Pesquisa: Epidemiologia dos Distúrbios da Nutrição Materna, da Criança e do Adolescente

RECIFE

2016

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa- CRB4-1010

R696i Rodrigues, Hallana Cristina de Araújo
 Influência da prática educativa parental na alimentação e do ambiente
 obesogênico no excesso de peso na infância / Hallana Cristina de Araújo
 Rodrigues. – 2016.
 78 f.: il.; tab.; 30 cm.

 Orientadora: Marília de Carvalho Lima.
 Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
 Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Recife,
 2016.
 Inclui referências, apêndices e anexos.

 1. Criança. 2. Sobrepeso. 3. Obesidade. 4. Ambiente. 5. Pais. I. Lima,
 Marília de Carvalho (Orientadora). II. Título.

618.92 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2016-216)

HALLANA CRISTINA DE ARAÚJO RODRIGUES

INFLUÊNCIA DA PRÁTICA EDUCATIVA PARENTAL NA
ALIMENTAÇÃO E DO AMBIENTE OBESOGÊNICO NO EXCESSO DE
PESO NA INFÂNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovada em: 31/05/2016.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Marília de Carvalho Lima (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof.^º Dr.^º Pedro Israel Cabral de Lira (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof^ª. Dr^ª. Vanessa de Sá Leal (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE (CAV)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof. Dr. Silvio Romero Barros Marques

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Ernani Rodrigues Carvalho Neto

DIRETOR CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

VICE-DIRETORA

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos

COORDENADORA DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

COLEGIADO

CORPO DOCENTE PERMANENTE

Profa. Dra. Luciane Soares de Lima (Coordenadora)

Profa. Dra. Claudia Marina Tavares de Araújo (Vice-Coordenadora)

Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz

Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermir

Profa. Dra. Andréa Lemos Bezerra de Oliveira

Prof. Dr. Décio Medeiros Peixoto

Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho

Profa. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva

Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima

Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes

Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

Profa. Dra. Sílvia Regina Jamelli

Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho

Profa. Dra. Sophie Helena Eickmann

(Genivaldo Moura da Silva- Representante discente - Doutorado)

(Davi Silva Carvalho Curi - Representante discente -Mestrado)

CORPO DOCENTE COLABORADOR

Profa. Dra. Bianca Arruda Manchester de Queiroga

Profa. Dra. Cleide Maria Pontes

Profa. Dra. Daniela Tavares Gontijo

Profa. Dra. Kátia Galeão Brandt

Profa. Dra. Margarida Maria de Castro Antunes

Profª Dra. Maria Wanderleya de Lavor Coriolano

Profa. Dra. Rosalie Barreto Belian

SECRETARIA

Paulo Sergio Oliveira do Nascimento (Secretário)

Juliene Gomes Brasileiro

Leandro Cabral da Costa

Ao meu esposo Rosner Henrique
À minha pequena filha Malu

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu Senhor e Salvador, que me reconfortou nas horas difíceis, e guiou a este momento de vitória.

Aos meus pais, Antônio Carlos e Maria Lúcia, que com toda a simplicidade e dedicação, ensinaram-me a importância de uma boa educação.

Ao meu amado esposo, Rosner Henrique, por todo apoio, companheirismo e amor dedicados a mim nestes 18 anos de história, contribuindo para realização de meus sonhos e multiplicando minhas alegrias.

À minha pequena filha, Malu, pela simples presença tornando este momento único e especial.

À minha família, por todo incentivo e admiração.

À minha orientadora, professora Marília de Carvalho Lima, por toda sabedoria, simplicidade e humildade durante seus ensinamentos contribuindo significativamente para minha formação profissional e pessoal, além de toda compreensão, paciência e respeito nos momentos mais delicados.

Ao professor Pedro Israel, por toda contribuição feita durante a qualificação do projeto e dos resultados, da pré-banca e da apresentação final desta pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, pelo ensino de qualidade.

À coordenadora do curso, Dra. Luciane Soares, e à equipe administrativa, Paulo, Juliene, Janaína e Leandro, pela disponibilidade.

Aos amigos e companheiros de jornada, da turma ME 29, por todo apoio, conversas e confidências trocadas durante esses dois anos de curso.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, por todas as orientações.

Ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, aos Chefes dos Ambulatórios de Puericultura, Dra. Maria Márcia Nogueira Beltrão, e de Pediatria, Dr. Antônio Correia Vasco pela disponibilidade e incentivo a pesquisa.

Às mães e pacientes, que aceitaram participar da pesquisa, respondendo todas as questões, confidenciando histórias de vida, agradeço imensamente pela confiança em mim depositada no breve contato.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela concessão da bolsa de estudos.

E a todos que direta ou indiretamente participaram deste momento de formação.

“A persistência é o menor
caminho para o êxito”

(Charles Chaplin)

RESUMO

O ambiente obesogênico consiste em uma relação ambiental favorecedora ao desenvolvimento e/ou manutenção da obesidade. Práticas educativas parentais relacionadas a alimentação são estratégias utilizadas para incentivar a adesão de comportamentos alimentares considerados adequados. Diante da crescente ocorrência do sobrepeso em crianças delineamos um estudo cujo objetivo foi avaliar a associação das práticas educativas parentais relacionadas à alimentação e do ambiente obesogênico com a ocorrência do excesso de peso em crianças na idade escolar. Trata-se de um estudo caso-controle realizado com uma amostra de 222 pares de crianças/mães, 74 crianças com excesso de peso e 148 eutróficas, com idade entre 6 e 10 anos. O desfecho consistiu do estado nutricional, definindo-se como “caso” as crianças com excesso de peso ($IMC/Idade \text{ e sexo} \geq 2$ escores-z) e “controle” as eutróficas ($IMC/Idade \text{ e sexo} > -1$ escore-z e < 1 escore-z). Como variáveis independentes avaliamos as características ambientais obesogênicas e as práticas educativas parentais na alimentação, e como co-variáveis os fatores socioeconômicos familiares, biológicas da criança (sexo e peso ao nascer) e da mãe (índice de massa corporal) e a época de introdução de líquidos nos primeiros meses de vida. Observamos uma chance significativamente maior de excesso de peso nas crianças quando o entorno da residência era desprovido de ambiente destinado a práticas esportivas (como quadras e praças), em ambientes que propiciavam menor gasto de energia em atividades de vida diárias, quando a exposição a telas (televisão, computador ou videogame) ultrapassava 3h/dia. A chance de apresentar excesso de peso também foi detectada em famílias com práticas educativas alimentares restritivas, pouca pressão para comer e elevada monitoração dos alimentos consumidos. Observamos resultados similares nas crianças cujo peso ao nascer foi $\geq 3500g$, tiveram a introdução de líquidos em torno de 3 a 4 meses de vida e cujas mães tinham $IMC \geq 25,0 \text{ kg/m}^2$. Concluímos que o ambiente obesogênico, bem como as práticas educativas parentais relacionadas à alimentação, tem influência positiva com o excesso de peso infantil. Intervenções para prevenção e tratamento deste transtorno nutricional devem mobilizar diversos setores e atores sociais para obtenção de resultados positivos.

Palavras chaves: Criança. Sobrepeso. Obesidade. Ambiente. Pais.

ABSTRACT

The obesogenic environment consists of an environment that favors the development and/or maintenance of obesity. Parental feeding practices are strategies to encourage membership of appropriate eating behaviors. Given the increasing occurrence of overweight in children we outlined a study that aimed to assess the association between parental feeding practices and obesogenic environment with the occurrence of overweight in children at school age. This is a case-control study conducted with a sample of 222 children/mothers pairs, 74 overweight children and 148 normal weight, aged 6 to 10 years. The outcome was the nutritional status, being defined as "case" the overweight children ($\text{BMI}/\text{Age and sex} \geq 2$ z-scores) and "control" the normal weight ($\text{BMI}/\text{Age and sex} > -1$ z-score and < 1 z-score). As independent variables we evaluated obesogenic environmental characteristics and parenting feeding practices, and as covariates family socioeconomic factors, biological of the child (sex and birthweight) and of the mother (body mass index), as well as the period liquids were introduced during the first months of life. We observed a significantly higher chance of child overweight when there was a lack of facilities for sporting practices in the surroundings of the residence (such as sports courts and squares). The same was found when the environment provided lower energy expenditure in daily life activities and the exposure to screens (TV, computer or video game) exceeded 3h/day. The restrictive parental feeding practices, little pressure to eat and high monitoring of food intake increased the chances of overweight. We observed similar results in children whose birthweight was $\geq 3500\text{g}$; when there was an introduction of liquids around 3 to 4 months of life and among those, whose mothers had $\text{BMI} \geq 25\text{kg}/\text{m}^2$. We conclude that the obesogenic environment, as well as the parenting feeding practices had a positive influence for childhood overweight. Interventions for preventing and treating this nutritional disorder should mobilize different sectors in the society to obtain positive results.

Key words: Child. Overweight. Obesity. Environment. Parents.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Associação entre as variáveis socioeconômicas, biológicas maternas e da criança de acordo com a condição de excesso de peso (casos) e eutrofia (controles) em crianças de 6 a 10 anos, Recife, PE-Brasil, 2016.....	38
Tabela 2 – Opinião das mães quanto as variáveis relacionadas ao ambiente obesogênico e sua associação com a condição de excesso de peso (casos) e eutrofia (controles) em crianças de 6 a 10 anos, Recife, PE-Brasil, 2016.....	39
Tabela 3 – Opinião das mães quanto as variáveis relacionadas ao ambiente obesogênico e sua associação com a condição de excesso de peso (casos) e eutrofia (controles) em crianças de 6 a 10 anos, Recife, PE-Brasil, 2016.....	40
Tabela 4 – Opinião das mães quanto as variáveis relacionadas ao ambiente obesogênico e sua associação com a condição de excesso de peso (casos) e eutrofia (controles) em crianças de 6 a 10 anos, Recife, PE-Brasil, 2016.....	41
Tabela 5 – Associação entre práticas parentais educativas restritivas na alimentação e a condição de excesso de peso (casos) e eutrofia (controles) em crianças de 6 a 10 anos, Recife, PE-Brasil, 2016.....	42
Tabela 6 – Associação entre práticas parentais na alimentação relacionadas à pressão para comer e a condição de excesso de peso (casos) e eutrofia (controles) em crianças de 6 a 10 anos, Recife, PE-Brasil, 2016.....	43
Tabela 7 – Associação entre práticas parentais na alimentação relacionadas ao monitoramento na alimentação e a condição de excesso de peso (casos) e eutrofia (controles) em crianças de 6 a 10 anos, Recife, PE-Brasil, 2016.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPN	- Baixo Peso ao Nascer
EPN	- Elevado Peso ao Nascer
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	- Índice de Massa Corporal
NSE	- Nível Socioeconômico
POF	- Pesquisa de Orçamentos Familiares
PNDS	- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
QAC	- Questionário de Alimentação da Criança
WHO	- World Health Organization

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	15
1.1 Introdução	15
1.2 Pergunta condutora e objetivo do estudo	16
1.3 Estrutura da Dissertação	16
2. REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1 Epidemiologia do excesso de peso na infância.....	18
2.2 Ambiente Obesogênico	22
2.2.1 A influência ambiental no excesso de peso	23
2.3 Práticas educativas parentais.....	24
2.3.1 Influência das práticas educativas parentais na alimentação	26
3. MÉTODOS.....	30
3.1 Local e período do estudo	30
3.2 População do estudo e estimativa do tamanho amostral.....	30
3.3 Desenho do Estudo	30
3.5 Critérios de elegibilidade	31
3.6 Variáveis do Estudo	31
3.6.1 Variável de desfecho.....	31
3.6.2 Variáveis Independentes	31
3.6.3 Co-variáveis	32
3.7 Instrumentos de coleta de dados	32
3.7.1 Nível Socioeconômico, demográfico e biológica da criança.....	32
3.7.2 Questionário de Alimentação da Criança – QAC	33
3.7.3 Avaliação do ambiente obesogênico.....	33
3.7.4 Avaliação antropométrica das crianças e mães.....	34
3.8 Coleta de dados	34

3.9 Processamento e análise dos dados.....	35
3.10 Aspectos éticos.....	35
4. RESULTADOS	37
5. DISCUSSÃO	46
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICE	62
Apêndice A. Instrumento de coleta de dados.....	62
ANEXOS	69
Anexo A. Termo de Consentimento livre e Esclarecido para maiores de 18 anos	69
Anexo B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para responsável legal de menor de 18 anos	71
Anexo C. Parecer Consubstanciado do CEP.....	73
Anexo D. Carta de Anuência Ambulatório de Puericultura HC/UFPE	77
Anexo E. Carta de Anuência Ambulatório de Pediatria HC/UFPE	78

APRESENTAÇÃO

1. APRESENTAÇÃO

1.1 Introdução

O excesso de peso na infância é um grave problema de saúde pública mundial, uma vez que, este transtorno nutricional é fator de risco para doenças não transmissíveis, tais como, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo II, doenças cardiovasculares, respiratórias, renais, neoplasias, contribuindo assim na sobrecarga dos serviços de saúde, além da redução significativa na expectativa de vida (WHO, 2016).

Nos Estados Unidos, estimativas revelam que a obesidade infantil mais do que duplicou nos últimos 30 anos. No Brasil, a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008 a 2009 realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde, verificou um aumento na prevalência de excesso de peso na infância. Na faixa etária entre cinco e nove anos de idade, cerca de 30% das crianças estavam com sobrepeso (BRASIL, 2010).

O número de meninos, na faixa etária de cinco a nove anos, com sobrepeso dobrou entre 1989 e 2009, passando de 15% para 34,8%, respectivamente. Já o número de obesos teve um aumento de mais de 300% nesse mesmo grupo etário, com mudanças de 4,1% em 1989 para 16,6% em 2008-2009. Entre as meninas a variação de sobrepeso foi de 11,9% para 32,0% entre os anos de 1989 e 2009. Avaliando obesidade para o mesmo grupo a variação foi de 2,4% para 11,8% entre os anos de 1989 e 2008-2009 (BRASIL, 2010).

O excesso de peso na infância resulta da combinação de exposição da criança a um ambiente promotor da obesidade – ambiente obesogênico –, associado a hábitos de vida inadequados e resposta biológica a estes estímulos. Atualmente, com o advento da globalização e urbanização, as crianças estão mais expostas a ambientes que incentivam o ganho de peso e obesidade. Mudanças na disponibilidade do tipo de alimentos e um declínio na atividade física resultam em desequilíbrio energético que favorecem o surgimento deste transtorno nutricional (WHO, 2016).

A família agrega um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e hábitos que podem influenciar práticas de promoção da saúde ou da doença de seus membros. Por isso, a dinâmica familiar assume papel imprescindível na mudança de práticas alimentares de seus filhos para controle ou tratamento do excesso de peso. E neste contexto, a figura dos pais assume um destaque importante, visto que, eles desempenham um papel preponderante no desenvolvimento destes hábitos, uma vez que, são os primeiros responsáveis pela alimentação dos seus filhos (CULLEN et al., 2001).

Devido ao incremento da prevalência do excesso de peso na infância e da sua influência negativa para o estado de saúde desta população, visto que, trata-se de um problema de saúde pública de etiologia multicausal, surgiu o interesse em avaliar a contribuição do ambiente obesogênico e das práticas educativas parentais na alimentação em crianças em idade escolar no desenvolvimento deste agravo.

A presente dissertação, elaborada no formato tradicional, está inserida na linha de pesquisa epidemiologia dos distúrbios da nutrição materna, da criança e do adolescente, do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco.

1.2 Pergunta condutora e objetivo do estudo

A pergunta condutora que norteou esta pesquisa foi: práticas educativas parentais negativas na alimentação e a convivência em um ambiente obesogênico influenciam o desenvolvimento do excesso de peso infantil? Para responder esta pergunta tivemos como objetivo avaliar a associação das práticas educativas parentais relacionadas à alimentação e do ambiente obesogênico na ocorrência do excesso de peso em crianças na idade escolar.

1.3 Estrutura da Dissertação

A dissertação apresenta-se dividida em seis capítulos: Apresentação (aqui apresentada), Revisão da Literatura, Métodos, Resultados, Discussão e Considerações Finais. O capítulo de Revisão da Literatura foi estruturado nos seguintes tópicos: epidemiologia e classificação do excesso de peso na infância, o conceito e classificação do ambiente obesogênico e as práticas educativas parentais sob o prisma da alimentação. O capítulo de Métodos detalha o desenho do estudo, local e população estudada, as variáveis do estudo, os instrumentos de coleta de dados, o plano de análise e as considerações éticas. O quarto e quinto capítulo apresentam os resultados e a sua discussão, respectivamente. E, no último capítulo, encontram-se as considerações finais.

.

REVISÃO DA LITERATURA

2. REVISÃO DA LITERATURA

O excesso de peso na infância é um grave problema de saúde pública na maioria dos países desenvolvidos. Sabe-se que o ambiente no qual a criança encontra-se inserida associado com os hábitos de vida dos pais, principalmente da mãe, contribuem positivamente para o aumento de peso na infância. Os pais exercem uma influência fundamental no microambiente das crianças (LARSEN et al., 2015).

Neste capítulo de revisão abordaremos a epidemiologia e fatores de risco associados ao excesso de peso na infância dando ênfase a influência do ambiente obesogênico e das práticas educativas parentais na alimentação no desenvolvimento deste transtorno nutricional.

2.1 Epidemiologia do excesso de peso na infância

Nas últimas décadas constatamos o aumento no excesso de peso em praticamente todos os países, independentemente do estágio do ciclo da vida ou da condição socioeconômica (RHEE et al., 2006). Na população pediátrica o mesmo fenômeno vem sendo observado, configurando-se um problema de proporções epidêmicas, contribuindo para o surgimento precoce de doenças crônicas e consequentemente uma redução na expectativa de vida (SOARES; PETROSKI, 2003).

O excesso de peso na infância possibilita a sua manutenção na vida adulta, uma vez que o risco de uma criança obesa permanecer nesta condição é 25%, aumentando para 80% quando se instala durante a adolescência. Calcula-se que no futuro haja mais adultos que, além de obesos, irão apresentar doenças originadas na infância decorrente deste transtorno nutricional, como a doença cardiovascular. Além disso, indivíduos obesos desde a infância, na vida adulta apresentam maiores índices de obesidade e suas sequelas, como doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes e alguns tipos de neoplasias (MIECH et al, 2006).

Segundo a *World Health Organization* (WHO, 2014), em sua publicação “Documento Regional para Europa”, o excesso de peso é responsável por cerca de 9-12% das mortes na União Europeia. Nos Estados Unidos o percentual de crianças de 6-11 anos obesas aumentou de 7% em 1980 para quase 18% em 2012. Da mesma forma, o percentual de adolescentes obesos com idade entre 12-19 anos aumentou de 5% para cerca de 21% sobre o mesmo

período. Em 2012, mais de um terço das crianças e adolescentes estavam com sobrepeso ou obesidade (OGDEN et al, 2014).

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006 registrou prevalência nacional de sobrepeso de 6,6% em menores de cinco anos atingindo proporção maior no Sul (8,8%) e menor na Região Norte (5,2%) (BRASIL, 2009). Resultados mais recentes da POF de 2008 a 2009 mostraram que a prevalência de excesso de peso variou de 32% a 40% em crianças de cinco a nove anos no Sudeste, Sul e Centro-Oeste e de 25% a 30% no Norte e Nordeste, faixa etária em que o aumento da prevalência da obesidade foi mais intenso (BRASIL, 2010).

Houve crescimento na prevalência de excesso de peso na população de dez a 19 anos de 3,7% para 21,7% nos meninos e de 7,5% para 19,4% nas meninas entre os períodos de 1974-1975 a 2008-2009 (BRASIL, 2010). O estudo realizado por Leal et al. (2012a), encontrou a prevalência do excesso de peso de 13,3% no grupo etário de 5-19 anos no Estado de Pernambuco, em 2006, valor este que ultrapassou em cerca de cinco vezes o valor limítrofe (2,3%) estabelecido pela WHO.

Vários fatores estão associados ao excesso de peso, destacando-se os genéticos/hereditariedade, os estilos de vida/influência do meio ambiente (OLIVEIRA; FISBERG, 2003). Referente aos fatores genéticos/hereditariedade foi descoberto mais de 360 genes envolvidos na fisiopatologia da obesidade, porém apenas as mudanças genéticas não explicam o atual aumento da prevalência da obesidade, visto que, uma mutação genética levaria milhares de anos para se expressar (CUEVAS; REYES, 2005). O estilo de vida (consumo de alimentos industrializados, ricos em açúcares e gorduras, em contrapartida a diminuição no consumo de frutas e verduras associado ao sedentarismo aumento de tempo dedicado à televisão e videogames e redução na prática da atividade física) contribui para o aumento contínuo da prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes (FRIEDRICH; SCHUCH; WAGNER, 2012).

Estudos relacionam melhor condição socioeconômica, representada pelo local de moradia e acesso a bens de consumo, ao excesso de peso na infância (LEAL et al. 2012a, LEAL et al. 2012b, MELZER et al., 2015). Crianças residentes em áreas urbanas têm mais acesso a alimentos industrializados e a equipamentos domésticos como televisão, videogame e computador implicando assim em hábitos de vida mais sedentários. Além disso, a disponibilidade de transporte particular para o descolamento de casa para escola, por exemplo, favorece a inatividade física, visto que, evitaria momentos de caminhada ou uso de bicicleta (MELZER et al., 2015).

Quando se avalia associação do excesso de peso na infância com a escolaridade materna em países desenvolvidos, por exemplo, estudos evidenciam uma maior prevalência deste transtorno nutricional nos filhos de mães de baixa escolaridade. O baixo poder aquisitivo associado ao pouco discernimento das escolhas alimentares facilita o acesso a alimentos altamente calóricos e de baixo valor nutricional e conseqüentemente consiste em uma das causas do aumento da prevalência (WHO, 2014).

Entretanto, alguns estudos relacionam o elevado grau de instrução materna com excesso de peso na infância. Referem que quanto maior a escolaridade materna, maior a participação no mercado de trabalho e conseqüentemente menor tempo disponível para o cuidado familiar, possibilitando a influência da mídia e de cuidadores nos hábitos alimentares de seus filhos (GUIMARÃES et al., 2006; LEAL et al., 2012b; MELZER et al., 2015). Acrescente a isso as escolhas alimentares maternas. Mães com hábitos alimentares inadequados apresentam excesso de peso e transferem esses hábitos aos seus filhos conferindo assim uma associação entre o excesso de peso materno e infantil (LEAL et al. 2012b).

Ainda analisando as influências do contexto familiar no excesso de peso na infância, estudos associam um maior risco a famílias de filho único ou menos numerosas. O número de moradores no domicílio, assim como o número de filhos, permite inferir sobre os dependentes da renda familiar e a divisão intrafamiliar dos alimentos disponíveis para o consumo e, portanto, sobre o estado nutricional. As menores taxas de excesso de peso entre crianças oriundas de famílias com um maior número de moradores e maior número de filhos possivelmente está ligada a uma maior divisão da renda e dos alimentos (SCHUCH et al., 2013).

Santos e Rabinovich (2011) em uma pesquisa qualitativa, cujo objetivo foi aprofundar a compreensão da dinâmica familiar de filhos únicos obesos na infância, observaram que o contexto social, cultural e histórico parece favorecer o surgimento de ambas as condições: a da obesidade infantil e a do filho único. Além disso, a cultura do consumo interfere no modo e tipo de alimentação oferecida, na ludicidade e sociabilidade infantil, assim como o estreitamento das possibilidades vinculares: intrapessoais, interpessoais, acrescentando-se o fato de não ter irmãos. Embora nem todo filho único seja obeso e nem todo obeso seja filho único, uma condição pode ser facilitadora da outra na medida em que a situação sociocultural e histórica da sociedade de consumo pós-moderna parece direcionar a família tais condições.

Excetuando-se a genética e os fatores de riscos comportamentais, temos outro que é a percepção parental do *status* de peso da criança. Grande parte dos pais não percebe corretamente o *status* de peso de seus filhos com excesso de peso, especialmente os mais

jovens. Essa falsa percepção dos pais também pode ser considerada um importante fator de risco (SANTIAGO et al., 2012). A percepção é um processo sensorial e cognitivo capaz de desenvolver mecanismos de julgamento sobre os outros e a si mesmo. É o processo de organizar e interpretar informações sensoriais para dar significado ao contexto vivenciado (LARA-GARCÍA et al., 2011).

Estudos comprovam que a percepção materna do peso do filho com sobrepeso ou obesidade tende a ser subestimada. A informação materna sobre o peso de crianças mais jovens é menos acurada, enquanto para crianças mais velhas é mais adequada, especialmente quando fornecida por mulheres com maior nível de escolaridade (GIACOMOSSI; ZANELLA; HÖFELMANN, 2011; LARA-GARCÍA et al., 2011; RODRÍGUEZ et al., 2012; VÁZQUEZ-VELA; GALICIA, 2012). Observa-se que a habilidade materna de discriminar o excesso de peso em seus filhos está ligada à capacidade das crianças de desempenhar atividades físicas, apresentarem uma dieta saudável ou bom apetite (GIACOMOSSI; ZANELLA; HÖFELMANN, 2011).

Em relação aos fatores perinatais, como risco para o excesso de peso na infância, estudos relatam associação com o elevado peso ao nascer (EPN), caracterizado pelo peso igual ou superior a 4.000g (JESUS et al., 2010; ROSSI; VASCONCELOS, 2010; SCHUCH et al., 2013). Na revisão sistemática realizada por Rossi e Vasconcelos (2010) verificou-se entre os estudos analisados predominância (35,7%) de associação entre EPN a maiores IMC, percentual de gordura ou sobrepeso/obesidade na infância. Desses, 60% foram realizados em países desenvolvidos, nos quais se percebe aumento de EPN decorrente da obesidade materna e diabetes gestacional. Apenas 7,1% dos estudos relatou associação do baixo peso ao nascer (BPN) com o excesso de peso infantil. Acredita-se que a modificação da expressão fenotípica, – com um aumento na capacidade de armazenar energia, como resposta adaptativa ao meio desfavorável durante a vida intrauterina –, maior resistência à insulina e predisposição maior as influências ambientais são alguns mecanismos fisiológicos mediadores dos efeitos do BPN no desenvolvimento do excesso de peso infantil. Esta revisão também mostrou que 28,5% dos estudos avaliados apresentaram associação entre o *catch-up growth* pós-natal e sobrepeso/obesidade na infância. Desses estudos, 75% foram realizados em países de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) ascendente e médio. O *catch-up growth* é o crescimento compensatório, acima dos limites de normalidade para idade, em peso e/ou comprimento após um momento de inibição, doença ou desnutrição. Como as deficiências nutricionais são agravos persistentes nas agendas de saúde dos países em desenvolvimento é esperado que se encontre associação com o excesso de peso na infância.

2.2 Ambiente Obesogênico

Pesquisas atuais vêm examinando o papel dos hábitos, dos comportamentos alimentares e da atividade física da população como condicionantes do excesso de peso (CRAWFORD; BALL, 2002). Lobstein, Baur e Uauy (2004) defendem que a obesidade é um problema, sobretudo de natureza ambiental, visto que seu rápido incremento ocorreu num período de tempo muito curto para poder ser atribuído a uma mutação genética.

O ambiente no qual o indivíduo se insere influencia de forma direta e indireta, tanto facilitando quanto dificultando a adoção de práticas de vida que podem favorecer a instalação ou a manutenção da obesidade. Assim, o cenário socioeconômico e o fenômeno da globalização apresentam papel importante na tomada de decisões, tanto relacionada à alimentação quanto às atividades físicas e de lazer (SOUZA; OLIVEIRA, 2008).

Definem-se como ambientes obesogênicos aqueles nos quais as oportunidades e condições ambientais influenciam nas escolhas de hábitos de vida promovendo o desenvolvimento da obesidade. Entre esses hábitos destaca-se o padrão alimentar e a inatividade física, que se relacionam ao início e manutenção desse transtorno nutricional. Portanto, o desafio é a promoção de hábitos de vida mais saudáveis por meio de mudança ambiental, visto que, para tal exige uma profunda transformação estrutural, política e sociocultural (SWINBURG; EGGER; RAZA, 1999).

O desenvolvimento econômico e a urbanização determinaram as modificações no estilo de vida da população, traduzidos por padrões alimentares discutíveis e por modelos de ocupação de trabalho sedentário, favorecendo o aumento de peso e, portanto, a obesidade (OLIVEIRA et al., 2003). Nos aglomerados das cidades, a falta de infraestrutura proporciona precárias condições de alimentação à população, a exemplo, observamos um aumento no consumo de refrigerantes e biscoitos desde a década de 80, sendo estes alimentos de baixo custo, elevado teor de energia e baixa concentração de nutrientes (LEVY-COSTA et al., 2005).

Tendo em vista, a forte influência ambiental na qualidade de vida da população, surge o conceito de cidade saudável que consiste em um projeto de desenvolvimento social que tem a saúde e suas múltiplas determinações como centro de atenções. Este movimento enseja o estabelecimento de políticas urbanas, voltadas à melhoria da qualidade de vida, com ênfase na intersetorialidade e na participação social (OPAS, 1992). É nesse contexto que em 2006 surge a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) no Brasil, sendo revista em 2014 (PNaPS²), para o desenvolvimento das cidades saudáveis. Esta política desenvolve estratégias

de promoção à saúde de forma multidisciplinar e interdisciplinar, estimulando o convívio coletivo, a mobilidade e a acessibilidade sustentáveis (BRASIL, 2010; BRASIL 2014).

O crescente aumento de ambientes obesogênicos representa o maior desafio para a manutenção do peso (SWINBURG, EGGER, 2004). Diante disso, torna-se imprescindível conhecer o papel e a interação desses ambientes, a fim de que seja possível reunir informações suficientes para minimizar as crescentes proporções de indivíduos acometidos pela obesidade, responsáveis por impactos negativos na saúde da população e na economia dos países.

2.2.1 A influência ambiental no excesso de peso

Os comportamentos alimentares e de atividade física das crianças são influenciados por uma variedade de fatores ambientais. Dentre estes se destacam as infraestruturas desportivas e de lazer existentes, a disponibilidade de *fast food* ou de alimentos saudáveis, o acesso ao transporte público e ao transporte ativo, as condições para caminhar e andar a pé (a existência de calçadas, sinalização e iluminação adequada), a segurança real e a percebida. Estes fatores ambientais, em interação, estruturam os designados “ambientes obesogênicos”, uma vez que condicionam o equilíbrio entre gastos e aportes energéticos (FRANK; ANDRESEN; SCHMID, 2004; COHEN et al., 2006; KIM et al., 2006; CERIN et al., 2007; FRANK et al., 2007; LESLIE et al., 2007).

Algum tempo atrás, era comum, que as crianças ocupassem grande parte do seu tempo livre com brincadeiras em espaços abertos (parques, praças, ou até mesmo nas ruas de seu bairro), o que implicava grande gasto de energia. Entretanto, atualmente as famílias têm dificuldades em gerir o tempo livre das crianças. A incompatibilidade de horários entre os membros da família faz com que as crianças passem maior parte do tempo nas escolas (MOURÃO-CARVALHAL, 2000; FISBERG et al., 2004).

Acrescente a isso a percepção parental do seu ambiente cotidiano. Pais com percepções positivas do ambiente construído – disponibilidade e qualidade dos equipamentos e infraestruturas desportivas e recreativas –, e do ambiente social – considerando o seu lugar de residência como calmo e seguro – permitem que os seus filhos desenvolvam atividades ao ar livre (TIMPERIO et al., 2005). Fato este que também é percebido pelas próprias crianças, especialmente as mais velhas. Sentindo-se seguras, estas usufruem mais os espaços públicos e abertos, desenvolvendo variadas atividades, com consequências positivas no desenvolvimento e crescimento (NOGUEIRA et al, 2012).

O ambiente domiciliar, considerado um microambiente no âmbito das escolhas alimentares, propicia a disponibilidade de alimentos e de como esta pode influenciar as escolhas alimentares e o consumo. Os comportamentos alimentares são influenciados pela sociedade e sua cultura. A família atua de forma fundamental no desenvolvimento dos hábitos alimentares, especialmente nas crianças e adolescentes, os quais são fortemente marcados pelas primeiras experiências vivenciadas (REICHEMBACH, 2004).

O desenvolvimento econômico e a urbanização, intensificados nas últimas décadas em diversas partes do mundo, determinaram alterações no estilo de vida da população (SOUZA; OLIVEIRA, 2008). Dietas ricas em carboidratos complexos e fibras deram lugar àquelas mais densamente energéticas, ricas em gorduras (especialmente saturada), açúcares e alimentos refinados (DREWNOWSKI, 2000). Esta transição vem acontecendo em todo o mundo, tanto em países de alta renda, como em países de baixa e média renda (KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003).

No Brasil, a mudança nos padrões dietéticos aconteceu tanto na zona urbana como na zona rural. Ao comparar os dados da POF, realizada em 2002-2003 com a de 2008-2009, observa-se que, embora tenha havido um leve incremento na presença de frutas, legumes e verduras nos domicílios, houve um aumento na disponibilidade de embutidos, biscoitos, refrigerantes e refeições prontas e/ou misturas industrializadas. A maior disponibilidade associou-se positivamente com o rendimento familiar (BRASIL, 2010).

Com a transformação das cidades, a aquisição do produto alimentício de forma rápida e conveniente agrega um importante atributo, colocando o sabor em segundo plano. Como as situações do mundo moderno geraram necessidades imediatistas como rapidez, conforto, preço acessível e liberdade de escolha, foi preciso criar um tipo de serviço que atendesse essa crescente demanda, gerando assim os restaurantes *fast food* (SENAUER, 2001; COLLAÇO, 2003). Nicklas et al. (2001) sugerem que as mudanças podem explicar em parte a crescente prevalência da obesidade. Provavelmente o aumento desse transtorno também seja explicado pelo fato das pessoas, quando fazem sua refeição fora de casa, terem o costume de consumir uma quantidade maior de comida e/ou escolher alimentos com elevada concentração energética.

2.3 Práticas educativas parentais

Os comportamentos dos pais no processo de socialização, controle ou desenvolvimento de valores e atitudes de seus filhos denominam-se de práticas educativas

parentais (DARLING; STEINBERG, 1993). Estes comportamentos começam a ser estruturados a partir da história de vida dos pais (contexto socioeconômico, relação com seus próprios pais, características pessoais) e da relação inicial com a criança (temperamento da criança) (SALVADOR, 2007).

Essas práticas são estratégias usadas para suprimir comportamentos considerados inadequados ou incentivar a ocorrência dos comportamentos considerados adequados (ALVARENGA; PICCININI, 2001). Os primeiros estudos, acerca desta temática, datam da década de 60, destacando-se o de Baumrind (1966) quando a autora com base nas práticas educativas parentais enumera três estilos parentais – autoritativo, autoritário e permissivo –, que se diferenciam, respectivamente, em um ambiente de maior apoio e suporte para o desenvolvimento e autonomia infantil, para um de maior controle e pouco apoio à criança e para outro de pouco controle, pouca exigência e apoio.

Após dez anos, os estudos relacionados às práticas educativas parentais ganharam destaque na comunidade científica. Hoffman (1975) propôs duas categorias de práticas educativas parentais: as indutivas que se caracterizam por indicar à criança a consequência de seus atos, levando-a a reflexão, e as coercitivas que são atitudes disciplinares que utilizam aplicação direta da força, incluindo punição física, privação de privilégios e afeto ou pelo uso de ameaça.

Kohn (1977) trouxe à discussão a influência dos valores dos pais, conceitos e crenças no comportamento das pessoas, características que consideram desejáveis aos seus filhos. Outras pesquisas aprofundaram os conceitos de Kohn, sendo definidas como metas parentais as qualidades que os pais desejam que seus filhos desenvolvam (CEBALLOS; RODRIGO, 1998; RODRIGO; JANSSENS; CEBALLOS, 1999). Luster, Rhoades e Haas (1989) discutiam que a valorização da autonomia e a responsabilidade dos filhos eram decorrentes de práticas educativas parentais pouco restritivas, o que favorecia a exploração do ambiente pela criança. Entretanto, a escolha de práticas educativas mais restritivas, com a utilização mais frequente da disciplina e do controle, objetivava uma maior compatibilidade do comportamento infantil.

Darling e Steinberg (1993), em uma revisão histórica, versaram sobre a compreensão da influência do estilo parental no desenvolvimento infantil e da necessidade de entender o contexto familiar analisando a cultura, classe social e a composição familiar. Afirmavam que tanto as práticas educativas parentais quanto o estilo parental sofrem interferências das crenças dos pais (valores e metas em relação aos filhos).

Concomitantemente, Harkness e Super (1992) sugeriram um modelo oposto ao de Darling e Steinberg, na qual os autores relatam que o crescimento infantil ocorre em um nicho de desenvolvimento, que intermedia a sua inserção no ambiente cultural mais amplo. Esse nicho é composto por três componentes: 1- ambiente físico e social (no qual a criança vive); 2- costumes de cuidados e criação de crianças (regulados culturalmente); 3- psicologia dos cuidadores ou conjunto de crenças parentais.

Surge também outra possibilidade no estudo do comportamento parental, que é a análise das crenças parentais acerca da criação dos filhos, denominada de crenças parentais. Estudar as crenças dos pais é também uma maneira de ter acesso aos diferentes modelos culturais, proporcionando avanços na compreensão das relações mútuas estabelecidas entre a cultura e o indivíduo (MACARINI et al., 2010).

Nessa perspectiva, Keller (2007), com base na Psicologia do Desenvolvimento Evolucionista, propõe que “as trajetórias de desenvolvimento são consideradas soluções culturais para resolver tarefas de desenvolvimento universais”. Assim, o comportamento parental seria considerado uma tarefa de desenvolvimento universal, em função de se mostrar relevante na manutenção da sobrevivência da espécie, e seria exercido de maneira específica, dependendo das diferentes configurações culturais locais. Segundo a autora, os pais fornecem tanto cuidados primários, como estimulação para facilitar o desenvolvimento psicológico em diferentes domínios, permitindo que as crianças adquiram sua matriz social e aprendam modos específicos de relacionamento social.

2.3.1 Influência das práticas educativas parentais na alimentação

O contexto familiar exerce uma forte influência no comportamento alimentar da criança. A quantidade de alimento, o tempo e intervalo entre as refeições, o local onde as refeições são realizadas, enfim, as regras e normas da alimentação são ditadas pelo grupo familiar. Durante o processo de socialização, a criança aprende sobre a sensação de fome e saciedade, desenvolvendo também a percepção dos sabores e as suas preferências, iniciando assim a formação do seu comportamento alimentar (RAMOS; STEIN, 2000).

As práticas educativas parentais utilizadas com o objetivo de alimentar a criança ou estimulá-la a experimentar novos alimentos podem apresentar-se adequadas ou inadequadas, determinando com o passar do tempo a aquisição de preferências alimentares e o seu autocontrole na ingestão (ROZIN, 1990; RAMOS, STEIN, 2000). Uma experiência positiva durante a refeição pode induzir à preferência da criança a certos alimentos, ao passo que uma

experiência não prazerosa pode interferir negativamente na escolha dos alimentos (ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008).

Exemplos de práticas educativas parentais consideradas negativas é o uso da barganha (alimentos utilizados na troca por outros, de menor aceitação), coação (insistência exagerada para o consumo de determinados alimentos), “camuflar” os alimentos menos aceitos com os aceitos, persuasão (lembança de episódios traumáticos, particularmente hospitalizações), castigo e brincadeiras negativas, como competição, com o objetivo de “forçar” a criança a ingerir quantidades maiores ou determinados alimentos (MARINS; REZENDE, 2011).

O uso dessas práticas resulta em uma maior rejeição dos alimentos utilizados como recompensa, bem como repulsa, com diminuição do prazer nos momentos a refeição, prejuízos no autocontrole interno quanto à sensação de fome e saciedade e riscos futuros quanto ao desenvolvimento de sobrepeso (BIRCH, 1990; BIRCH et al., 1987; MADEIRA; AQUINO, 2003).

Exemplos de práticas educativas parentais positivas durante as refeições são o uso da conversa e de brincadeiras para que, de forma lúdica, a criança seja estimulada a provar os alimentos recusados (MARINS; REZENDE, 2011). Além disso, diversas outras estratégias positivas podem ser utilizadas com este objetivo: estimular a criança a aproximar-se dos alimentos através do toque, odor e textura, utilizar a horta caseira com o objetivo de a criança sentir-se motivada por ter plantado e colhido o alimento, estimulando-a assim a prova-lo, confecção e degustação de pratos geralmente recusados (AMARAL, 1996).

Diversos estudos têm mostrado que os pais tornam-se referências ou modelos sociais para o comportamento alimentar das crianças, sendo muito provável que estas queiram experimentar e, através da exposição repetida, aprendam a gostar dos alimentos que veem seus pais comerem (BIRCH; MARLIN, 1982; FISHER; MITCHELL, 2001; FISHER et al., 2002). A exemplo disso o estudo realizado por Fisher et al. (2002) na Pensilvânia com 191 famílias de meninas com idade de cinco anos, mostrou associação positiva entre a ingestão de frutas, legumes e verduras relatada por pais e o consumo destes itens por suas filhas. Além disso, os resultados deste estudo mostraram também que os pais que ingeriam menor quantidade de frutas e vegetais pressionavam mais as crianças para o consumo desses alimentos, todavia elas consumiam quantidades expressivamente menores.

Além da influência dos pais como modelos sociais, há que se destacar o papel da disponibilidade de produtos hortícolas nas casas, estando este proporcionalmente relacionado à maior ingestão em crianças (KRATT; REYNOLDS; SHEWCHUK, 2000). Segundo Rossi, Moreira e Rauén (2008) as crianças geralmente escolhem os alimentos que lhes são servidos

com frequência e tendem a preferir os alimentos que facilmente estão disponíveis em casa, ou que lhes são familiares, em detrimento dos que lhes são estranhos, sendo este último fenômeno denominado neofobia alimentar, ou medo de experimentar novos alimentos/sabores, característico da fase pré-escolar (BIRCH; MARLIN, 1982; KRATT; REYNOLDS; SHEWCHUK, 2000; PLINER; LOEWEN, 1997). Assim, as crianças tendem a consumir e preferir os alimentos aos quais são rotineiramente expostas (KRATT; REYNOLDS; SHEWCHUK, 2000).

Resultado de dois estudos de revisão, realizados por Baranowski T., Cullen e Baranowski J. (1999) e Blanchette e Brug (2005), mostrou a importância da disponibilidade e acessibilidade na escolha alimentar. Alimentos acessíveis e em porções prontas para o consumo (cortados em pedaços pequenos) apresentam maior probabilidade de serem consumidos pelas crianças.

O estudo realizado por Cullen et al (2003), no Texas (USA), mostrou que o consumo de vegetais, bem como de frutas e sucos naturais, era influenciado positivamente pela disponibilidade e acessibilidade desses alimentos na casa da criança. Vários fatores irão cooperar para que ocorra a disponibilidade de alimentos no ambiente familiar, entre eles o preço, a possibilidade de encontra-los próximo à casa da família, como citados anteriormente, além da preferência alimentar dos pais, uma vez que os alimentos recusados por estes podem não estar disponíveis na casa da criança.

Dessa forma, a investigação sobre a influência das práticas educativas parentais em relação à alimentação consiste numa importante ferramenta de subsidio para programas de prevenção do excesso de peso na infância. Visto que, esforços na direção da promoção de uma alimentação saudável significa a diminuição, de forma racional e menos onerosa, da incidência de doenças crônicas.

É importante destacar que os fatores que contribuem para o excesso de peso na infância são numerosos e complexos, existindo uma relação genética, comportamental e ambiental no desenvolvimento deste transtorno nutricional. O rápido incremento na prevalência do excesso de peso infantil observado nas últimas décadas tem sido atribuído à influência ambiental – local de residência, acesso a alimentos industrializados, inatividade física –, e a fatores comportamentais – nomeadamente as práticas educativas parentais. O conhecimento destas influências faz-se necessário no desenvolvimento de ações de intervenção no tratamento e prevenção deste transtorno nutricional.

3. MÉTODOS

3.1 Local e período do estudo

A pesquisa foi realizada no período de novembro de 2014 a agosto de 2015 nos Ambulatórios de Pediatria Geral e Puericultura do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE). O Ambulatório de Pediatria Geral oferece atendimento diário às crianças e seus responsáveis mediante a procura ou encaminhamento da rede de saúde estadual. Dentre os tipos de atendimentos especializados, encontra-se o Ambulatório de Endocrinologia Pediátrica que iniciou suas atividades em 2003 e realiza o acompanhamento de crianças com sobrepeso/obesidade, além de outras atividades. No Ambulatório de Puericultura os atendimentos oferecidos são primeira consulta de egresso para as crianças nascidas na maternidade do HC/UFPE, acompanhamento das crianças de risco, imunização, teste do pezinho e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor.

3.2 População do estudo e estimativa do tamanho amostral

A população do estudo foi constituída por crianças em idade escolar (6 a 10 anos) e suas genitoras, acompanhadas nos respectivos ambulatórios. Para a pesquisa, foi estimado o tamanho de amostra capaz de detectar a razão de chance de 2,5; número de casos por controles 1:2; frequência da exposição entre os casos de 40% e de 21% entre os controles; poder de estudo ($1-\beta$) de 80% e nível de significância de 5%. A amostra mínima calculada foi de 222 crianças e suas genitoras, sendo 74 casos e 148 controles. Para o cálculo amostral foi utilizado o programa Statcalc do software EPI-Info versão 7.

3.3 Desenho do Estudo

Trata-se de uma pesquisa do tipo caso-controle que avaliou a associação das práticas educativas parentais na alimentação e do ambiente obesogênico na ocorrência de excesso de peso na infância. Estudos do tipo caso-controle são úteis para analisar os processos em que o período de tempo compreendido entre a exposição e a ocorrência do desfecho é particularmente longo. Além do que, os estudos de caso-controle selecionam os indivíduos com base em seu status de doença, permitindo o estudo de várias exposições dentro de um grupo pré-definido de casos e de controles (OLIVEIRA; PARENTE, 2010).

3.4 Definição dos casos e controles

Definiram-se como casos crianças com índice de massa corporal (IMC) para idade e sexo ≥ 2 escores-z e os controles com IMC/Idade e sexo > -1 escore-z e < 1 escore-z. Tanto os casos como os controles foram identificados nos Ambulatórios de Pediatria e Puericultura do HC/UFPE. A definição dos casos e controles foi realizada no momento da coleta utilizando-se a tabela IMC/Idade/Sexo simplificada da WHO (2007). Os casos e controles foram pareados por sexo e idade.

3.5 Critérios de elegibilidade

Foram incluídos no estudo, crianças de ambos os sexos com idade entre 6 a 10 anos e suas genitoras. Foram excluídos os indivíduos que apresentassem alguma impossibilidade de medição antropométrica (peso e altura), e/ou crianças cujas mães apresentassem alguma incapacidade evidente para responder o questionário por algum problema psiquiátrico e/ou cognitivo.

3.6 Variáveis do Estudo

3.6.1 Variável de desfecho

A variável de desfecho foi o estado nutricional das crianças, sendo consideradas como “casos” as crianças com excesso de peso (IMC/Idade e sexo ≥ 2 escores-z) e “controles” as eutróficas (IMC/Idade e sexo > -1 escore-z e < 1 escore-z).

3.6.2 Variáveis Independentes

As variáveis independentes de interesse investigadas:

- a) **Práticas Educativas Parentais na Alimentação:** Práticas de controle e atitudes dos pais sobre a alimentação infantil (Restrição, Pressão para comer e Monitoramento) (BIRCH et al., 2001);
- b) **Ambiente Obesogênico:** Características do entorno da Residência (segurança, presença de trânsito, espaço recreativo, conservação das calçadas, prática de atividade física),

meio de transporte utilizado para ir a escola, atividade física, brincadeiras ativas e exposição à televisão.

3.6.3 Co-variáveis

As variáveis de controle foram:

- a) **Socioeconômicas e demográficas:** da criança (idade, local de residência), materna (idade e escolaridade) e o nível socioeconômico familiar avaliado através do Escore de Alvarez et al. (1982);
- b) **Biológica materna:** estado nutricional (índice de massa corpórea).
- c) **Biológicas e alimentares da criança:** sexo, peso ao nascer e período de introdução de outros líquidos nos primeiros meses de vida.

3.7 Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos de coleta de dados encontram-se no Apêndice A.

3.7.1 Nível Socioeconômico, demográfico e biológica da criança

As informações referentes às variáveis socioeconômicas, demográficas e biológicas da criança foram coletadas através de um questionário com perguntas fechadas e pré-codificadas.

O nível socioeconômico (NSE) foi avaliado através do instrumento elaborado por Alvarez et al. (1982) que consta de 13 itens relacionados à constituição da família, escolaridade e atividade do chefe da família, condições do domicílio e peridomicílio e posse de bens domésticos. Cada item recebe uma pontuação, cuja soma estabelece o nível de pobreza da família: miséria (até 17,3 pontos), baixa inferior (17,4 a 34,6 pontos) e baixa superior (34,7 a 52,0 pontos).

Para esse estudo seguimos as adaptações realizadas por Issler e Giugliani (1997), nas quais se manteve a estrutura e a pontuação sugeridas, com as seguintes adaptações:

- a) O artigo original avalia a seguridade social do chefe da casa; como no Brasil ela é universal, não haveria assim discriminação entre os grupos; foi modificado para “energia elétrica no domicílio”, com uma pontuação mais estratificada;

- b) Foi incluída a escolaridade e atividade do pai e da mãe (só do pai no original), considerando o maior escore para fins de pontuação;
- c) Foi alterada a descrição dos aparelhos possuídos pela família, de acordo com a nossa realidade (máquina de costura, no original, não é muito comum em nosso meio), os aparelhos domésticos utilizados foram geladeira, fogão, televisão e rádio.

3.7.2 Questionário de Alimentação da Criança – QAC

Esse instrumento foi desenvolvido nos Estados Unidos, por Birch et al (2001), e objetiva avaliar as crenças, atitudes e práticas dos pais em relação à alimentação infantil sob a perspectiva da obesidade infantil. Foi validado por Cruz (2009) para a população brasileira e apresentou uma boa fidedignidade.

A versão original deste questionário é composta de 31 questões e analisa sete modelos de fatores, os quais incluem quatro fatores que medem o relato das crenças dos pais em relação à alimentação dos filhos com tendência a obesidade (percepção de responsabilidade, percepção do peso dos pais, percepção do peso da criança, preocupação com o peso da criança) e três fatores que medem as práticas de controle e atitudes dos pais sobre a alimentação dos filhos (restrição, pressão para comer e monitoramento) (BIRCH et al., 2001).

Como um dos objetivos deste estudo é avaliar a influências das práticas educativas parentais na obesidade infantil utilizamos apenas os três fatores que medem as práticas de controle e atitudes dos pais sobre a alimentação. Para cada uma das questões de cada fator, existem cinco opções de respostas. A análise das práticas parentais inicia-se a partir do quinto fator. Este denominado *RESTRIÇÃO* e o sexto fator denominado *PRESSÃO PARA COMER* tem como opções de respostas: (1) discordo; (2) discordo levemente; (3) neutro; (4) concordo levemente e (5) concordo. Para o sétimo e último fator, *MONITORAMENTO*, as opções de respostas são: (1) nunca; (2) raramente; (3) às vezes; (4) na maior parte do tempo e (5) sempre.

3.7.3 Avaliação do ambiente obesogênico

Na avaliação do ambiente obesogênico utilizamos itens do questionário de uma pesquisa realizada em Portugal intitulada “Estudo nacional e prevalência de obesidade infantil em Portugal, alterações de 2002 a 2009: avaliação dos efeitos do estilo de vida e do ambiente” (LIBÓRIO, 2010). As questões utilizadas foram: presença no entorno da residência (espaço

de lazer, segurança da localidade, trânsito, prática de atividades físicas e conservação das calçadas), prática de atividades que requerem gasto calórico (caminhadas ou pedaladas), meio de transporte utilizado para ir a escola, brincadeiras que envolva gasto calórico e tempo de assistir à televisão.

3.7.4 Avaliação antropométrica das crianças e mães

Na medição dos dados antropométricos (peso e estatura), utilizamos uma balança digital da marca Filizola®, modelo PL-150, com capacidade máxima de 150 kg e sensibilidade de 0,1kg. As crianças foram medidas e pesadas descalças, sem objetos nas mãos ou nos bolsos. A medida da estatura foi realizada com estadiômetro acoplado a balança, com precisão de 0,1cm. A criança foi posicionada com os pés lado a lado, encostando calcanhares, nádegas, escápulas e parte posterior da cabeça na régua do estadiômetro (WHO, 1995). Essa medida foi mensurada em duplicata, segundo as técnicas preconizadas por Lohman et al. (1991). Quando a diferença na estatura era maior que 0,5cm realizava-se outra avaliação e calculava-se a média dos valores mais próximos. As mães foram medidas e pesadas descalças, sem objetos nas mãos ou nos bolsos, seguindo a mesma técnica utilizada para a medição das crianças.

3.8 Coleta de dados

Inicialmente para avaliar aplicabilidade dos instrumentos foi realizado um estudo piloto, com dez mães, objetivando ajustar possíveis inadequações do questionário. Esses dados não entraram na avaliação final.

Aquelas crianças e suas respectivas mães que estavam dentro dos critérios de inclusão foram convidadas a participar da pesquisa. As que aceitaram foram informadas quanto aos objetivos da pesquisa, sobre caráter confidencial das respostas e a necessidade de todos os itens serem respondidos. Em seguida, foi solicitado a assinaturas das duas vias de cada Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – para menores de 12 anos e para maiores de 18 anos –, (Anexo A e B), ficando em posse de uma via, enquanto a outra foi arquivada pela pesquisadora.

Após a autorização das mães, deu-se início a coleta de dados através do preenchimento do questionário (Apêndice A) com perguntas fechadas e pré-codificadas sobre as condições sociodemográficas, econômicas, biológicas da criança, práticas educativas parentais na

alimentação e avaliação do ambiente obesogênico. Nesta ocasião foi realizada a avaliação antropométrica das crianças e suas respectivas mães.

3.9 Processamento e análise dos dados

O banco de dados foi digitado no *software* Epi Info versão 3.5.4, realizando-se dupla entrada para verificar a consistência da digitação. As análises estatísticas foram realizadas no *software* Epi Info versão 7 (CDC/WHO, Atlanta, GE, USA). Como medida de associação entre as variáveis explanatórias e o desfecho foi calculado a *Odds Ratio* (OR), adotando como categoria de referência a de menor risco. As OR não foram calculadas nas associações entre as variáveis que avaliaram as práticas parentais na alimentação e o desfecho devido ao pequeno tamanho amostral, demonstrado pelos amplos intervalos de confiança. O teste do qui-quadrado de Pearson foi empregado para verificar a significância estatística da associação entre variáveis categóricas, com correção de Yates para as variáveis binárias. Para todas as análises, foi considerado o nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$).

3.10 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco com CAAE de número 38046014.2.0000.5208 (Anexo C).

RESULTADOS

4. RESULTADOS

A amostra foi constituída por 222 crianças e suas respectivas mães, sendo 74 crianças com excesso de peso e 148 eutróficas. Em relação à idade 114 (51,4%) estavam entre os 9 – 10 anos, 126 (56,8%) eram do sexo feminino. Na **Tabela 1** verifica-se que 152 (68,5%) residiam na cidade do Recife ou Região Metropolitana, 142 (64,0%) nasceram com o peso entre 3.500 – 4987g, e 95 (42,8%) tiveram a introdução de outros líquidos entre 3 e 4 meses de vida. Em relação às mães, 119 (53,6%) estavam na faixa etária entre os 22 – 30 anos, 148 (66,7%) referiram escolaridade com 9 a 12 anos de estudo, 82 (36,9%) tiveram o IMC $\geq 25,0 \text{ kg/m}^2$ e 60 (27,0%) das famílias encontravam-se no quartil inferior do índice do nível socioeconômico (índice do NSE). Mães com IMC $\geq 25,0 \text{ kg/m}^2$ tiveram chance 10 vezes maior de terem filhos com excesso de peso. As crianças que nasceram com peso $\geq 3.500 \text{ g}$ tiveram chance 2 vezes maior de apresentar excesso de peso na idade escolar, o mesmo sendo verificado em relação à introdução de líquidos mais precocemente, em torno do terceiro e quarto mês de vida.

As **Tabelas 2, 3, 4** apresentam associações entre o estado nutricional das crianças e os diversos aspectos relacionados ao ambiente obesogênico. As crianças tiveram maior chance de apresentar excesso de peso quando as variáveis referentes ao entorno da residência não favoreciam a prática de atividade física, por exemplo, espaço (praças, quadras poliesportivas) adequado a práticas de esportes (**Tabela 2**) e quando as atividades de vida diária envolviam menor gasto de energia (**Tabela 3**). Um maior tempo de exposição à televisão como atividade de entretenimento ou durante as refeições apresentam associação ao excesso de peso na infância (**Tabela 4**).

As práticas educativas parentais relacionadas à alimentação mostram um maior percentual de excesso de peso nas crianças submetidas a práticas que envolvem *restrição* (**Tabelas 5**). Quando a prática educativa está relacionada à *pressão para comer* observa-se entre as mães que discordam desta condição uma proporção significativamente maior de crianças com excesso de peso quando comparadas às eutróficas (**Tabela 6**). A **Tabela 7** mostra um maior percentual de crianças com excesso de peso entre as mães que na maior parte do tempo *monitoram* o consumo de alimentos calóricos.

Tabela 1 – Associação entre as variáveis socioeconômicas, biológicas maternas e da criança de acordo com a condição de excesso de peso (casos) e eutrofia (controles) em crianças de 6 a 10 anos, Recife, PE-Brasil, 2016.

Variáveis	Total		CASOS ¹		CONTROLES ²		OR (IC 95%)	P*
	222	%	74	%	148	%		
Local de Residência								
Recife e RMR	152	68,5	55	74,3	97	65,5	1,5 (0,8-3,0)	0,24
Interior (urbano e rural)	70	31,5	19	25,7	51	34,5	1,0	
Idade da mãe (anos)								
22 - 30	119	53,6	37	50,0	82	55,4	0,8 (0,4-1,5)	0,54
30 - 48	103	46,4	37	50,0	66	44,6	1,0	
Escolaridade materna (anos)								
9 – 12	148	66,7	53	71,6	95	64,2	1,4 (0,8-2,6)	0,34
4 – 8	74	33,3	21	28,4	53	35,8	1,0	
Índice do NSE*								
Demais quartis	162	73,0	60	81,1	102	68,9	1,9 (0,9-3,9)	0,07
Quartil inferior	60	27,0	14	18,9	46	31,1	1,0	
IMC materno (kg/m²)								
≥ 25,0	82	36,9	53	71,6	29	19,6	10,2 (5,4-19,9)	< 0,001
≤ 24,9	140	63,1	21	28,4	119	80,4	1,0	
Peso ao nascer (g) ³								
≥ 3.500	142	64,0	56	75,7	86	58,1	2,2 (1,2-4,3)	0,02
≤ 3.499	80	36,0	18	24,3	62	41,9	1,0	
Introdução outros líquidos (meses)								
3 - 4	95	42,8	42	56,8	53	35,8	2,3 (1,3-4,2)	0,004
5 - 6	127	57,2	32	43,2	95	64,2	1,0	

* Qui-quadrado com correção de Yates; NSE: nível socioeconômico

¹ Caso: IMC/Idade e sexo ≥ 2 escores-z

² Controle: IMC/Idade e sexo > -1 escore-z e < 1 escore-z

³ Na amostra do estudo não houve registro de baixo peso ao nascer

Tabela 2 – Opinião das mães quanto as variáveis relacionadas ao ambiente obesogênico e sua associação com a condição de excesso de peso (casos) e eutrofia (controles) em crianças de 6 a 10 anos, Recife, PE-Brasil, 2016.

Variáveis	Total		CASOS ¹		CONTROLES ²		OR (IC 95%)	P*
	222	%	74	%	148	%		
Com espaço de lazer								
Discordo	99	44,6	46	62,2	53	35,8	2,9 (1,7-5,3)	< 0,001
Concordo	123	55,4	28	37,8	95	64,2	1,0	
Ambiente seguro								
Discordo	85	38,3	41	55,4	44	29,7	2,9 (1,6-5,3)	< 0,001
Concordo	137	61,7	33	44,6	104	70,3	1,0	
Trânsito intenso								
Concordo	91	41,0	40	54,1	51	34,4	2,2 (1,3-4,0)	0,007
Discordo	131	59,0	34	45,9	97	65,5	1,0	
Prática de atividade física na vizinhança								
Discordo	124	55,9	57	77,0	67	45,3	4,0 (2,2-7,7)	< 0,001
Concordo	98	44,1	17	23,0	81	54,7	1,0	
Calçadas bem conservadas								
Discordo	147	66,2	58	78,3	89	60,1	2,4 (1,3-4,7)	0,01
Concordo	75	33,8	16	21,6	59	39,9	1,0	

* Qui-quadrado com correção de Yates

¹ Caso: IMC/Idade e sexo ≥ 2 escores-z

² Controle: IMC/Idade e sexo > -1 escore-z e < 1 escore-z

Tabela 3 – Opinião das mães quanto as variáveis relacionadas ao ambiente obesogênico e sua associação com a condição de excesso de peso (casos) e eutrofia (controles) em crianças de 6 a 10 anos, Recife, PE-Brasil, 2016.

Variáveis	Total		CASOS ¹		CONTROLES ²		OR (IC 95%)	P*
	222	%	74	%	148	%		
Ir à casa de amigos (a pé ou de bicicleta)								
≤ 2x/semana	149	67,1	71	95,9	78	52,7	21,0 (7,0-87,7)	< 0,001
≥ 3x/semana	73	32,9	3	4,1	70	47,3	1,0	
Ir à praça (a pé ou de bicicleta)								
≤ 2x/semana	138	62,2	69	93,2	69	46,6	15,6 (6,3-46,1)	< 0,001
≥ 3x/semana	84	37,8	5	6,8	79	53,4	1,0	
Escola (ida e volta)								
Carro/ônibus/moto	123	55,4	53	71,6	70	54,4	2,8 (1,5-5,2)	< 0,001
A pé/bicicleta	99	44,6	21	28,4	78	44,6	1,0	
Atividade física extraescolar								
Não	139	62,6	58	78,4	81	54,7	2,9 (1,6-5,8)	0,001
Sim	83	37,4	16	21,6	67	45,3	1,0	

* Qui-quadrado com correção de Yates

¹ Caso: IMC/Idade e sexo ≥ 2 escores-z

² Controle: IMC/Idade e sexo > -1 escore-z e < 1 escore-z

Tabela 4 – Opinião das mães quanto as variáveis relacionadas ao ambiente obesogênico e sua associação com a condição de excesso de peso (casos) e eutrofia (controles) em crianças de 6 a 10 anos, Recife, PE-Brasil, 2016.

Variáveis	Total		CASOS ¹		CONTROLES ²		OR (IC 95%)	P*
	222	%	74	%	148	%		
Brinca (2ª a 6ª feira)								
≤ 4h	184	82,9	64	86,5	120	81,1	1,5 (0,7-3,4)	0,41
≥ 5h	38	17,1	10	13,5	28	18,9	1,0	
Brinca (fim de semana)								
≤ 4h	132	59,5	62	83,8	70	47,3	5,71 (2,9-11,9)	< 0,001
≥ 5h	90	40,5	12	16,2	78	52,7	1,0	
Assiste TV (2ª a 6ª feira)								
≥ 5h	91	41,0	66	89,2	25	16,9	39,5 (17,5-98,3)	< 0,001
≤ 4h	131	59,0	8	10,8	123	83,1	1,0	
Assiste TV (fim de semana)								
≥ 5h	96	43,2	61	82,4	35	66,7	14,9 (7,5-31,3)	< 0,001
≤ 4h	126	56,8	13	17,6	113	76,3	1,0	
Assiste TV (durante as principais refeições)								
Sim	170	76,6	63	85,1	107	72,3	2,19 (1,1-4,7)	0,05
Não	52	23,4	11	14,9	41	27,7	1,0	

*Qui-quadrado com correção de Yates

¹ Caso: IMC/Idade e sexo ≥ 2 escores-z

² Controle: IMC/Idade e sexo > -1 escore-z e < 1 escore-z

Tabela 5 – Associação entre práticas parentais educativas restritivas na alimentação e a condição de excesso de peso (casos) e eutrofia (controles) em crianças de 6 a 10 anos, Recife, PE-Brasil, 2016.

Variáveis	Total		CASOS ¹		CONTROLES ²		P*
	222	%	74	%	148	%	
A sua criança não come muitos doces							
Discordo	82	36,9	46	62,2	36	24,3	< 0,001
Neutro/Concordo	140	63,1	28	37,8	112	75,7	
A sua criança não come muitos alimentos calóricos							
Discordo	70	31,5	45	60,8	25	16,9	< 0,001
Neutro/Concordo	152	68,5	29	39,2	123	83,1	
A sua criança não come muitos alimentos preferidos							
Discordo	71	32,0	46	62,2	25	16,9	< 0,001
Neutro/Concordo	151	68,0	28	37,8	123	83,1	
Você “esconde” algumas comidas da sua criança							
Concordo	93	41,9	57	77,0	36	24,3	< 0,001
Neutro/Discordo	129	58,1	17	23,0	112	75,7	
Você dá doce como recompensa por bom comportamento							
Concordo	61	27,5	53	71,6	08	5,4	< 0,001
Neutro/Discordo	161	72,5	21	28,4	140	94,6	
Você dá alimentos preferidos em troca de um bom comportamento							
Concordo	59	2,6	53	71,6	06	4,1	< 0,001
Neutro/Discordo	163	73,4	21	23,4	142	95,9	
Se você não orientar o que a criança come, ela iria comer muita “porcaria”							
Concordo	50	22,5	46	62,2	04	2,7	< 0,001
Neutro/Discordo	172	77,5	28	37,8	144	97,3	
Se você não orientar o que a criança come, ela iria comer muito de sua comida preferida							
Concordo	55	24,8	48	64,9	07	4,7	< 0,001
Neutro/Discordo	167	75,2	26	35,1	141	95,3	

*Qui-quadrado com correção de Yates

¹ Caso: IMC/Idade e sexo ≥ 2 escores-z

² Controle: IMC/Idade e sexo > -1 escore-z e < 1 escore-z

Tabela 6 – Associação entre práticas parentais na alimentação relacionadas à pressão para comer e a condição de excesso de peso (casos) e eutrofia (controles) em crianças de 6 a 10 anos, Recife, PE-Brasil, 2016.

Variáveis	Total		CASOS ¹		CONTROLES ²		P*
	222	%	74	%	148	%	
A sua criança deveria sempre comer toda a comida do prato							
Discordo	115	51,8	51	68,9	64	43,2	< 0,001
Neutro/Concordo	107	48,2	23	31,1	84	56,8	
Você tem que ser muito cuidadosa para verificar se a criança está comendo o suficiente							
Discordo	131	59,0	67	90,5	64	43,2	< 0,001
Neutro/Concordo	91	41,0	07	9,5	84	56,8	
Se a criança diz “eu não estou com fome”, você tenta fazê-la comer mesmo assim							
Discordo	124	55,9	60	81,1	64	43,2	< 0,001
Neutro/Concordo	98	44,1	14	18,9	84	56,8	
Se você não orientar o que a criança come, ela comeria muito menos do que deveria							
Discordo	134	60,4	70	94,6	64	43,2	< 0,001
Neutro/Concordo	88	39,6	04	5,4	84	56,8	

*Qui-quadrado com correção de Yates

¹ Caso: IMC/Idade e sexo ≥ 2 escores-z

² Controle: IMC/Idade e sexo > -1 escore-z e < 1 escore-z

Tabela 7 - Associação entre práticas parentais na alimentação relacionadas ao monitoramento na alimentação e a condição de excesso de peso (casos) e eutrofia (controles) em crianças de 6 a 10 anos, Recife, PE-Brasil, 2016.

Variáveis	Total		CASOS ¹		CONTROLES ²		P*
	222	%	74	%	148	%	
O quanto você controla o consumo de doces que a sua criança come?							
Maior parte do tempo/Sempre	57	25,7	49	66,2	08	5,4	< 0,001
Às vezes/ Nunca/ Raramente	165	74,3	15	33,8	140	94,6	
O quanto você controla os lanches (coxinha, batata frita, pizza) que a sua criança come?							
Maior parte do tempo/Sempre	68	30,6	61	82,4	07	4,7	< 0,001
Às vezes/ Nunca/ Raramente	154	69,4	13	17,6	141	95,3	
O quanto você controla os alimentos altamente calóricos que a sua criança come?							
Maior parte do tempo/Sempre	67	30,2	58	78,4	09	6,1	< 0,001
Às vezes/ Nunca/ Raramente	155	69,8	16	21,6	139	93,9	

*Qui-quadrado com correção de Yates

¹ Caso: IMC/Idade e sexo ≥ 2 escores-z

² Controle: IMC/Idade e sexo > -1 escore-z e < 1 escore-z

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

O ambiente influencia nos hábitos de vida, principalmente no que se refere a escolhas alimentares e prática de atividade física, favorecendo ou não o surgimento e/ou manutenção do excesso de peso na infância (PATRICK et al., 2013; POWER et al., 2013). Diante disso, este estudo teve como objetivo avaliar a influência das práticas educativas parentais relacionadas à alimentação e do ambiente obesogênico na ocorrência do excesso de peso em crianças na idade escolar.

Como principais resultados relacionados à influência do ambiente, verificamos que a facilidade para a prática de atividade física em local adequado dentro de um contexto social considerado seguro, e a oportunidade de momentos de caminhadas ou do uso de bicicletas, durante a execução das atividades diárias e menor tempo de exposição a mídias (televisão, videogame e computador) conferindo assim em fatores de proteção para o excesso de peso infantil.

Segundo a OMS (WHO, 2016), atualmente nas cidades há um declínio na possibilidade realização de atividade física para a população pobre, seja para o transporte seja para o lazer, em contrapartida existe uma oferta exacerbada de alimentos altamente calóricos, resultando em desequilíbrio energético. Consequentemente mais tempo é gasto em frente a telas ou em atividades sedentárias de lazer. Em alguns locais, o excesso de peso e a obesidade estão se tornando as normas sociais e contribuindo para a perpetuação do ambiente obesogênico.

Para Swinburg et al. (1999), a disponibilidade de vias adequadas, com calçadas bem conservadas, iluminação nas ruas, existência de espaços para recreação, exerceriam uma influência positiva para adoção de um estilo de vida “mais ativo”. Corroborando a pesquisa de Mourão-Carvalho et al. (2010), relata que trânsito reduzido nas ruas, a presença de locais para andar a pé e de instalações desportivas são fatores preventivos para o excesso de peso infantil. Dessa forma, as boas condições no entorno da área residencial atuam como facilitadores para a adoção de hábitos de vida saudáveis e consequentemente são fatores preventivos ao excesso de peso infantil.

Entretanto, para a prática de hábitos mais ativos não basta à existência de vias conservadas, locais para recreação e trânsito reduzido se não estiver associado à segurança pública (MCGURTY, 2000; WHITEHEAD, 2000; MYRON & JOHNSON, 2002; CUTTS et al., 2009). Para De Bourdeaudhuij et al (2003) e King (2008), a percepção sobre segurança

pública do ambiente construído é um forte preditor de utilização destes espaços. Os autores sugerem que determinados grupos, como os idosos e as mulheres – e consequentemente crianças –, são muito mais propensos a ser fisicamente ativo, se eles percebem o seu bairro para ser seguro.

Na presença de fatores ambientais desfavoráveis a práticas saudáveis, escolhas inadequadas são feitas como alternativas na utilização do tempo livre. Atualmente, as crianças são expostas as mídias (televisão, videogame e computador) como uma forma segura de entretenimento. Diversos estudos apontam uma positiva associação entre o tempo de exposição a mídias, principalmente a televisão, e o risco para excesso de peso na infância (DEHEEGER, ROLLAND-CACHERA, FONTVIEILLE, 1997; CAROLI et al. 2004; HANCOX, POULTON, 2006).

Outros estudos revelaram que o grupo de crianças com excesso de peso e obesidade passa mais tempo em atividades consideradas sedentárias (assistindo televisão, utilizando computador, jogando no videogame), quer seja durante semana e principalmente durante o fim de semana, quando comparado ao grupo dos eutróficos confirmando dados encontrados na presente pesquisa (CRESPO et al., 2001; PADEZ et al., 2005; CARVALHAL et al., 2008). Entretanto, por se tratar de um estudo de caso-controle os resultados encontrados nesta pesquisa necessitam de uma reflexão detalhada, afinal, não é possível determinar se o tempo dispendido em atividades sedentárias observado no grupo das crianças com excesso de peso é decorrente de seu status corporal, ou seja, por estarem “acima do peso” essas crianças optam por atividades de menor gasto calórico devido ao baixo condicionamento físico ou pela avaliação social de sua imagem corporal, ou se, por aptidão a atividades sedentárias elas estariam mais propensas a adquirirem excesso de peso.

A exposição à televisão é umas das atividades sedentárias consideradas de maior relação com o excesso de peso e obesidade infantil (CRESPO et al., 2001; MOREIRA et al. 2005; CARVALHAL et al., 2008). Esse risco é elevado devido ao grande estímulo das campanhas publicitárias a ingestão de alimentos altamente calóricos e de baixo valor nutricional, relacionados aos personagens de filmes e desenhos animados levando a um equívoco de julgamento do que seja uma alimentação saudáveis e rica em nutrientes, criando uma fidelização prematura a determinadas marcas. Além, do fato de que durante essa atividade pode-se consumir alimentos e potencializando o aumento do consumo calórico. Diante disso, a American Academy of Pediatrics (2003), recomenda que se limite o tempo de exposição à televisão e outras mídias para duas horas/dia como forma de prevenção ao excesso de peso infantil.

Durante a infância a influência que os pais, principalmente a mãe, exercem sobre a alimentação de seus filhos consiste em um fator determinante do desenvolvimento e adequação dos hábitos e preferências alimentares. Desde a lactação, até a introdução de novos alimentos os pais são responsáveis pela alimentação nos primeiros anos de vida, iniciando assim o processo de educação alimentar. Para Ogden et al. (2014) os pais influenciam os hábitos alimentares durante a infância na medida em que são responsáveis pela aquisição e manutenção dos alimentos, da determinação dos horários e locais para as refeições, do tamanho das porções e do hábito de comer fora de casa.

Ao analisar as práticas educativas maternas sobre alimentação, no que se refere ao *fator restrição*, observamos que as mães das crianças com excesso de peso realizam práticas de restrição no cuidado com a alimentação de seus filhos. Atribuímos este resultado ao fato de ser um estudo caso-controle, em que o recrutamento dos participantes parte do desfecho, ou seja, excesso de peso, para em seguida investigar as possíveis exposições aos fatores de risco, comer muitos doces e/ou comidas preferidas, por exemplo, uma vez que, como as crianças já estão com excesso de peso a restrição a determinados alimentos ou a barganha, como: você pode comer a sua comida preferida se comer a “comida da doutora”, seria uma alternativa de controle e cuidado. Poderíamos estender essa avaliação para o *fator pressão para comer*, as mães de crianças com excesso de peso discordam destas práticas, uma vez que o ideal seria que comessem menos para chegar ao peso ideal.

Para o *fator monitoramento*, as mães das crianças com excesso de peso acreditam que precisam monitorar constantemente o que a criança consome, acreditando que só assim evitaria uma alimentação inadequada. Birch (1998) sugere que os pais devam controlar os tipos de alimentos oferecidos e os horários das refeições, para, a partir disso, dar a oportunidade de escolha entre os alimentos e a quantidade desejada possibilitando o desenvolvimento do julgamento e discernimento de saciedade pela criança. Em outro estudo Birch e Davison (2001) ressaltam a importância dos pais manterem uma alimentação saudável e diversificada para assim consolidar o desenvolvimento dos mesmos hábitos em seus filhos e consequentemente prevenir o excesso de peso e a obesidade infantil.

Na nossa amostra, observamos maior chance de excesso de peso em crianças cujas mães apresentaram IMC mais elevado. A presença de hábitos errôneos no ambiente familiar, quando relacionados principalmente as mães, são considerados um importante fator de risco para o excesso de peso infantil, ao se observar que filhos de mães obesas tendem ao excesso de peso e obesidade na infância independente do sexo ou da idade (JOHANNSEN; JOHANNSEN; SPECKER, 2006; KRAL; RAUH, 2010; BERKOWITZ et al, 2010). Sendo a

mãe, tradicionalmente, a principal cuidadora (VIANA; CANDEIAS; REGO; SILVA, 2009), esta pode influenciar ou não hábitos alimentares saudáveis dos filhos. Quando aos hábitos de vida inadequados temos as características genéticas associadas o risco para o excesso de peso infantil fica em torno de 80%, no caso de pais com excesso de peso. Quando apenas um tem a condição, este risco diminui para 40%. Na ausência desta condição, o risco para os filhos é de apenas 10% (WHO, 2016).

A associação entre peso materno e risco para excesso de peso infantil é observada desde o período gestacional. Filhos de mães obesas tendem a ter um elevado peso no nascimento devido à predisposição elevada de depósitos de gordura, tornando-se um risco para doença metabólica e obesidade (WHO, 2016).

Uma maior chance de apresentar excesso de peso, apesar das associações não serem significantes, foi observada entre as crianças residentes no Recife e Região Metropolitana, pertencentes a famílias com melhor poder aquisitivo e com mães de melhor escolaridade. O maior grau de instrução das mães possibilita uma maior inserção no mercado de trabalho, levando-as a delegar a terceiros funções como cuidados com a casa e filhos (LEAL et al., 2012). Essa inserção no mercado de trabalho também atua como fator limitante para o aleitamento materno resultando na introdução precoce de outros líquidos.

Residir na capital do estado e, apesar do baixo nível econômico da amostra, ter um maior acesso aos *fast foods* associada à dificuldade em realizar atividade física, atualmente observada nos grandes centros urbanos, atuam positivamente na manutenção do excesso de peso na infância. De um modo geral o baixo nível socioeconômico contribui negativamente na prevenção deste transtorno nutricional, visto que, a manutenção de um estilo de vida saudável (compra de alimentos saudáveis, prática de esportes) requer certo investimento financeiro muitas vezes não disponível a estas famílias (MELZER et al., 2015).

Os resultados deste trabalho mostram que a estrutura ambiental bem como as práticas parentais na alimentação são fatores que contribuem positivamente para o excesso de peso infantil. No entanto, é importante destacar que os fatores determinantes do excesso de peso são múltiplos e que as relações entre eles não são lineares. Portanto, programas de intervenção para prevenção e tratamento desse transtorno nutricional são complexos e envolvem diversos atores sociais. Enfatizamos a importância da educação em saúde como forma de esclarecimento aos cuidadores sobre os potenciais benefícios de adesão a hábitos saudáveis. Entretanto, estudos adicionais e por tempo mais prolongado se fazem necessários para evidenciar os efeitos desse tipo de influência sobre este transtorno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ambiente obesogênico consiste em uma estrutura ambiental que favoreça o aparecimento e a manutenção da obesidade, portanto, dificultando a presença de práticas e hábitos saudáveis. Quando presente, desde a infância, contribui para o desenvolvimento de um indivíduo sedentário e com hábito alimentares errôneos, implicando precocemente, no aumento da morbimortalidade e consequentemente impactando negativamente na qualidade de vida bem como demandando maiores gastos para o setor saúde.

As práticas educativas alimentares vivenciadas durante a infância repercutem nas relações com os alimentos durante a vida adulta. Escolha dos alimentos, local e horário das refeições, quantidade e qualidade dos alimentos consumidos e preparação das refeições são práticas aprendidas no ambiente familiar. Um aprendizado inicial equivocado dificultará posteriormente na adesão de uma dieta saudável.

A adequada abordagem no tratamento e prevenção do excesso de peso na infância requer o conhecimento destes fatores pelos profissionais de saúde. A intervenção em saúde deve levar em conta a complexidade da associação dos diversos fatores causadores deste transtorno. Ações em nível local são bem vista, entretanto, exige a necessidade da interlocução de diversos setores e atores da sociedade para obtenção de efeitos positivos.

A nossa pesquisa demonstrou a associação entre o ambiente e o excesso de peso infantil. Atividades cotidianas (realização de curtas caminhadas, utilização de meio de transporte para o deslocamento até a escola, a utilização de áreas ao ar livre como ambiente de lazer), melhora no gasto de energia e reduz o tempo dedicado a atividades sedentárias.

Novos estudos se fazem necessários a fim de confirmar essa relação. Propomos programas de intervenção com orientação aos familiares sobre a adoção de práticas ativas nas atividades cotidianas (como realização de pequenas caminhadas, brincadeiras ao ar livre, redução na quantidade de horas em frente a telas), e alimentação saudável.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, P.; PICCININI, C. Práticas educativas maternas e problemas de comportamento em pré-escolares. **Psicologia: Reflexão e crítica**, v. 14, n. 3, p. 449-60, jun, 2001.
- ALVAREZ, M.L. et al. Mediciones del nivel socioeconomico bajo urbano en familias con lactante desnutrido. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**, v. 32, n.3, p. 650-52, set, 1982.
- AMARAL, M.E.M. et al. Alimentação de bebês e crianças pequenas em contextos coletivos: mediadores, interações e programações em educação infantil. **Journal of Human Growth and Development**, v. 6, n. 1-2, dec, 1996.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Public Education. American Academy of Pediatrics: Children, adolescents, and television. **Pediatrics**, v.07, p. 423-6, 2001.
- BARANOWSKI, T.; CULLEN, K. W.; BARANOWSKI, J. Psychosocial correlates of dietary intake: advancing dietary intervention. **Annual Review of Nutrition**, v. 19, p. 17-40, jan, 1999.
- BAUMRIND, D. Effects of authoritative control of child behavior. **Child Development**, v.37, p. 887-907, 1966.
- BERKOWITZ et al. Identification of an obese eating style in 4-year-old children born at high and low risk for obesity. **Obesity**. v. 18, supl. 3, p. 505-12, mar, 2010.
- 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. 353-360, dez. 1982.
- BIRCH, L. L. et al. "Clean up your plate": Effects of child feeding practices on the conditioning of meal size. **Learning and Motivation**, v. 18, n. 3, p. 301-317, ago. 1987.
- BIRCH, L. L. Development of food acceptance patterns. **Developmental Psychology**, v. 26, n. 4, p. 515-19, jul, 1990.
- BIRCH L.L. et al. Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. **Pediatric Clinics of North America**, v.48, n. 4, p.893-907, aug, 2001.
- BLANCHETTE, L.; BRUG, J. Determinants of fruit and vegetable consumption among 6-12-year-old children and effective interventions to increase consumption. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 18, n. 6, p. 431-43, dez. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília (DF), 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009**. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ª ed. Brasília. p. 17-19. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2.446, de 11 de Novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Diário Oficial da União 2014.

CARVALHAL, I. M. et al. Crianças Obesas e Não Obesas: Que Diferenças? In: CATELA, D.; BARREIROS, J. (Eds.). **Estudos em Desenvolvimento Motor da Criança**. Rio Maior: Escola Superior de Desporto de Rio Maior, p. 211-18, 2008.

CEBALLOS, E.M.V.; RODRIGO, M. J.L. Las metas y estrategias de socialización entre padres e hijos. In: RODRIGO, M. J.L.; PALÁCIOS, J. (Org.). **Familia y Desarrollo Humano**. Madrid: Alianza editorial, p. 225- 43, 1998.

CERIN, E. et al. Applying GIS in physical activity research: community walkability and walking behaviours. In: LAI, P.; MAK, A. (Eds.). **GIS for Health and the Environment**, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, p. 72-89, 2007.

COHEN, D. et al. Collective efficacy and obesity: The potential influence of social factors on health. **Social Science and Medicine**, v.62, n.3, p. 769-778, fev, 2006.

COLLAÇO, J.H.L. Um olhar antropológico sobre o hábito de comer fora. **CAMPOS - Revista de Antropologia Social**, v. 4, p. 171-93, dez, 2003.

CUEVAS, A.; REYES, M. S. Lo último en diagnóstico y tratamiento de la obesidad. ¿Hay lugar aún para la terapia conservadora? **Revista Médica de Chile**, Santiago, v.133, n.6, p.713-22, jun, 2005.

CULLEN, K. W. et al. Child-reported family and peer influences on fruit, juice and vegetable consumption: reliability and validity of measures. **Health Education Research**, v. 16, n. 2, p. 187-200, abr. 2001.

CULLEN, K. W. et al. Availability, Accessibility, and Preferences for Fruit, 100% Fruit Juice, and Vegetables Influence Children's Dietary Behavior. **Health Education & Behavior**, v. 30, n. 5, p. 615-26, out, 2003.

CUTTS, B. B. et al. City structure, obesity and environmental justice: an integrated analysis of physical and social barriers to walkable streets and park access. **Social Science and Medicine**, v. 69, p. 1314-22, set, 2009.

CRAWFORD, D.; BALL, K. Behavioural determinants of the obesity epidemic. **Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition**, supl.11, p.718-21, dez, 2002.

CRESPO, C. et al. Television watching, energy intake and obesity in US children. **Archives of Pediatric and Adolescent Medicine**, v. 155, v.3, 360-65, mar, 2001.

CRUZ, I.M. O uso de um questionário de alimentação para o estudo de atitudes, crenças e práticas dos pais em relação a alimentação e propensão a obesidade. **Universidade de São Paulo**, Ribeirão Preto, Dissertação de Mestrado, 2009.

DARLING, N.; STEINBERG, L. Parenting style as context: An integrative model. **Psychological Bulletin**, v. 113, n. 3, p. 487-96, 1993.

DE BOURDEAUDHUIJ, I. et al. Environmental correlates of physical activity in a sample of Belgian adults. **American Journal of Health Promotion**, n. 18, v. 1, p. 83-92, set-out, 2003.

DEHEEGER, M. et al. Physical activity and body composition in 10 year old French children: linkages with nutritional intake? **International Journal of Obesity**, n. 21, p. 372-79, mai, 1997.

DREWNOWSKI, A. Nutrition transition and global dietary trends. **Nutrition Reviews**, v.16, n.7, p.486-7, jul-ago, 2000.

FISBERG, M. et al. Obesidade em crianças e adolescentes: Relatório do grupo de trabalho do segundo congresso mundial de nutrição, hepatologia e gastroenterologia pediátrica. **Jornal de Pediatria e Gastroenterologia e Nutrição**, v.39, supl.2, 2004.

FISHER, J.; MITCHELL, D. Maternal milk consumption predicts the tradeoff between milk and soft drinks in young girls' diets. **The Journal of Nutrition**, v. 131, n. 2, p. 246-250, fev, 2001.

FISHER, J. O. et al. Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 102, n. 1, p. 58-64, jan, 2002.

FRANK, L.; ANDRESEN, M.; SCHMID, T. Obesity relationships with community design, physical activity, and time spend in cars. **American Journal of Preventive Medicine**, v.27, n.2, p. 87-96, ago, 2004.

FRANK, L. et al. Urban form relationships with walk trip frequency and distance among youth. **American Journal of Health Promotion**, v.21, n.4, p. 305-11, mar-abr, 2007.

FRIEDRICH, R. R.; SCHUCH, I.; WAGNER, M. B. Efeito de intervenções sobre o índice de massa corporal em escolares. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 551-60, jun, 2012.

GIACOMOSSI, M. C.; ZANELLA, T.; HÖFELMANN, D. A. Percepção materna do estado nutricional de crianças de creches de cidade do Sul do Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 5, p. 689-702, out, 2011.

GUIMARÃES, L.V. et al. Fatores associados ao sobrepeso em escolares. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 1, p. 5-17, jan/fev, 2006.

HANCOX, R.; POULTON, R. Watching television is associated with childhood obesity: but is it clinically important? **International Journal of Obesity**, n. 30, p. 171-5, jan, 2006.

HARKNESS, S.; SUPER, C. M. Parental ethnotheories in action. In: SIGEL, I. E.; MCGILLICUDDY-DELISE, A.; GOODNOW, J. J. (Org.) **Parental Belief Systems: The psychology consequences for children**, Hillsdale/ Hove: Lawrence Erlbaum, p. 373-91, 1992.

HOFFMAN, M. L. Moral internalization, parental power, and the nature of parent-child interaction. **Developmental Psychology**, v. 11, p. 228-39, 1975.

ISSLER, R.M.S.; GIUGLIANI, E.R.J. Identificação de grupos mais vulneráveis à desnutrição infantil pela medição do nível de pobreza. **Jornal de Pediatria**, v. 73, n. 2, p.101-5, 1997.

JESUS, G. M. DE et al. Determinants of overweight in children under 4 years of age. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 4, p. 311-6, ago, 2010.

JOHANNSEN; JOHANNSEN; SPECKER. Influence of Parents' Eating Behaviors and Child Feeding Practices on Children's Weight Status. **Obesity**, v. 14, supl. 3, p. 431-9, mar, 2006.

KAC, G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. The nutritional transition and the epidemiology of obesity in Latin America. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, supl.1, jul, 2003.

KELLER, H. et al. Socialization environments of Chinese and Euro-American middle-class babies: Parenting behaviors, verbal discourses and ethnotheories. **International Journal of Behavioral Development**, v. 31, n. 3, p. 210-7, mai, 2007.

KIM, D. et al. US state-and county level social capital in relation to obesity and physical inactivity: multilevel, multivariable analysis. **Social Science and Medicine**, v.63, p. 1045-59, abr, 2006.

KING, D. Neighborhood and individual factors in activity in older adults: results from the neighborhood and senior health study. **Journal of Aging & Physical Activity**, v. 16, n. 2, p. 144-70, apr, 2008.

KOHN, M. Class and conformity. Chicago: **University of Chicago Press**, 1977.

KRAL; RAUH . Eating behaviors of children in the context of their family environment. **Physiology & Behavior**, v. 100, n. 5, p. 567-73, jul, 2010.

KRATT, P.; REYNOLDS, K.; SHEWCHUK, R. The Role of Availability as a Moderator of Family Fruit and Vegetable Consumption. **Health Education & Behavior**, v. 27, n. 4, p. 471-82, ago, 2000.

LARA-GARCÍA, B. et al. Percepción materna de sobrepeso-obesidad infantil y riesgos de salud en Nuevo Laredo, Tamaulipas, México. **Salud Publica de Mexico**, v. 53, n. 3, p. 258-63, jun, 2011.

LARSEN, J. K. et al. How parental dietary behavior and food parenting practices affect children's dietary behavior. Interacting sources of influence? **Appetite**, v. 89, p. 246-57, jun, 2015.

LEAL, V. S. et al. Excesso de peso em crianças e adolescentes no Estado de Pernambuco, Brasil: prevalência e determinantes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1175-82, jun, 2012a.

LEAL, V. S. et al. Desnutrição e excesso de peso em crianças e adolescentes: uma revisão de estudos brasileiros. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 3, p. 415-422, set, 2012b.

LESLIE, E. et al. Walkability of local communities: using geographical information systems to objectively assess relevant environmental attributes. **Health & Place**, v. 13, p. 111-22, 2007.

LEVY-COSTA, R.B. et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.4, p. 530-40, dez, 2005.

LIBÓRIO, M.F.R.A. Ambientes Obesogênicos: Casa, Área de Residência e Escola. **Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro**, Vila Real, Dissertação de Mestrado, 2010.

LIN, B.H.; HUANG, C. L.; FRENCH, S. A. Factors associated with women's and children's body mass indices by income status. **International Journal Obesity**. v.28, p. 536-42, abr, 2004.

LOBSTEIN, T.; BAUR, L.; UAUY, R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. **Obesity Reviews**, v.5, supl.1, p. 4-104, may, 2004.

LOHMAN, T.G. Anthropometric assessment of fat-free body mass. In: HIMES, J.H. (Ed.). **Anthropometric Assessment of Nutritional Status**. Champaign: Human Kinetics Publishers, p.173-83, 1991.

LUSTER, T.; RHOADES, K.; HAAS, B. The relation between parental values and parenting behavior: A test of the Kohn hypothesis. **Journal of Marriage and the Family**, v. 51, p. 139-47, 1989.

MACARINI, S. M. et al. Práticas parentais: uma revisão da literatura brasileira. **Arquivos Brasileiro de Psicologia**, v. 62, n. 1, p. 119-34, abr, 2010.

MADEIRA, I. R.; AQUINO, L. A. Problemas de abordagem difícil: “não come” e “não dorme”. **Jornal de Pediatria**, v. 79, p. 43-54, jun, 2003.

MARINS, S. S.; REZENDE, M. A. Percepções e práticas de mães de pré-escolares brasileiros acerca da alimentação dos filhos. **Enfermería Global**, v. 254, n. 22, p. 117-218, nov, 2011.

MCGURTY, E.M. Warren County, NC, and the emergence of the Environmental Justice Movement: unlikely coalitions and shared meanings in local collective action. **Society and Natural Resources**, v. 13, n.4, p. 373-87, 2000.

MELZER, M.R.T.F. et al. Fatores associados ao acúmulo de gordura abdominal em crianças. **Revista Paulista de Pediatria**, v.33, n.4, p. 437-88, dez, 2015.

MIECH, R.A. et al. Trends in the association of poverty with overweight among US adolescents, 1971-2004. **The Journal of the American Medical Association**, v. 295, p. 24-33, mai, 2006.

MIRANDA, J. M. DE Q. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil em instituições de ensino: públicas vs. privadas. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 21, n. 2, p. 104-7, 2015.

MOURÃO-CARVALHAL, M.I.M. Efeito da interação das variáveis socioculturais, biológicas e motoras na prestação das habilidades corrida, lançamento, salto e pontapé em crianças de 7 e 8 anos de idade. **Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro**, Vila Real, tese de doutorado, set, 2000.

MONDIN, E. M. C. Parental education practices and their effects about children rearing. **Psicologia Argumento**, v. 26, n. 54, p. 233-44, 2008.

MOREIRA, P. et al. Dietary calcium and body mass index in Portuguese Children. **European Journal Clinical Nutrition**, n. 59, v.7, p. 861-7, jul, 2005.

MYRON, F.; JOHNSON, C. Y. Coming to terms with environmental justice in outdoor recreation: a conceptual discussion with research implications. **Leisure Sciences**, n. 24, p. 59-77, 2002.

NETTO-OLIVEIRA, E. R. et al. Sobrepeso e obesidade em crianças de diferentes níveis econômicos. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 12, n. 2, p. 83-89, 2010.

NICKLAS, T.A. et al. Eating patterns, dietary quality and obesity. **Journal of the American College of Nutrition**, v. 20, n.6, p. 599-608, dez, 2001.

NOGUEIRA, H. et al. The impact of the environment on levels of childhood obesity: when the territory emerges as a differentiating and risk factor. **Cadernos de Geografia**, n. 31, p. 239-248, 2012.

OLIVEIRA, C.L.; FISBERG, M. Obesidade na Infância e Adolescência – Uma Verdadeira Epidemia. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabólica**, v.47, n.2, p.107-8, 2003.

OLIVEIRA, M.A.P.; PARENTE, R.C.M. Estudos de Coorte e de Caso-Controlle na Era da Medicina Baseada em Evidência. **Brazilian Journal of Videoendoscopic Surgery**, v. 3, n. 3, p. 115-125, 2010.

OGDEN, C.L. et al. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. **Journal of the American Medical Association**, v.311, n.8, p.806-14, fev, 2014.

OPAS. Organização Pan-americanas de Saúde. El Movimiento de Muncípios Saludables en América. Washington: OPAS; 1992.

PADEZ, C. et al. Prevalence and risk factors overweight and obesity in Portuguese children. **Acta Pediátrica**, n. 94, v. 11, 1550-7, 2005.

PATRICK et al., Parenting Styles and Practices in Children's Obesogenic Behaviors: Scientific Gaps and Future Research Directions. **Childhood Obesity**, v. 9, supl. 1, p. 73-86, ago. 2013.

PÉREZ, S. V. et al. Implicaciones del nivel socioeconómico familiar sobre las conductas de riesgo en la obesidad isnfantojuvenil. **Nutricion Hospitalaria**, v. 28, n. 6, p. 1951-60, 2013.

PLINER, P.; LOEWEN, E. R. Temperament and food neophobia in children and their mothers. **Appetite**, v. 28, n. 3, p. 239-54, jun, 1997.

POWER et al., Contemporary Research on Parenting: Conceptual, Methodological, and Translational Issues. **Childhood Obesity**, v. 9, supl. 1, p. 87-94, ago, 2013.

RAMOS, M.; STEIN, L. M. Development of children's eating behavior. **Jornal de Pediatria**, v. 76, n. 8, p. 229-37, 15 nov, 2000.

REICHEMBACH, M.T. A refeição em família: um lugar de encontro entre a história da alimentação e da enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v.9, n.2, p.53-65, 2004.

RHEE, K. E. et al. Parenting styles and overweight status in first grade. **Pediatrics**, v. 117, n. 6, p. 2047-54, jun, 2006.

RODRIGO, M. J.; JANSSENS, J. M.; CEBALLOS, E. Do children's perceptions and attributions mediate the effects of mothers' child-rearing actions? **Journal of Family Psychology**, v. 13, n. 4, p. 508-522, 1999.

RODRÍGUEZ, A. et al. La percepción del sobrepeso y la obesidad infantil por parte de los progenitores. **Revista Española de Salud Pública**, v. 86, n. 5, p. 483-94, out, 2012.

ROSSI, A.; MOREIRA, E. A. M.; RAUEN, M. S. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Revista de Nutrição**, v. 21, n. 6, p. 739-48, dez, 2008.

ROSSI, C.E.; VASCONCELOS, F.A.G. Peso ao nascer e obesidade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 2, p. 246-58, jun, 2010.

ROZIN, P. Development in the food domain. **Developmental Psychology**, v. 26, n. 4, p. 555-62, 1990.

SALVADOR, A. Análise da relação entre práticas educativas parentais, envolvimento com tarefas escolares, depressão e desempenho acadêmico de adolescentes. **Universidade do Paraná**, Curitiba, Dissertação de Mestrado, 2007.

SANTIAGO, S. et al. Perinatal and parental determinants of childhood overweight in 6-12 years old children. **Nutrición Hospitalaria**, v. 27, n. 2, p. 599-605, 2012.

SANTOS, L. R. DA C.; RABINOVICH, E. P. Situações Familiares na Obesidade Exógena Infantil do Filho Único. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 507-21, jun, 2011.

SCHUCH, I. et al. Excess weight in preschoolers: prevalence and associated factors. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 2, p. 179-88, 2013.

SENAUER, B. The food consumer in the 21st century: new research perspectives. In: 71st EAAE Seminar: **The Food Consumer in the 21st Century**. Zaragoza, Spain, p.18-20, 2001

SOARES, D.S.; PETROSKI, E.L. Prevalência, fatores etiológicos e tratamento da obesidade infantil. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v.5, n.1, p.63-74, 2003.

SOUZA, N. P. P. DE; OLIVEIRA, M. RITA M. DE. O Ambiente como elemento determinante da obesidade. **Revista Simbio-Logias**, v. 1, n. 1, p. 157–173, 2008.

SWINBURN, B.; EGGER, G.; RAZA, F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. **Preventive Medicine**, v. 29, n. 6, p. 563-70, dez, 1999.

SWINBURG, B.; EGGER, G. The runaway weight gain train: too many accelerators, not enough brakes. **BMJ**, v.329, p.736-9, set, 2004.

TIMPERIO, A. et al. Perceptions of local neighbourhood environments and their relationship to childhood overweight and obesity. **International Journal of Obesity**, v.29, p. 170-175, 2005.

VÁZQUEZ-VELA, M. E. F.; GALICIA, L. B. Association between maternal perceptions and actual nutritional status for children in a study group in Mexico. **Nutrición Hospitalaria**, v. 27, n. 1, p. 209-12, 2012.

VIANA, V. et al. Comportamento alimentar em crianças e controlo parental: uma revisão da bibliografia. **Revista Alimentação Humana**, v. 15, n. 1, p. 9-16, 2009.

WHITEHEAD, J. C. Demand side factors and environmental equity analysis. **Society and Natural Resources**, v. 13, p. 75-81, 2000.

WHO. World Health Organization. Physical Status: the use and Interpretation of Anthropometry. **Technical Report Series**. Geneva, 1995. ISBN: 924 12 085 46

WHO. World Health Organization. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. **Bulletin of the World Health Organization**. Geneva, p. 660-7, n. 85, v. 9, 2007.

WHO. World Health Organization. Obesity and inequities. **Guidance for addressing inequities in overweight and obesity**. 2014. ISBN: 978 92 890 5048 7

WHO. World Health Organization. Commission on Ending Childhood Obesity – ECHO. **Report of the Commission on Ending Childhood Obesity**. Geneva, 2016. ISBN: 978 92 415 1006 6.

APÊNDICE

APÊNDICE

Apêndice A. Instrumento de coleta de dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

INFLUÊNCIA DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS PARENTAIS NA ALIMENTAÇÃO E DO AMBIENTE OBESOGÊNICO NO EXCESSO DE PESO NA INFÂNCIA

Curso: Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente

Pesquisadora Responsável: Hallana Cristina de Araújo Rodrigues

IDENTIFICAÇÃO				
Nº	QUESTÃO	RESPOSTA	COD.	VALOR
1	Número do questionário		NUMQUES	
2	Classificação nutricional da criança	(1) Caso (2) Controle	GRUPO	
3	Data da entrevista		DATENTR	/ /
4	Você é a principal cuidadora da criança?	(1) Sim (2) Não	PRICUID	
5	Qual o grau de parentesco com a criança?	(1) Mãe (2) Avó (3) Tia (4) Outro	GRAUPAR	
6	A criança reside com você?	(1) Sim (2) Não	CRIRESID	

SOCIODEMOGRÁFICAS				
Nº	QUESTÃO	RESPOSTA	COD.	VALOR
7	Local de Residência	(1) Recife (2) RMR (3) Interior Urbano (4) Interior Rural	LOCRES	
8	Idade da mãe/cuidadora no momento da entrevista		IDMC	
9	Peso da mãe/cuidadora		PESMC	
10	Altura da mãe/cuidadora		ALTCM	
11	Data de Nascimento da criança		DNASCRI	/ /
12	Idade da criança no momento da entrevista		IDCRI	anos meses
13	Sexo da criança	(1) Masculino (2) Feminino	SEXOCRI	
14	Peso da Criança		PESCRI	
15	Altura da Criança		ALTCRI	

ECONÔMICA FAMILIAR				
Nº	QUESTÃO	RESPOSTA	COD.	VALOR
16	Quantas pessoas que comem e dormem na casa que a criança mora?		PESCASA	
17	A mãe da criança convive com o pai?	(1) Sem abandono (2) Abandono parcial (3) Abandono total	CONVPAI	
18	Qual foi a última série que a Sra. cursou na escola?		ESCMAE	
19	Qual a atividade dos pais? (a mais alta era considerada quando houvesse diferença)	(1) Dono de armazém, pequeno comércio (2) Trabalho regular (3) Trabalho por tarefa, biscoiteiro (4) Encostado, seguro-desemprego, aposentado	ATIVPAIS	

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

20	Qual a relação com o domicílio?	(1) Casa própria, em pagamento (2) Casa alugada (3) Casa emprestada, em usufruto (4) Casa invadida (5) Morando de favor	RELDOM	
21	Qual o tipo da casa?	(1) Casa sólida, alvenaria (2) Casa de madeira ou mista (3) Casa simples, mais de 2 peças (4) Casa simples, 1 a 2 peças	TCAS	
22	Quantas pessoas por cama?	(1) (nº de pessoas) - (nº de camas) < 2 (2) (nº de pessoas) - (nº de camas) > 2	PESCAM	
23	Abastecimento de água	(1) Água encanada, dentro de casa (2) Água encanada, no terreno (3) Água carregada de vizinho, bica pública	AGUA	
24	Deposição de excreta	(1) Descarga, ligada à fossa ou rede de esgoto (2) Poço negro ou latrina (3) Não tem (campo aberto)	DEPEXC	
25	Coleta de lixo	(1) Coleta domiciliar (2) Lixeira pública (3) Lixo queimado ou enterrado (4) Lixo jogado em campo aberto	LIXO	
26	Energia elétrica	(1) Com registro próprio (2) Com registro comum a várias casas (3) Não tem energia elétrica	ENELET	
27	Cozinha independente	(1) Sim (2) Não	COZIND	
28	Equipamentos do domicílio	(1) Geladeira (2) Televisão (3) Fogão (4) Rádio	EQDOM	
29	Escore de Alvarez		ALVAREZ	

BIOLÓGICAS DA CRIANÇA E ALEITAMENTO

Nº	QUESTÃO	RESPOSTA	COD.	VALOR
30	Qual foi o peso da criança ao nascer (g)?		PESONASC	
31	Você considerava adequado este peso (g)?	(1) Sim (2) Não	CONSADP	
32	Quantas semanas de gestação?		DURGEST	
33	Quanto tempo de aleitamento materno exclusivo?		DURAMA	
34	Com quantos meses outros alimentos ou líquidos foram oferecidos junto com o leite materno?		INTRALIM	

AMBIENTE OBESOGÊNICO

Nº	QUESTÃO	RESPOSTA	COD.	VALOR
35	Onde a criança mora existe espaço para recreação e lazer? (como praças, campo de futebol, quadra de vôlei)	(1) Concordo (2) Concordo parcialmente (3) Discordo (4) Discordo parcialmente (5) Não sabe/não tem a certeza	ESPREC	
36	Onde a criança mora é seguro possibilitando realizar passeios?	(1) Concordo (2) Concordo parcialmente (3) Discordo (4) Discordo parcialmente (5) Não sabe/não tem a certeza	RESEG	
37	Onde a criança mora tem tanto trânsito nas ruas que se torna desagradável ou perigoso andar a pé na minha área residencial?	(1) Concordo (2) Concordo parcialmente (3) Discordo (4) Discordo parcialmente (5) Não sabe/não tem a certeza	ATRANS	

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

38	Onde a criança mora muitas pessoas praticam exercício físico? (como fazer caminhada, academia da cidade, andar de bicicleta)	(1) Concordo (2) Concordo parcialmente (3) Discordo (4) Discordo parcialmente (5) Não sabe/não tem a certeza	PESEX	
39	Onde a criança mora as calçadas estão em bom estado de conservação?	(1) Concordo (2) Concordo parcialmente (3) Discordo (4) Discordo parcialmente (5) Não sabe/não tem a certeza	ACONDCAL	

35	Quanto tempo demoraria da sua casa aos seguintes locais se fosse a pé?	1-5'	6-10'	11-20'	20-30'	+30'	Não sei	COD.	VALOR
a.	Supermercado	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Q35A	
b.	Feira livre	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Q35B	
c.	Padaria	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Q35C	
d.	Agência Correios	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Q35D	
e.	Escola	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Q35E	
f.	Lanchonete/ Fiteiro	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Q35F	
g.	Restaurante	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Q35G	
h.	Praça	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Q35H	
i.	Farmácia	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Q35I	
j.	Posto Saúde	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Q35J	
k.	Hospital	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Q35K	

36	Quantas vezes a criança vai a pé ou de bicicleta para os seguintes locais?	Nunca	<1 vez/sem	1-2/sem	3 ou +/sem	Todos dias	COD.	VALOR
a.	Ciclovía	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Q36A	
b.	Casa de amigo	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Q36B	
c.	Praça	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Q36C	
d.	Parada de ônibus	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Q36D	
e.	Escola	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Q36E	
f.	Lojas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Q36F	

Nº	QUESTÃO	RESPOSTA	COD.	VALOR
37	Qual o meio de transporte que a criança utiliza para ir à escola?	(1) A pé (2) Bicicleta (3) Carro (4) Ônibus (5) Outro	MTCRIAE1	
38	Qual o meio de transporte que a criança utiliza para voltar da escola?	(1) A pé (2) Bicicleta (3) Carro (4) Ônibus (5) Outro	MTCRIAE2	
39	A criança pratica alguma atividade física (esporte) fora da escola? (se <u>NÃO</u> passe para pergunta 42)	(1) Sim (2) Não	AFCRIA	
40	Se SIM. Qual atividade ela pratica?	(1) Futebol (2) Dança (4) Luta (karatê, judô, etc) (5) Natação (6) Outros	AFCRIA1	
41	Quantas vezes por semana?		QVAFORIA	

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

42	Dos seguintes equipamentos qual(is) a criança tem acesso?	SIM	NÃO	COD.	VALOR
a.	Televisão	(1)	(2)	Q42A	
b.	Computador	(1)	(2)	Q42B	
c.	Notbook/netbook	(1)	(2)	Q42C	
d.	Tablet	(1)	(2)	Q42D	
e.	Videogame	(1)	(2)	Q42E	
f.	Celular	(1)	(2)	Q42F	

43	Dos seguintes equipamentos qual(is) a criança tem no quarto?	SIM	NÃO	COD.	VALOR
a.	Televisão	(1)	(2)	Q43A	
b.	Computador	(1)	(2)	Q43B	
c.	Notbook/netbook	(1)	(2)	Q43C	
d.	Tablet	(1)	(2)	Q43D	
e.	Videogame	(1)	(2)	Q43E	
f.	Celular	(1)	(2)	Q43F	

Nº	QUESTÃO	RESPOSTA						COD.	VALOR
		1h	1-2h	3-4h	5h	+5h	Não se aplica		
44	Quanto tempo a criança assiste TV durante a semana?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(8)	TVCRIA1	
45	Quanto tempo a criança assiste TV no fim de semana?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(8)	TVCRIA2	
46	Quanto tempo a criança brinca com videogame durante a semana?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(8)	VGCRIA1	
47	Quanto tempo a criança brinca com videogame no fim de semana?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(8)	VGCRIA2	
48	Quanto tempo a criança usa o computador durante a semana?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(8)	CCRIA1	
49	Quanto tempo a criança usa o computador no fim de semana?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(8)	CCRIA2	
50	Quanto tempo a criança navega na internet durante a semana?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(8)	NETCRIA1	
51	Quanto tempo a criança navega na internet no fim de semana?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(8)	NETCRIA2	
52	Quanto tempo a criança estuda durante a semana?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(8)	ESTCRIA1	
53	Quanto tempo a criança estuda no fim de semana?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(8)	ESTCRIA2	
54	Quanto tempo a criança brinca de atividades que a façam correr durante a semana?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(8)	BCCRIA1	
55	Quanto tempo a criança brinca de atividades que a façam correr durante o fim de semana?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(8)	BCCRIA2	

Nº	QUESTÃO	RESPOSTA	COD.	VALOR
56	O seu filho assiste televisão no horário das principais refeições? (se NÃO passe para a pergunta 58)	(1) Sim (2) Não	TVRCRIA	
57	Em qual(is) refeição(es)?	(1) Café da manhã (2) Almoço (3) Jantar	TVRCRIA1	
58	Quantas refeições o seu filho faz por dia? (café da manhã, almoço, jantar e lanches)		RCRIA	
59	Quantas frutas a criança comeu na última semana?		FCRIA	

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

60	Qual a frequência com que sua família, incluindo as crianças, frequenta o seguinte tipo de restaurantes?	Nunca	<1 vez/sem	1-2/sem	3 ou +/sem	Todos dias	COD.	VALOR
a.	Pizzaria	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Q60A	
b.	Churrascaria	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Q60B	
c.	Praça de alimentação	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Q60C	
d.	Lanchonete	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Q60D	
e.	Bar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Q60E	

PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ALIMENTAÇÃO

RESTRIÇÃO

Nº	QUESTÃO	RESPOSTA					COD.	VALOR
		Discordo	Discordo Levemente	Nem discordo/ Nem concordo	Concordo Levemente	Concordo		
61	A sua criança não come muitos doces	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	RT1A	
62	A sua criança não come muitos alimentos calóricos	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	RT1B	
63	A sua criança não come muitos alimentos preferidos	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	RT1C	
64	Você "esconde" algumas comidas da sua criança	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	RT2	
65	Você dá doce como recompensa por um bom comportamento	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	RT3A	
66	Você dá alimentos preferidos em troca de um bom comportamento	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	RT3B	
67	Se você não orientar ou regular o que a criança come, ela iria comer muita "porcaria"	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	RT4A	
68	Se você não orientar ou guiar o que a criança come, ela iria comer muita de sua comida preferida	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	RT4B	

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

PRESSÃO PARA COMER								
Nº	QUESTÃO	RESPOSTA					COD.	VALOR
		Discordo	Discordo Levemente	Nem discordo/ Nem concordo	Concordo Levemente	Concordo		
69	A sua criança deveria sempre comer toda comida do prato	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	PE1	
70	Você tem que ser muito cuidadosa para ver se a criança está comendo o suficiente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	PE2	
71	Se a criança diz "Eu não estou com fome", você tenta fazê-la comer mesmo assim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	PE3	
72	Se você não orientar ou guiar o que a criança come, ela comerá muito menos do que deveria	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	PE4	
MONITORAMENTO								
Nº	QUESTÃO	RESPOSTA					COD.	VALOR
		Nunca	Raramente	Às vezes	Na maior parte do tempo	Sempre		
73	O quanto você controla o consumo de doces (confeitos, sorvetes) que sua criança come?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	MN1	
74	O quanto você controla os lanches (batata frita, coxinha, pizza) que sua criança come?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	MN2	
75	O quanto você controla os alimentos altamente calóricos que sua criança come?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	MN3	

ANEXOS

Anexo A. Termo de Consentimento livre e Esclarecido para maiores de 18 anos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **"Influência das práticas educativas parentais na alimentação e do ambiente obesogênico no excesso de peso na infância"**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Hallana Cristina de Araújo Rodrigues (Rua Ébano, Qd. E 14-A, n.º 9-A, Ouro Preto, Olinda, CEP: 53.370-580 / Fone: (81) 8788-9585/ hallanacristina@gmail.com) e está sob a orientação da Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima.

Este Termo de Consentimento pode conter informações que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre sua participação na pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- ☐ A pesquisa intitulada **"Influência das práticas educativas parentais na alimentação e do ambiente obesogênico no excesso de peso na infância"** tem como objetivo geral avaliar a associação das práticas educativas parentais na alimentação e do ambiente obesogênico no desenvolvimento da obesidade infantil, para tal, entrevistaremos mães/cuidadoras acerca das práticas educativas parentais na alimentação como também condições a cerca do ambiente que a criança está inserida.
- ☐ Após o consentimento das mães/cuidadoras estas serão entrevistadas, uma única vez, a cerca das condições sociodemográficas, econômicas, biológicas e alimentares da criança, práticas educativas parentais na alimentação e avaliação do ambiente obesogênico. Nesta ocasião será realizada a avaliação antropométrica das crianças.
- ☐ Por se tratar de uma entrevista o principal risco aos voluntários seria o de constrangimento, diante disso, todas as entrevistas e coletas de dados serão realizadas em ambiente reservado, um indivíduo por vez. Se mesmo assim ocorrer constrangimentos para os voluntários, será garantido o direito de saída da pesquisa em qualquer momento, sem qualquer penalidade.
- ☐ Este estudo trará benefícios para a população estudada, uma vez que a partir destes dados, poderão ser feitas propostas de intervenção para melhoria da saúde. Além da disponibilização de material educativo e orientações de saúde.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação do/a voluntário (a). Os dados coletados nesta pesquisa serão através de um questionário com perguntas fechadas e pré-codificadas que ficarão armazenados sob a responsabilidade da pesquisadora principal, no endereço Rua Ébano, qd E 14-A, N°9-A, Ouro Preto, Olinda, CEP: 53.370-580, pelo período de mínimo 5 anos posteriores à assinatura do termo de consentimento.

O (a) senhor (a) não pagará nada para ele/ela participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pela pesquisadora principal. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação do voluntário/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 – Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

Hallana Cristina de Araújo Rodrigues
Pesquisadora Principal

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **"Influência das práticas educativas parentais na alimentação e do ambiente obesogênico no excesso de peso na infância"**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do (da) responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____	Nome: _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____

Anexo B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para responsável legal de menor de 18 anos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS - Resolução 466/12)

Solicitamos a sua autorização para convidar o (a) seu/sua filho para participar, como voluntário (a), da pesquisa **Influência das práticas educativas parentais na alimentação e do ambiente obesogênico no excesso de peso na infância**. Esta pesquisa é da responsabilidade da pesquisadora Hallana Cristina de Araújo Rodrigues (Rua Ébano, Qd. E 14-A, n.º 9-A, Ouro Preto, Olinda, CEP: 53.370-580 / Fone: (81) 8788-9585/ hallanacristina@gmail.com) e está sob a orientação da Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima.

Este Termo de Consentimento pode conter informações que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre sua participação na pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar que o (a) menor faça parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa nem o (a) Sr.(a) nem o/a voluntário/a que está sob sua responsabilidade serão penalizados (as) de forma alguma. O (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da participação do (a) menor a qualquer tempo, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- ☐ A pesquisa intitulada **"Influência das práticas educativas parentais na alimentação e do ambiente obesogênico no excesso de peso na infância"** tem como objetivo geral avaliar a associação das práticas educativas parentais na alimentação e do ambiente obesogênico no desenvolvimento da obesidade infantil, para tal, entrevistaremos mães/cuidadoras acerca das práticas educativas parentais na alimentação como também condições a cerca do ambiente que a criança está inserida.
- ☐ Após o consentimento das mães/cuidadoras estas serão entrevistadas, uma única vez, a cerca das condições sociodemográficas, econômicas, biológicas e alimentares da criança, práticas educativas parentais na alimentação e avaliação do ambiente obesogênico. Nesta ocasião será realizada a avaliação antropométrica das crianças.
- ☐ Por se tratar de uma entrevista o principal risco aos voluntários seria o de constrangimento, diante disso, todas as entrevistas e coletas de dados serão realizadas em ambiente reservado, um indivíduo por vez. Se mesmo assim ocorrer constrangimentos para os voluntários, será garantido o direito de saída da pesquisa em qualquer momento, sem qualquer penalidade.
- ☐ Este estudo trará benefícios para a população estudada, uma vez que a partir destes dados, poderão ser feitas propostas de intervenção para melhoria da saúde. Além da disponibilização de material educativo e orientações de saúde.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação do/a voluntário (a). Os dados coletados nesta pesquisa serão através de um questionário com perguntas fechadas e pré-codificadas que ficarão armazenados sob a responsabilidade da pesquisadora principal, no endereço Rua Ébano, qd E 14-A, Nº9-A, Ouro Preto, Olinda, CEP: 53.370-580, pelo período de mínimo 5 anos posteriores à assinatura do termo de consentimento.

O (a) senhor (a) não pagará nada para ele/ela participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pela pesquisadora principal. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação do voluntário/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (**Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 – Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: capccs@ufpe.br**).

Hallana Cristina de Araújo Rodrigues
Pesquisadora Principal

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, autorizo a sua participação no estudo **"Influência das práticas educativas parentais na alimentação e do ambiente obesogênico no excesso de peso na infância"** como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora principal sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de seu acompanhamento) para mim ou para o (a) menor em questão.

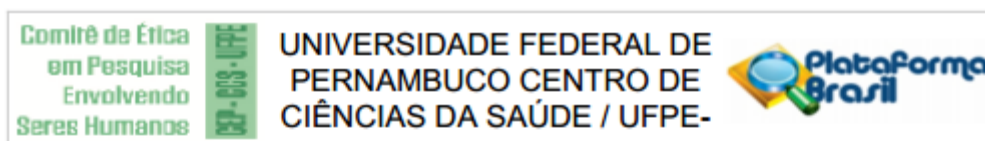
Local e data _____

Assinatura do (da) responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____	Nome: _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____

Anexo C. Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INFLUÊNCIA DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS PARENTAIS NA ALIMENTAÇÃO E DO AMBIENTE OBESOGÊNICO NO EXCESSO DE PESO NA INFÂNCIA

Pesquisador: HALLANA CRISTINA DE ARAÚJO RODRIGUES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38046014.2.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 879.590

Data da Relatoria: 19/11/2014

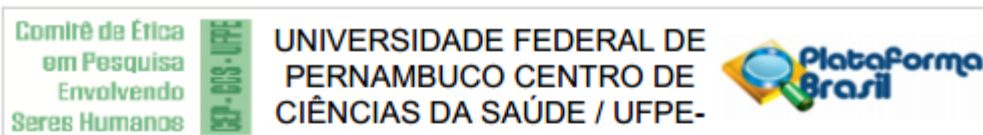
Apresentação do Projeto:

O excesso de peso na infância é um problema de saúde pública, de expressão epidemiológica mundial. As consequências são mais insidiosas uma vez que, crianças obesas possuem uma probabilidade maior de tornarem-se adultos obesos, elevando assim o surgimento precoce de doenças crônicas como hipertensão, diabetes mellitus tipo II, problemas cardiovasculares, renais, respiratórios, além da redução na expectativa de vida. Sabendo-se da forte influência genética, nas últimas duas décadas verificou-se a ocorrência de sobrepeso e obesidade numa população sem histórico familiar para tal, assim, podemos atribuir esta situação epidêmica ao ambiente considerado obesogênico. É a interferência ambiental no indivíduo, diretamente indiretamente, facilitando ou dificultando a adoção, de práticas de vida que podem favorecer a instalação ou a manutenção do excesso de peso. Os hábitos alimentares originam-se na infância e tendencialmente permanecem durante a vida adulta. Os pais desempenham um papel preponderante no desenvolvimento destes hábitos, uma vez que, são os primeiros responsáveis pela alimentação dos seus filhos. No contexto da alimentação algumas práticas educativas parentais têm sido apontadas como potencial determinante do peso infantil.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 879.590

Avaliar a associação das práticas educativas parentais relacionadas à alimentação e do ambiente obesogênico na ocorrência do excesso de peso em crianças na idade escolar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Todas as entrevistas e coleta de dados serão realizadas em ambiente reservado, com um indivíduo por vez, com o objetivo de manter a sua privacidade. Existe a possibilidade de constrangimentos para os participantes, uma vez que, investigaremos, através do questionário socioeconômico, aspectos pessoais e financeiros, e através do QAC as práticas adotadas pelas mães/cuidadoras na educação dos filhos, estando os mesmos livres de aceitarem ou não responder. Como forma de minimizar os riscos os participantes poderão solicitar a sua saída da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer penalidade.

Benefícios:

Este estudo terá como benefício direto para a população estudada, a entrega de folder educativo, ao final da entrevista, com informações a cerca da influência das práticas educativas alimentares e do ambiente no peso infantil. Além, de esclarecimentos sobre dúvidas e/ou mitos, conforme demanda. Com benefício indireto o estudo será de grande relevância para os profissionais de saúde uma vez que a partir destes dados, poderão ser feitas propostas de intervenção para melhoria da saúde das crianças e idealizados modelos de intervenção que ajudarão na concretização de projetos que estimulem melhorias na qualidade de vida.

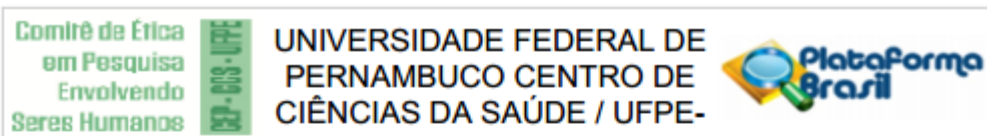
Neste protocolo os riscos estão corretamente previstos e minimizados. Os benefícios diretos são relevantes para os participantes bem como os indiretos para a área da saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

COMENTÁRIOS:

Trata-se de um estudo tipo caso/controle que era desenvolvido no Ambulatórios de Puericultura e de Pediatria (Obesidade Infantil) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE) com crianças entre 06 e 10 anos acompanhadas nos ambulatórios sendo 74 casos (crianças com índice de massa corpórea (IMC) para idade e sexo 2 escores-z) e 148 controles (crianças com IMC/Idade e sexo -1 escores-z e 1 escores-z) e as mães/cuidadoras dessas

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 879.590

crianças. As mães/cuidadoras serão entrevistadas através de um questionário com perguntas fechadas e pré-codificadas sobre as condições sociodemográficas, econômicas, biológicas e alimentares da criança, práticas educativas parentais na alimentação e avaliação do ambiente obesogênico. Nesta ocasião será realizada a avaliação antropométrica das crianças. O modelo do questionário encontra-se anexo. Haverá estudo piloto. Descreve detalhadamente o método de análise dos dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta-se bem redigido e fundamentado, tendo por finalidade Dissertação de Mestrado para o Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente CCS/UFPE, da enfermeira HALLANA CRISTINA DE ARAÚJO RODRIGUES, Pesquisadora Responsável. Apresenta, Folha de Rosto corretamente preenchida e assinada pela Gerente de Ensino, Pesquisa e Extensão do HC da UFPE, Cronograma adequado ao propósito, Orçamento sob a responsabilidade da Pesquisadora. Estão anexados Carta de Anuência da Chefe do Serviço de Puericultura do HC da UFPE e currículos da equipe de pesquisa. TCLE bem redigido contendo riscos, benefícios, direitos e garantias para os participantes.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

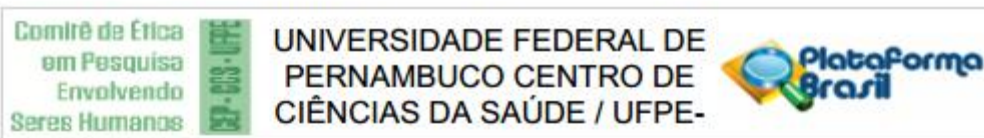
Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de "Notificação" e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 879.590

RECIFE, 20 de Novembro de 2014

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

Anexo D. Carta de Anuência Ambulatório de Puericultura HC/UFPE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DIRETORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
Av. Prof. Moraes Rêgo, s/n – Cidade Universitária – Recife/PE
CEP: 50670-420 – Tel: (81) 2126.3984 – Fax: 3453.3675

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora **Hallana Cristina de Araújo Rodrigues**, a desenvolver o seu projeto de pesquisa **Influência das práticas educativas parentais na alimentação e do ambiente obesogênico no excesso de peso na infância**, que está sob a orientação da Profa. **Dra. Marília de Carvalho Lima** cujo objetivo é **Avaliar a influência das práticas educativas parentais relacionadas à alimentação, o ambiente obesogênico e dos fatores socioeconômicos no desenvolvimento do sobrepeso/obesidade em crianças em idade escolar**, no Ambulatório de Puericultura deste serviço.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Local, em 13/10/2014.


Dr.ª Maria Márcia Nogueira Beltrão
Chefe do Serviço de Puericultura
UFPE

Dr.ª Maria Márcia Nogueira Beltrão
Chefe do Serviço de Puericultura

Anexo E. Carta de Anuência Ambulatório de Pediatria HC/UFPE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DIRETORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
Av. Prof. Moraes Rêgo, s/n – Cidade Universitária – Recife/PE
CEP: 50670-420 – Tel: (81)2126.3984 – Fax: 3453.3675

CARTA DE ANUÊNCIA

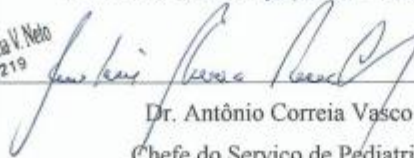
Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora **Hallana Cristina de Araújo Rodrigues**, a desenvolver o seu projeto de pesquisa **Influência das práticas educativas parentais na alimentação e do ambiente obesogênico no excesso de peso na infância**, que está sob a orientação da Profa. **Marília de Carvalho Lima** cujo objetivo é **Avaliar a influência das práticas educativas parentais relacionadas à alimentação, o ambiente obesogênico e dos fatores socioeconômicos no desenvolvimento do sobrepeso/obesidade em crianças em idade escolar, no Ambulatório de Pediatria.**

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, em 30 / Outubro / 2014.

Dr. Antônio Correia V. Neto
CRM: 4219


Dr. Antônio Correia Vasco
Chefe do Serviço de Pediatria