

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

LETÍCIA FRANCIELLE BEZERRA SILVA

**AUTOEFICÁCIA E ESTRATÉGIAS PARENTAIS PARA CONTROLE DE PESO EM
CRIANÇAS COM EXCESSO DE PESO EM ESCOLAS PARTICULARES**

Vitória de Santo Antão

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

LETÍCIA FRANCIELLE BEZERRA SILVA

**AUTOEFICÁCIA E ESTRATÉGIAS PARENTAIS PARA CONTROLE DE PESO EM
CRIANÇAS COM EXCESSO DE PESO EM ESCOLAS PARTICULARES**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Colegiado do Curso de
Graduação em Nutrição do Centro
Acadêmico de Vitória da Universidade
Federal de Pernambuco em
cumprimento a requisito parcial para
obtenção do grau de Bacharel em
Nutrição, sob orientação da Professora
Dra. Carmem Lygia Burgos Ambrósio e
coorientação da Professora Raquel
Araújo de Santana.

Vitória de Santo Antão

2021

Catálogo na Fonte
Sistema Integrado de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecário Jaciane Freire Santana, CRB-4/2018

S586a Silva, Letícia Francielle Bezerra.

Autoeficácia e estratégias parentais para o controle de peso em crianças com excesso de peso em escolas particulares / Letícia Francielle Bezerra Silva. - Vitória de Santo Antão, 2021.

73 f.; il.: color.

Orientadora: Carmem Lygia Burgos Ambrósio.

Coorientadora: Raquel Araújo de Santana.

TCC (Bacharelado em Nutrição) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Nutrição, 2021.

Inclui referências, apêndice e anexos.

1. Obesidade infantil. 2. Comportamento Alimentar - crianças. 3. Alimentação escolar. I. Ambrósio, Carmem Lygia Burgos (Orientadora). II. Santana, Raquel Araújo de (Coorientadora). III. Título.

616.398083 CDD (23. ed.)

BIBCAV/UFPE - 158/2021

LETÍCIA FRANCIELLE BEZERRA SILVA

**AUTOEFICÁCIA E ESTRATÉGIAS PARENTAIS PARA O CONTROLE DE PESO
EM CRIANÇAS COM EXCESSO DE PESO EM ESCOLAS PARTICULARES.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Colegiado do Curso
de Graduação em Nutrição do Centro
Acadêmico de Vitória da
Universidade Federal de
Pernambuco em cumprimento a
requisito parcial para obtenção do
grau de Bacharel em Nutrição.

Data: 25 de agosto de 2021

Banca Examinadora

Dra. Raquel Araújo de Santana
Universidade Federal de Pernambuco

Dra. Cybelle Rolim de Lima
Universidade Federal de Pernambuco - CAV

Me. Rodrigo Luis da Silveira Silva
Universidade Federal de Pernambuco - CAV

Dedico este trabalho a todos que estiveram comigo nessa caminhada, me apoiando e ajudando a tornar esse sonho realidade.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, das maiores vitórias conquistadas por mim, Deus é a razão e a quem devo todo meu agradecimento, por ser Aquele quem eu procurava quando já não tinha forças. Por toda fé nEle depositada, não desisti no meio do caminho. Meus percalços não terminam aqui, e por confiar nos planos do Senhor, descansarei.

Agradeço infinitamente aos meus pais, Cláudio e Fátima, que tanto lutaram para sempre me dar o melhor que puderam, por me apoiar e acreditar quando eu nem acreditava em mim, junto com meu irmão, João Paulo, são minha base, meu refúgio.

Agradeço a todas, que durante os mais de 4 anos se fizeram presentes, dos momentos mais felizes nos corredores, aos mais angustiantes, Angélica, Anielle, Camila, Luana, Mirelly, Vivian, Rhyssa, obrigado por compartilharem a vida comigo.

Agradeço ao meu namorado/esposo Joás que é meu porto seguro, quem esteve comigo nessa reta final me encorajando, me mostrando o quão sou forte nunca me deixando desistir.

Agradeço às minhas orientadoras, Carmem e Raquel, por toda calma e paciência, por me transmitir segurança, por me guiarem com tanto zelo, fazendo tão bem o que fazem.

Agradeço a todos os professores do CAV, os quais tive o prazer de escutar, me fazendo e tornando a profissional que serei, empática, humanizada e apaixonada no que serei destinada a fazer. O meu muito obrigada a Rogério, por ser tão cirúrgico nas palavras e por orientar tão bem.

Por último, mas não menos importante, agradeço àquele que chegou de surpresa, me tirando da zona de conforto e me fazendo buscar e ser o melhor para ele, meu filho, meu Bernardo, obrigada, por mesmo tão pequenininho, ainda na barriga, sem nem saber, ser o maior e mais especial amor da sua mãe.

A todos, o meu muito obrigada!

“Nós somos culpados de muitos erros e muitas faltas, mas o nosso pior crime é o de abandonar as crianças, negligenciando a fonte de vida. Muitas coisas que necessitamos podem esperar. A criança não pode... Para elas não podemos responder ‘amanhã’. Seu nome é ‘HOJE’.”

- Gabriela Mistral

RESUMO

A obesidade está sendo apontada como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. Na infância, este excesso de peso acarreta várias consequências que podem acompanhar o indivíduo ao longo da vida. É importante prevenir o ganho de peso excessivo quando criança, para evitar doenças crônicas não transmissíveis como diabetes tipo 2 e hipertensão arterial, além de problemas psicossociais, sendo esses ainda mais nocivos nessa fase da vida. Sabendo que o hábito alimentar familiar contribui para a transmissão intergeracional da obesidade, pois as crianças são facilmente influenciadas pelos estilos de alimentação dos pais, é necessário que eles sejam modelos do comportamento alimentar adequado para os filhos. O presente estudo tem por objetivo avaliar a autoeficácia parental, bem como, analisar as estratégias utilizadas pelos pais para a perda e/ou controle de peso de crianças com excesso de peso. Trata-se de um estudo que segue uma metodologia quantitativa, com desenho de investigação transversal, descritivo e analítico, que se deu por uma pesquisa online, através do Google Forms, o qual foram aplicados os seguintes questionários, enviados através de links por aplicativos de mensagens pela própria escola, aos pais de alunos de duas escolas particulares no agreste de Pernambuco: Inquérito sobre práticas para perda de peso, Questionário de Autoeficácia Parental e o Questionário de Frequência Alimentar, além da análise de dados antropométricos (peso e altura) das crianças, no qual participaram do estudo 11 crianças com idade entre 6 e 12 anos e os responsáveis pelas crianças. A partir dos resultados encontrados, verificou-se que crianças com sobrepeso e obesidade se alimentam de forma mais saudável, ingerem mais água e praticam mais atividades físicas que as crianças sem excesso de peso, acredita-se que esse fato se dê pelo alto nível de eficácia dos pais em buscarem a perda de peso de seus filhos. Com base nos resultados obtidos e na relação com a literatura, pode-se afirmar que os pais possuem autoeficácia no que se trata de serem modelos de hábitos alimentares saudáveis.

Palavras-chave: obesidade infantil; percepção parental; alimentação de crianças.

ABSTRACT

Obesity is being identified as one of the biggest public health problems in the world. In childhood, this excess weight has several consequences that can impact the individual throughout life. It is important to prevent excessive weight gain as a child, to avoid chronic non-communicable diseases such as type 2 diabetes and high blood pressure, in addition to psychosocial problems, which are even more harmful at this stage of life. Knowing that family eating habits contribute to the intergenerational transmission of obesity, as children are easily influenced by their parents' eating habits, it is necessary for them to be role models for their children when it comes to that. This study aims to assess parental self-efficacy, as well as to analyze the strategies used by parents to lose and/or control weight in overweight children. This study aims to assess parental self-efficacy, as well as to analyze the strategies used by parents to lose and/or control weight in overweight children. This is a study that follows a quantitative methodology, with a cross-sectional, descriptive and analytical research design, which was carried out through an online survey, through Google Forms, to which the following questionnaires were applied, sent through links by apps messages to parents of private school students by the school itself: Survey on weight loss practices, Parental Self-Efficacy Questionnaire and Food Frequency Questionnaire, in addition to the analysis of anthropometric data of children, in which 11 children aged participated in the study between 6 and 12 years old and 11 responsible for the children. From the results found, it was discovered that children who are overweight and have obesity eat healthier, drink more water and practice more physical activities than children without excess weight. It is believed that this fact is due to the high level of parents' awareness in seeking to have their childrens lose weight. Based on the results obtained and on the relationship with the literature, it can be said that parents are self-aware in terms of healthy eating habits.

Keywords: childhood obesity; parental perception; feeding children.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Tabela de classificação antropométrica para meninos de 5 a 19 anos.	21
Figura 2. Tabela de classificação antropométrica para meninas de 5 a 19 anos.	21
Figura 3. Porcentagem de excesso de peso de crianças de 5 a 9 anos por cada estado do Brasil.	23
Figura 4. Porcentagem de obesidade de crianças de 5 a 9 anos por cada estado do Brasil	24
Figura 5. Pontos de corte IMC para idade para crianças de 5 a 10 anos.	32
Figura 6. Pontos de corte IMC para idade para adolescentes.	32
Figura 7. Quantidade de crianças por idade e sexo de escolas particulares de um município em PE.	36
Figura 8. Avaliação do estado nutricional de crianças de escolas particulares de um município em PE.	37
Figura 9. Tentativa atual de perda de peso de crianças de escolas particulares de um município em PE.	38
Figura 10. Métodos utilizados pelos para a perda de peso de crianças de escolas particulares de um município em PE.	39
Figura 11. Determinantes da decisão de perda de peso dos filhos estudantes de escolas particulares de um município do agreste de Pernambuco.	40
Figura 12. Métodos utilizados pelos pais para controle de peso de crianças de escolas particulares de um município em PE.	40
Figura 13. Alimentos mais limitados pelos pais de crianças de escolas particulares de um município em PE.	41
Figura 14. Autoeficácia parental de pais de crianças de escolas particulares de um município em PE.	42
Figura 15. Gráfico da frequência do consumo de frutas de crianças com e sem excesso de peso de escolas particulares de um município em PE.	43
Figura 16. Gráfico da frequência do consumo de hortaliças de crianças com e sem excesso de peso de escolas particulares de um município em PE.	43
Figura 17. Gráfico da frequência do consumo de pães e cereais de crianças com e sem excesso de peso de escolas particulares de um município em PE.	44

- Figura 18.** Gráfico da frequência do consumo de feijão e leguminosas de crianças com e sem excesso de peso de escolas particulares de um município em PE. 44
- Figura 19.** Gráfico da frequência do consumo de carnes e ovos de crianças com e sem excesso de peso de escolas particulares de um município em PE. 45
- Figura 20.** Gráfico da frequência do consumo de refrigerante de crianças com e sem excesso de peso de escolas particulares de um município em PE. 45
- Figura 21.** Gráfico da frequência do consumo de doces em geral de crianças com e sem excesso de peso de escolas particulares de um município em PE. 46
- Figura 22.** Gráfico da frequência do consumo de gorduras e frituras de crianças com e sem excesso de peso de escolas particulares de um município em PE. 46

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1.** Relação entre estado nutricional e sexo de crianças de escolas particulares de um município em PE. 37
- Quadro 2.** Quantidade de refeições feitas pelas crianças com e sem excesso de peso de escolas particulares de um município em PE. 47
- Quadro 3.** Consumo de água por dia de crianças com e sem excesso de peso de escolas particulares de um município em PE. 47
- Quadro 4.** Alimentação em frente à TV das crianças com e sem excesso de escolas particulares de um município em PE. 47
- Quadro 5.** Prática de atividade física entre crianças com e sem excesso de peso de escolas particulares de um município em PE. 48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial da Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo Geral.....	18
2.2 Objetivos Específicos	18
3 JUSTIFICATIVA	19
4 REVISÃO DA LITERATURA	20
4.1 Obesidade infantil	20
4.2 Percepção parental da obesidade infantil	25
4.3 Alimentação em casa e influência dos pais	27
4.4 Relação da atividade física com a obesidade infantil	28
4.5 Repercussões da pandemia nas crianças	29
5 MATERIAL E MÉTODOS	31
5.1 Desenho da Pesquisa (tipo de estudo):	31
5.2 Local da pesquisa	31
5.3 Amostra.....	31
5.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	31
5.4.1 Critérios de inclusão	31
5.4.2 Critérios de exclusão	31
5.5 Recrutamento e Avaliação Antropométrica dos Participantes	31
5.6 Questionários	33
5.6.1 Questionário NoHow Weight Management Survey (2016) para pais de crianças com excesso de peso adaptado por Gonçalves, Trovisqueira, & Arriscado, 2019)....	33
5.6.2 Questionário PDAP- Parental Self- Efficacy for Healthy Dietary and Physical Activity Behaviors in Preschoolers Scale adaptado para idade escolar (Bohman et al., 2016, versão portuguesa de Gonçalves & Arriscado, 2019).....	33
5.6.4 Questionário de História Alimentar	34
6 RESULTADOS	35
7 DISCUSSÃO	49
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	54

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

59

ANEXO A - QUESTIONÁRIO INQUÉRITO SOBRE PRÁTICAS PARA PERDA DE PESO - *NOHOWWEIGHT MANAGEMENT SURVEY* (ADAPTAÇÃO PARA PAIS DE CRIANÇAS)

61

ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE AUTOEFICÁCIA PARENTAL - PDAP: QUESTIONÁRIO DE AUTOEFICÁCIA PARENTAL (ADAPTAÇÃO PARA IDADE ESCOLAR)

69

ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE HISTÓRIA ALIMENTAR

71

1 INTRODUÇÃO

A globalização, o crescimento da indústria alimentícia e o avanço tecnológico propiciaram uma transição nutricional contribuindo para que as crianças consumam alimentos com excesso de sódio, açúcar simples e gordura, contidos em grande quantidade em alimentos industrializados. Essa alta ingestão calórica, associada à diminuição de atividades físicas praticadas por essas crianças é determinante para o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dentre elas, a obesidade (ANGOORANI et al, 2018)

Nos últimos 50 anos a prevalência de obesidade aumentou mundialmente, sendo considerada uma pandemia. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define obesidade como acúmulo de gordura excessiva que pode causar danos à saúde, sendo diagnosticada com IMC $>30\text{kg/m}^2$ (BLÜHER, 2019).

No Brasil, a prevalência de excesso de peso em crianças chega a alcançar 25,5%, sendo 17% delas com sobrepeso e 11,6% com obesidade (SIMÕES, et al. 2018).

De acordo com a OMS, a obesidade está sendo apontada como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. Tem-se a projeção de que em 2025, haja cerca de 2,3 bilhões de adultos com sobrepeso; e mais de 700 milhões com obesidade. Entre as crianças com sobrepeso e obesidade o número poderá chegar a 75 milhões no mundo se nada for feito (ABESO, 2019).

Tendo como base valores aproximados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (2008 - 2009), na região Nordeste a prevalência de excesso de peso em crianças de 5 a 9 anos é 28,15%, e de crianças com idades entre 10 e 19 anos é de 16,6% (ABESO, 2019).

Em 2015, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, analisou resultados que indicaram comportamentos distintos entre os estudantes de 13 a 17 anos segundo o sexo. Embora uma maior proporção de meninas tenha declarado insatisfação ou muita insatisfação em relação ao próprio corpo 25,7% e um maior consumo de guloseimas 46,3%, somente 11,6% delas puderam ser consideradas fisicamente ativas; enquanto entre os meninos a insatisfação ou muita insatisfação em relação ao próprio corpo chegou a 12,6%, o consumo de guloseimas foi 34, 9%, e a prática

de atividade física foi consideravelmente maior comparado com as meninas, sendo 27,7% (BRASIL, 2019).

O excesso de peso na infância acarreta várias consequências que podem acompanhar o indivíduo ao longo da vida. Prevenir o ganho de peso excessivo é importante por muitos motivos. Sabe-se que, ter excesso de peso quando criança é fator de risco para excesso de peso na vida adulta, assim como, é fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis como diabetes tipo 2 e hipertensão arterial. Além disso, crianças e adolescentes obesos têm mais problemas psicossociais e menor nível de aprendizado (NCD-RisC, 2017).

O conceito de autoeficácia foi primeiro definido por Bandura em 1977 como a crença que o indivíduo tem sobre sua capacidade de realizar com sucesso determinada atividade. Dessa forma, sua crença pode afetar suas escolhas e o desempenho. Essas crenças determinam como as pessoas se sentem, pensam, se motivam e se comportam. Pesquisas que analisaram a relação entre obesidade e autoeficácia mostraram que pessoas com auto nível de autoeficácia têm a dieta mais saudável, indicando uma correlação negativa entre obesidade e autoeficácia. (DZEWALTOWSKI, 2010).

Como nos primeiros anos de vida a criança depende intensamente dos pais para se alimentar, entende-se, portanto, que a autoeficácia parental diz respeito ao nível em que os pais acreditam nas suas capacidades pessoais para influenciar o comportamento alimentar dos filhos e executar ações no sentido de uma dieta mais saudável (BOHMAN; RASMUSSEN; GHADERI, 2016; MAIBACH; MURPHY, 1995).

Sabe-se também que os estilos de alimentação familiar contribuem para a transmissão intergeracional de obesidade. O estilo de alimentação parental tem efeitos sobre a obesidade infantil porque as crianças são facilmente influenciadas pelos estilos de alimentação dos pais, por meio do aprendizado social e o estilo de vida da família que molda os hábitos alimentares da criança (WARDLE, 2001).

Estratégias adotadas pelos pais para o controle de peso dos filhos interferem no comportamento das crianças com relação à alimentação. Um estudo sugere que a restrição parental de alimentos com alto teor de gordura está relacionada à melhoria da qualidade das dietas das crianças e, sucessivamente, reduzindo a probabilidade do desenvolvimento do excesso de peso (WARDLE, 2001).

Porém, alguns autores argumentam que, quando pais mantêm uma atitude restritiva com os filhos em relação a alimentos considerados “não saudáveis”, esses alimentos se tornam mais atrativos para as crianças (ALTAN; BEKTAS, 2017).

No estudo de Mayer (2011) foi encontrada diferença significativa na prática de restrição para controle de peso segundo o IMC da criança. As crianças com peso normal relataram menos práticas restritivas que as crianças obesas.

Crianças que seguem seus sinais internos aprendem a se alimentar adequadamente de acordo com a vontade de comer e a fome ou plenitude fisiológica e dessa forma pode-se dizer que elas desenvolveram autoeficácia nutricional (ALTAN; BEKTAS, 2017).

No que diz respeito à atividade física, quando os pais consideram a atividade física benéfica, eles tendem a adotar elogios e comportamento de apoio em relação a atividade física das crianças. Então, por meio do encorajamento, facilitação e modelagem, os pais estimulam a atividade física dos filhos (WHEELER, 2012). As mães e os pais servem de bons modelos e incentivam efetivamente a participação das crianças em atividades físicas (LAGOA, 2017).

Considerando todos os aspectos até aqui citados, é imprescindível o conhecimento dos pais acerca da obesidade infantil, visto que eles desempenham um papel importante no desenvolvimento e cuidado no excesso de peso de seus filhos. Assim, considera-se de extrema importância trabalhos dessa natureza, os quais visam identificar a percepção dos pais diante da obesidade infantil, e as estratégias que eles utilizam para controlar o peso das crianças, além de ter grande relevância no âmbito científico. Dessa forma, esses estudos poderão contribuir com propostas de orientação e educação nutricional para o controle eficiente do peso das crianças.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar a autoeficácia parental e as estratégias de perda/controle de peso em crianças com excesso de peso em escolas particulares em um município do agreste de Pernambuco.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a população do estudo quanto às variáveis sociodemográficas e estilo de vida;
- Identificar as estratégias de controle e/ou perda de peso utilizadas pelos pais de crianças com excesso de peso/obesidade;
- Classificar o estado nutricional das crianças estudadas.
- Analisar a autoeficácia parental relativa à perda de peso e à promoção de estilos de vida saudáveis;
- Avaliar o comportamento alimentar das crianças com excesso de peso;

3 JUSTIFICATIVA

Tendo por base o exposto, percebe-se a importância em se pesquisar sobre a influência parental no controle de peso de crianças com excesso de peso devido à escassez de informações acerca do assunto. A partir dos resultados obtidos será possível elaborar estratégias de Educação Alimentar e Nutricional tanto para os pais como para os filhos.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo será abordado a prevalência da obesidade infantil, a percepção parental da obesidade, alimentação em casa e influências dos pais, relação da atividade física com a obesidade infantil, além das repercussões da pandemia nas crianças.

4.1 Obesidade infantil

Segundo a OMS (2021), sobrepeso e obesidade são definidos como o acúmulo anormal ou excessivo de gordura, que pode prejudicar a saúde. Sendo identificados e classificados pelo índice de massa corporal (IMC), o qual se calcula o peso de uma pessoa em quilogramas dividido pelo quadrado de sua altura em metros (kg/m^2).

Para crianças entre 5 e 19 anos o sobrepeso e obesidade é identificado a partir dos parâmetros descritos nos gráficos de crescimento da OMS, diferente para meninos e meninas: é diagnosticado sobrepeso, quando no gráfico de IMC para a idade tem um desvio padrão maior que 1 acima da mediana de Referência de Crescimento da OMS, e obesidade quando o desvio padrão é maior que 2 (como mostrado nas figuras 1 e 2) (OMS, 2021).

Figura 1. Tabela de classificação antropométrica para meninos de 5 a 19 anos.

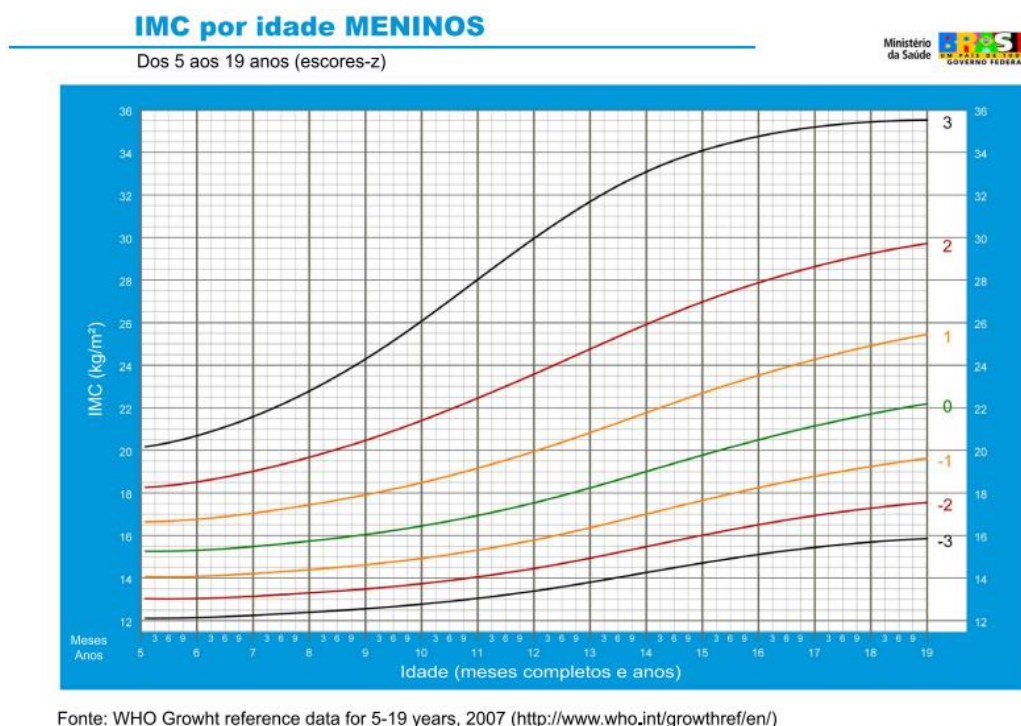
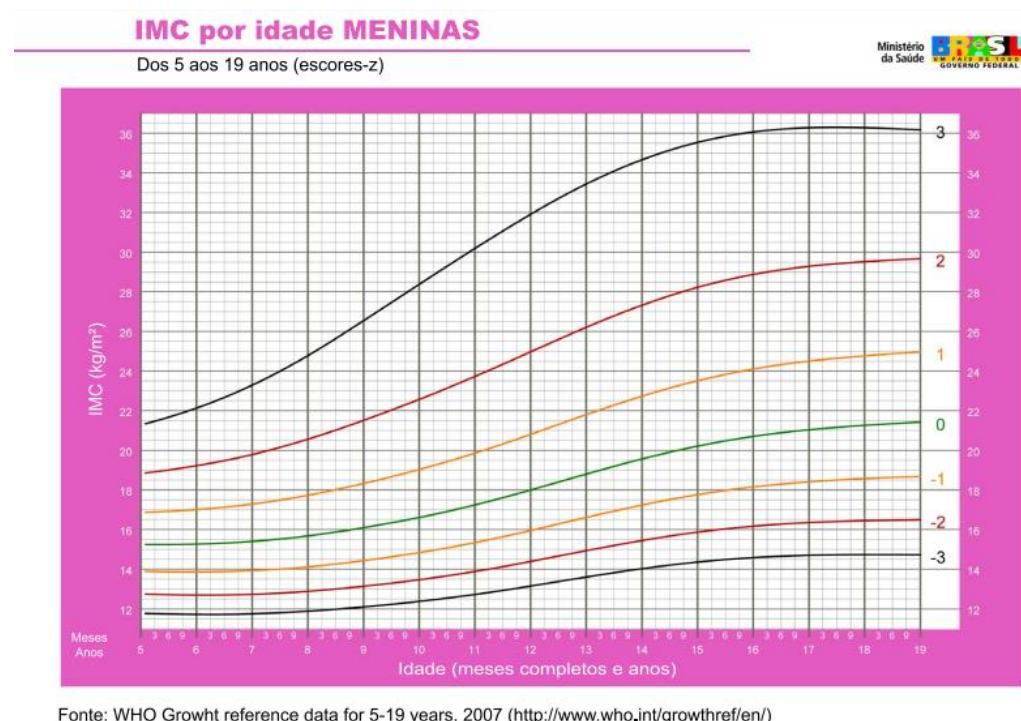


Figura 2. Tabela de classificação antropométrica para meninas de 5 a 19 anos.



“[...] antes considerados um problema de país de alta renda, o sobrepeso e a obesidade estão agora aumentando em países de baixa e média renda, especialmente em áreas urbanas. [...] Mais de 340 milhões de crianças e adolescentes de 5 a 19 anos estavam com sobrepeso ou obesos em 2016. A prevalência de sobrepeso e obesidade entre crianças e adolescentes de 5

a 19 anos aumentou dramaticamente de apenas 4% em 1975 para pouco mais de 18% em 2016. O aumento ocorreu de forma semelhante entre meninos e meninas: em 2016 18% de meninas e 19 % dos meninos estavam acima do peso. Enquanto pouco menos de 1% das crianças e adolescentes de 5 a 19 anos eram obesos em 1975, mais 124 milhões de crianças e adolescentes (6% das meninas e 8% dos meninos) eram obesos em 2016. ” (OMS, 2021)

A obesidade infantil pode ser iniciada em qualquer fase da infância, podendo ter como predisposição o desmame precoce, a ingestão inadequada de alimentos, distúrbios comportamentais relacionados à alimentação e relacionamento familiar (LACERDA, 2014; FERREIRA, 2020).

Com o passar dos anos, observou-se um maior nível de sedentarismo entre as crianças, devido ao estímulo provocado pelos avanços tecnológicos, conexão direta com a falta de atividade física e o período gasto em frente às telas, no qual poderiam estar se movimentando, brincando na rua, andando de bicicleta, caminhando, estão em frente a TV e celulares, justificando, assim, um fator ambiental da obesidade (LACERDA, 2014; FERREIRA, 2020).

No Brasil, 29,3% das crianças entre 5 a 9 anos tem excesso de peso, dentre esse valor 16,1% está com sobrepeso, o que confere 670,9 mil crianças, 8,4% (352,8 mil) com obesidade e 4,8% (200 mil) com obesidade grave. Das 186.369 crianças avaliadas, 73% consumiram frutas, 63% consumiram verduras e legumes, 63% tinham o hábito de fazer refeições em frente à TV, 68% consumiam bebidas açucaradas, 52% consumiam macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados e 62% tinha o hábito de consumir biscoitos recheados doces ou guloseimas (BRASIL, 2019).

No atlas da obesidade, é possível observar a porcentagem de excesso de peso e obesidade de crianças de 5 a 9 anos por cada estado brasileiro (Figuras 3 e 4, respectivamente), no qual podemos observar Pernambuco no sétimo lugar com mais crianças com excesso de peso e em terceiro, dividindo a posição com Rio Grande do Norte com mais crianças com obesidade (BRASIL, 2019).

Figura 3. Porcentagem de excesso de peso de crianças de 5 a 9 anos por cada estado do Brasil.



Fonte: Atlas da obesidade, 2019

Figura 4. Porcentagem de obesidade de crianças de 5 a 9 anos por cada estado do Brasil



Fonte: Atlas da obesidade, 2019

Com esse crescimento da obesidade, observa-se o aparecimento de doenças antes não vistas, com frequência, em crianças e adolescentes, as DCNT, como diabetes melittus tipo 2, esteatose hepática e problemas ortopédicos, assim como o risco aumentado para complicações cardiovasculares, tais como aumento da pressão arterial, dislipidemia, aterosclerose e doença coronariana, resultando numa menor expectativa de vida. As principais repercussões da obesidade na faixa etária pediátrica, em curto prazo, ocorrem no âmbito psicossocial, como autoestima baixa, sintomas depressivos, maior exposição a discriminações e provocações como

bullying e comprometimento da qualidade de vida relacionada à saúde (NASCIMENTO et al, 2015).

Ademais, a Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO) aponta outras doenças, como insuficiência coronária, arteriosclerose, osteomusculares, respiratórias, dermatológicas, dislipidemia e endócrino-metabólica, hipercolesterolemia, a apneia do sono, os problemas psicossociais, as doenças ortopédicas além de diversos tipos de câncer associados às complicações relacionadas à obesidade (SILVA; BERNARDES, 2018).

De acordo com Jardim e Souza (2017), as crianças obesas apresentam maiores dificuldades motoras, e probabilidade de desenvolver distúrbios alimentares durante a adolescência devido a ânsia de emagrecer, apresentando também um risco aumentado de se tornarem possíveis adultos obesos. As mesmas podem apresentar certo grau de comprometimento físico devido às alterações musculoesqueléticas, intolerância ao calor, cansaço e falta de ar (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE, 2016).

4.2 Percepção parental da obesidade infantil

Diversos estudos apontam que, a maior parte dos pais tende a subestimar o peso de seus filhos, ou por não terem o conhecimento das curvas que analisam o crescimento ideal das crianças, ou por acreditarem que é normal estar acima do peso, visto que crianças “mais gordinhas” são consideradas mais saudáveis, ou, ainda, por pensarem que ao crescer, o peso das crianças se tornará adequado (TENORIO; COBAYASHI, 2011).

Tenório e Cobayashi (2011), ainda afirmam que o peso de meninas é percebido de forma mais correta pelos pais do que o de meninos, o que seria explicado pela maior atenção que a sociedade dá à imagem corporal feminina.

Reforçando, em uma pesquisa com crianças e adolescentes, pôde-se presumir que a maior parte dos pais, 60%, não tiveram a percepção do excesso de peso de seus filhos na identificação do IMC através de figuras. Essa visão distorcida

carrega uma dificuldade em promover alterações do estilo de vida, que busquem melhora na saúde dessas crianças (MARQUES DE SÁ, 2018).

Em contrapartida, alguns estudos demonstram uma maior conscientização dos pais sobre o peso real de seus filhos. Em sua maioria são mães, quando essas têm sobrepeso possuindo maior preocupação com o peso futuro de seus filhos, mesmo quando esses são eutróficos. Além disso, pais com sobrepeso ou com a percepção de que o peso de seu filho é um problema de saúde, apresentam maior iniciativa em adotar mudanças para ajudar os filhos. Para esses pais, o estado nutricional dos filhos pode trazer preocupações com a saúde, o comportamento, o bem-estar e o desempenho escolar das crianças. (NASCIMENTO et al, 2015)

Um estudo mais atual com mães demonstrou a capacidade dessas, em identificar o excesso de peso nos filhos menores de 5 anos, bem como o reconhecimento de consequências maléficas que esse excesso traz (BARBOSA, et al, 2018).

Vários estudos ressaltam o efeito negativo na percepção de bem-estar tanto na dimensão física quanto psicossocial de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade, mencionada pelas próprias crianças ou pelos seus responsáveis. Nessa situação, a percepção dos cuidadores representa uma alternativa muito válida para a avaliação da qualidade de vida de crianças e adolescentes (NASCIMENTO et al, 2015). De acordo com Gerards (2014), Robinson e Sutin (2018), é considerada como um pré-requisito importante para combater a obesidade infantil, a identificação dos pais de que seus filhos estão com excesso de peso (PAS et al 2019).

Pais que conseguem detectar que seu filho está acima do peso, têm maior propensão a procurar ajuda no sistema de saúde para reverter o caso, comparado com aqueles que veem como natural o excesso de peso infantil (GOMES; BACKES, 2018).

Ademais, para o tratamento dessas crianças e adolescentes, a conduta dos pais possui grande relevância, já que na primeira infância os pais são modelos para os filhos. Devido a isso, os pais, muitas vezes, são alvo de intervenções preventivas de saúde pública, os quais visam a melhora da alimentação das crianças, uma vez

que, sabe-se que, a prevenção é considerada a medida mais eficiente para o controle da obesidade infantil (NASCIMENTO et al, 2015).

Dessa maneira, evitando estilos de vida sedentários e maiores problemas para as crianças, torna-se indispensável atentar-se aos comportamentos do estilo de vida e status do peso dos pais. Como menciona Nascimento (2015), programas de prevenção e tratamento da obesidade infantil que se baseiam no comportamento da família estão entre os mais eficazes e, por isso, têm colocado o envolvimento dos pais como a chave para o sucesso das políticas de saúde voltadas para crianças e adolescentes.

4.3 Alimentação em casa e influência dos pais

O âmbito familiar é responsável por influenciar e desempenhar um papel importante no desenvolvimento de hábitos e preferências alimentares. A correta disponibilização de alimento saudável às crianças é de responsabilidade dos pais, devendo ser modelos nas condutas alimentares (GOMES; BACKES, 2018).

O aleitamento materno e a introdução dos alimentos complementares após os seis meses de vida são o início da formação do comportamento alimentar, os hábitos alimentares familiares e as condições socioeconômicas exercem papel fundamental nessa formação. Com o tempo o comportamento vai se modificando de acordo com o resultado da interação entre fatores genéticos e ambientais (DANTAS, 2019).

Conforme comenta Dantas (2019), deve vir dos pais o estímulo para que a criança coma com moderação, levando-a a associar o início de uma refeição à sensação de fome e o término da refeição à sensação de saciedade. Jamais, o alimento deve ser usado como objeto de recompensa e bom comportamento. As refeições devem ser um momento que traz prazer, sendo uma oportunidade de se ofertar o novo, principalmente, quando criança, uma ótima fase para se adquirir novos hábitos alimentares (GOMES; BACKES, 2018).

Estudos demonstram que, quando intervenções envolvem a família, as taxas de sucesso são melhores quando comparadas à utilização do tratamento convencional, o qual visa a orientação alimentar e de atividade física voltado apenas

para a criança. Nota-se que o ambiente familiar tem um impacto significativo no desenvolvimento do comportamento alimentar. Sendo assim, é dever dos genitores serem modelos do comportamento alimentar adequado para as crianças, eles precisam ser os primeiros aliados nas ações preventivas ou intervencionistas, porque é na família que se origina o padrão dietético que pode durar toda a vida (DANTAS, 2019).

Silva et al (2019) em seu estudo, concluíram que os maiores influenciadores do excesso de peso dos filhos, são os pais, visto que, eles são os principais formadores de hábitos alimentares de seus filhos. Foi observado, também, que pais com IMC alto, têm filhos com peso elevado, o que seria explicado pela alimentação inadequada, proporcionada pelos mesmos. A falta de educação nutricional é uma das dificuldades que os pais enfrentam, a qual não é explicada ou orientada em nenhum momento de sua vida, o que torna um problema intergeracional.

Portanto, o consumo alimentar e o estado nutricional das crianças estão diretamente relacionados aos de seus cuidadores. Observa-se que práticas de controle da alimentação da criança, como pressão para comer e restrição, estão associadas à percepção que os cuidadores têm na situação do estado nutricional da criança, no entanto essas práticas podem causar, a longo prazo, um prejuízo no desenvolvimento do comportamento alimentar da criança (SILVA; ALMEIDA; BRAGA COSTA, 2021).

4.4 Relação da atividade física com a obesidade infantil

Os tipos de entretenimento das crianças, atualmente, são gastar a maior parte de seu tempo em jogos de internet, na frente de computadores, celulares e assistindo televisão, todos sendo comportamentos sedentários. Atividades sedentárias, desse gênero, em crescimento, relacionado ao menor gasto diário de energia, causa um desequilíbrio energético, resultando no acúmulo de gordura e consequentemente no excesso de peso (ANGOORANI et al, 2018).

Foi identificado que, quando há um maior tempo de tela das crianças, há, também, um tempo elevado de tela dos pais, havendo uma baixa autoeficácia dos pais para limitar o tempo de tela infantil (GONÇALVES, 2019).

Gonçalves (2019), também destaca no resultado de sua pesquisa que, as práticas de atividade física das crianças no final de semana, foram positivamente associadas às práticas de suporte parental nessas atividades.

Estudos indicam que, um importante papel na prevenção de obesidade entre crianças, é a atividade física diária, enquanto um estilo de vida sedentário é fator de risco aumentado para obesidade e doenças relacionadas (MAKABE, 2015; ANGOORANI, 2018). Ao citar os comportamentos saudáveis dos filhos, como atividade física, e hábito alimentar, os pais possuem papel essencial, atuando como modelos (PYPER, 2016; ANGOORANI, 2018).

4.5 Repercussões da pandemia nas crianças

Embora as crianças não sejam afetadas pelas formas mais graves da COVID-19, como acontece nos adultos, a pandemia trouxe vulnerabilidade à saúde mental delas. O isolamento, não frequentar a escola, a falta de contato com os colegas, dificuldade financeira dos pais, o tédio, são estressores que podem trazer impactos psicológicos para os mais jovens (LINHARES; ENUMO, 2020).

Além disso, com todos os efeitos da pandemia nos adultos, os mesmos tiveram que demandar maior atenção aos filhos que passaram a ficar a maior parte do tempo em casa, tendo que, sobretudo, preparar as refeições para os pequenos ou pedir alimentos por aplicativos de entrega. Sendo assim, o consumo de alimentos ultraprocessados cresceu, pela praticidade, diante do cansaço e toda correria do dia (MURAD, et al, 2020).

Sabendo que a alimentação contribui intrinsecamente para o desenvolvimento intelectual, crescimento adequado, prevenindo doenças e comorbidades, é imprescindível a atenção na alimentação das crianças, visando a qualidade, variedade, quantidade e frequência das refeições (COSTA, et al 2012).

Visando atenuar o problema da ociosidade das crianças, planejar o dia e mantê-lo o mais próximo possível da rotina habitual pode ser um fator protetivo contra o surgimento de sintomas relacionados à ansiedade e ao estresse. Ter um horário para acordar, fazer as refeições e dormir, assim como para realizar as diversas atividades, contribui para a organização do dia e também pode ser um

aliado na promoção de bem-estar, além de ajudar nas tarefas simples de casa, destinando, também, um tempo para o lazer, jogos e brincadeiras (FIOCRUZ, 2020).

Focando na alimentação, a organização dos adultos se faz necessária, pois há uma sobrecarga na mulher, que fica responsável pela comida e afazeres de casa. Quando as tarefas são divididas, torna-se mais fácil a preparação de uma alimentação mais adequada (FAUSTINO, 2021).

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Desenho da Pesquisa (tipo de estudo):

O presente estudo segue uma metodologia quantitativa, com desenho de investigação transversal, descritivo e analítico. Este projeto foi aprovado e aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE: 30803920.9.0000.5208).

5.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada através do Google Forms.

5.3 Amostra

A amostra do estudo foi por conveniência em que se estimava participação de aproximadamente 280 alunos e 280 pais de alunos de duas escolas particulares de Gravatá em Pernambuco. Esperava-se que do número total de pais que participaram, pelo menos 50% respondessem os questionários. Tais números foram considerados antes da pandemia, entretanto, devido às consequências da mesma, a adesão dos pais para responder foi menor que o esperado, obtendo um total de 12 respostas.

5.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

5.4.1 Critérios de inclusão

Crianças de 6 a 12 anos com excesso de peso, de ambos os sexos, regularmente matriculados.

5.4.2 Critérios de exclusão

Crianças com problemas de mobilidade ou incapacidade cognitiva.

5.5 Recrutamento e Avaliação Antropométrica dos Participantes

Os questionários foram enviados por meio de um link pela própria escola através de aplicativos de mensagens, o qual direcionou os participantes a uma

página onde houve acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A). Após a leitura e concordância do termo, os pais responderam os questionários que, automaticamente, foram devolvidos aos pesquisadores ao final de suas respostas, por meio da própria plataforma. Os dados antropométricos, peso e altura, foram referidos pelos pais. Para determinar o estado nutricional foram utilizados os parâmetros da OMS, de IMC para idade, aplicando na tabela de pontos de corte (figura 5 e 6).

Figura 5. Pontos de corte IMC para idade para crianças de 5 a 10 anos.

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 85	> Escore-z -2 e ≤ Escore-z +1	Eutrofia
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	Sobrepeso
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Obesidade
> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade grave

Fonte: OMS, 2006; OMS, 2007

Figura 6. Pontos de corte IMC para idade para adolescentes.

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
> Percentil 3 e < Percentil 85	≥ Escore-z -2 e ≤ Escore-z +1	Eutrofia
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	≥ Escore-z +1 e < Escore-z +2	Sobrepeso
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	≥ Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Obesidade
> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade grave

Fonte: OMS, 2006; OMS, 2007

5.6 Questionários

5.6.1 *Questionário NoHow Weight Management Survey (2016) para pais de crianças com excesso de peso adaptado por Gonçalves, Trovisqueira, & Arriscado, 2019).*

O questionário original é direcionado para adultos e está incluído em um projeto científico financiado pela União Europeia, cujo principal objetivo é compreender como as pessoas mudam o seu comportamento com intuito de manter o peso. O questionário foi adaptado por Gonçalves, Trovisqueira, & Arriscado com o propósito de adequar as questões de forma que os pais possam responder em relação às estratégias e comportamentos para controle de peso das crianças com excesso de peso. Devido ao momento atual vivenciado, foi necessário a readaptação deste questionário, além da reorganização na quantidade de questões, a linguagem também foi alterada para melhor compreensão (ANEXO A). O mesmo trata-se, portanto, de um instrumento de autorrelato parental que avalia as estratégias utilizadas pelos pais para ajudar as crianças com excesso de peso a perder ou controlar o peso e a sua percepção de sucesso. Sendo composto, nesta pesquisa, por 10 questões sociodemográficas (por exemplo, sexo, idade, ocupação) e antropométricas (por exemplo, peso, altura), a segunda parte com 15 questões, as quais foram respondidas pelos pais que viam os filhos com problemas de peso e que já tinham realizado tentativas prévias de perda de peso.

5.6.2 *Questionário PDAP- Parental Self- Efficacy for Healthy Dietary and Physical Activity Behaviors in Preschoolers Scale adaptado para idade escolar (Bohman et al., 2016, versão portuguesa de Gonçalves & Arriscado, 2019).*

Este instrumento avalia a percepção de autoeficácia parental no contexto alimentar e de atividade física de crianças dos 6 aos 12 anos (ANEXO B). Alterações foram feitas, excluindo questões, devido ao formato em que o questionário foi apresentado. O qual, é constituído por 5 itens e estes são distribuídos em questões para promoção de comportamentos alimentares saudáveis nas crianças, para impedir comportamentos alimentares não saudáveis nas crianças e para impedir comportamentos sedentários. Todos os itens são classificados em “sim”, “não” e “talvez”. E, quanto mais respostas “sim”, maior o nível de autoeficácia.

5.6.4 Questionário de História Alimentar

O presente questionário possui caráter específico para a nutrição e alimentação da criança. É constituído por 8 questões de frequência alimentar, dividido pelos grupos alimentares (frutas, leguminosas, por exemplo), no qual há 3 alternativas baseadas na quantidade de vezes que um grupo é consumido pelas crianças: “consome uma ou mais vezes por dia”, “uma a quatro vezes por semana” e “raramente”. Em seguida há 4 questões que abordam a quantidade de refeições e água que a criança consome por dia, o local em que as refeições são feitas e a frequência de atividade física (ANEXO C).

6 RESULTADOS

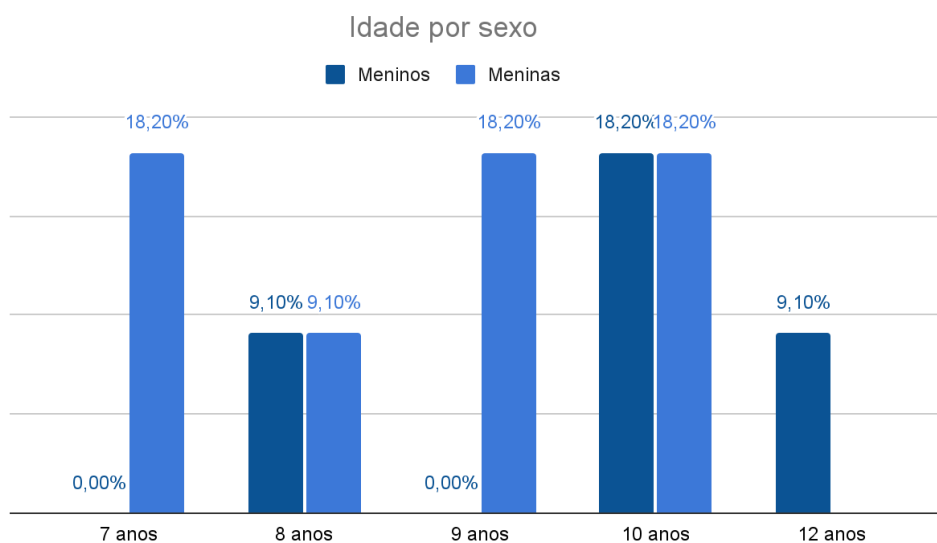
Em função da pandemia do novo coronavírus, vivenciada no último ano (2020), o presente estudo que, a princípio, seria executado de forma presencial, passou a ser remoto. As novas experiências vividas pelos pais, como as aulas e o trabalho remotos, trouxeram alterações em toda rotina familiar, ficando mais cansativa, estressante e cada vez mais difícil. Diante disso, a pesquisa no formato virtual, sendo mais um afazer em frente às telas, desencorajou os participantes.

Inicialmente, previa-se uma amostra de 280 famílias considerando um retorno de 50% dos questionários aplicados. Entretanto, o número de matriculados foi menor no ano de 2021 totalizando 210 alunos. Como foi aplicado no modo virtual, já se esperava que esse número não fosse atingido. Consequentemente, com a pesquisa foram obtidos resultados preliminares, que não podem ser extrapolados para a população, no entanto, pode-se extrair informações relevantes, como um estudo piloto.

O questionário foi encaminhado via aplicativos de mensagens pela escola, e apenas 12 questionários retornaram, porém 1 foi invalidado, pois a resposta referente ao peso foi omitida, dos 11 que restaram, 90,9% destes foram as mães que responderam e 9,1% foi a irmã quem respondeu. A idade delas variou de 23 anos a 50 anos, numa média de 38,5 anos. Em relação à escolaridade, uma pessoa não referiu, totalizando 10 respostas, das quais 70% referiram possuir ensino médio completo, 10% possuem ensino superior completo e 20%, pós graduação. Ao serem questionados sobre a ocupação, um participante também não referiu, do total de 10, 60% trabalha por conta própria, 20% trabalha para alguém por mais de 30 horas por semana, e 20% trabalha para alguém por menos de 30 horas por semana.

No total participaram 11 crianças, sendo 4 meninos (36,4%) e 7 meninas (63,6%), a idade mínima foi de 6 anos e a máxima de 12 anos, com uma média de 9,09 anos. Na figura a seguir, pode-se visualizar o número de crianças por idade.

Figura 7. Quantidade de crianças por idade e sexo de escolas particulares de um município em PE.



Fonte: A Autora, 2021.

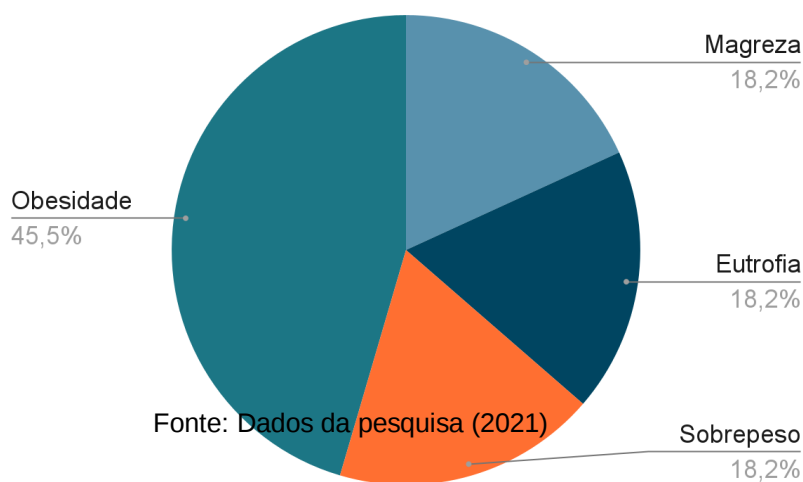
Do total, 2 crianças tinham 7 anos (18,2%), 2 tinham 8 anos (18,2%), 2 tinham 9 anos (18,2%), 4 tinham 10 anos (36,4%) e 1 tinha 12 anos (9,1%). Sobre a escolaridade das crianças 9,1% está no 1º ano do ensino fundamental I, 9,1% está no 2º ano, 18,2% no 3º ano, 27,3% no 4º ano, 27,3% no 5º ano e 9,1% no 7º ano do ensino fundamental II.

Na avaliação antropométrica referida pelos pais e responsáveis, verificou-se um peso mínimo de 26kg e um peso máximo de 70 kg, com uma média de 41,66 kg. A estatura mínima foi de 1,10m e a máxima foi de 1,68m, com uma média de 1,43m.

Ao serem questionados se a criança possui algum problema com o peso 55,5% dos pais relataram que não e 45,4% afirmaram que sim, porém ao analisar os dados, foi observado que o número de crianças com problemas com o peso foi maior.

A partir da interpretação dos dados antropométricos, através do IMC, foram diagnosticadas crianças com baixo peso, eutróficas, com sobrepeso e obesidade, como pode ser observado na figura 8.

Figura 8. Avaliação do estado nutricional de crianças de escolas particulares de um município em PE.



Fonte: A autora, 2021

Quadro 1. Relação entre estado nutricional e sexo de crianças de escolas particulares de um município em PE.

Sexo	Estado nutricional				
	Magreza	Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade	Total
M	2 (18,2%)	0 (0,0%)	0(0,0%)	2 (18,2%)	4 (36,4%)
F	0 (0,0%)	2 (18,2%)	2 (18,2%)	3 (27,2%)	7 (63,6%)
Total	2 (18,2%)	2 (18,2%)	2 (18,2%)	5 (45,4%)	11 (100%)

Fonte: A autora, 2021.

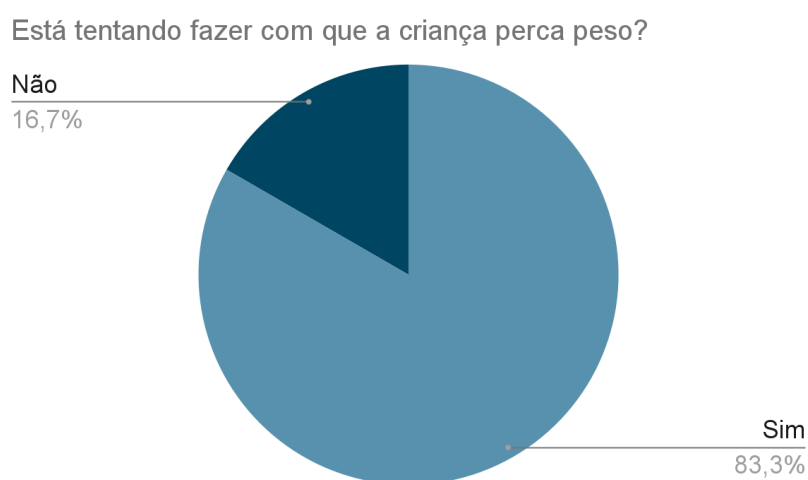
A maioria das respostas em relação a problemas com o peso na família foram sim (70%), e os indivíduos familiares com problemas com peso foram mencionados como sendo, pai, mãe, avós, tios e primos.

As questões relacionadas às estratégias e comportamentos dos pais para controle de peso das crianças com excesso de peso foram respondidas apenas pelos pais que referiram que as crianças possuíam problemas com peso, deles 87,5% não conseguem controlar o que as crianças comem, 12,5% declararam que

conseguem. Quanto ao desejo de que o filho perca peso 33,3% querem que a criança perca peso, 50% sentem que as crianças devem perder, 16,7% não querem que perca.

Sobre as tentativas dos pais em fazer a crianças perder peso, pode-se analisar os resultados na figura a seguir:

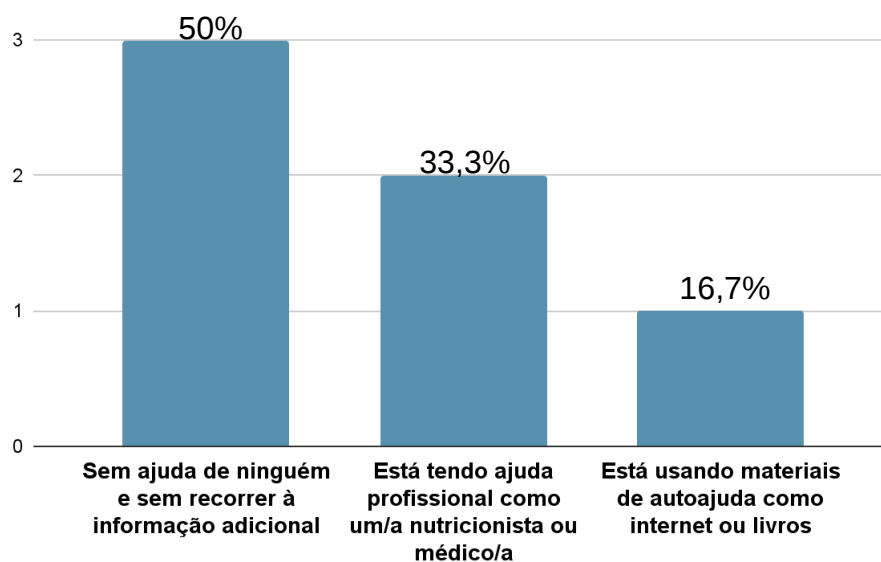
Figura 9. Tentativa atual de perda de peso de crianças de escolas particulares de um município em PE.



Fonte: A autora, 2021.

No que se refere a tentativas anteriores de perda de peso, as respostas foram: sempre está tentando (50%), tentou uma vez (33,3%), tentou três vezes (16,7%). A idade das crianças na primeira tentativa variou de 1 a 8 anos, sendo 1 ano 16,7%, 5 anos 50%, 7 anos 16,7%, 8 anos 16,7%. Dos métodos mais utilizados para a tentativa atual de perda de peso podem ser vistos na figura em seguida:

Figura 10. Métodos utilizados pelos para a perda de peso de crianças de escolas particulares de um município em PE.

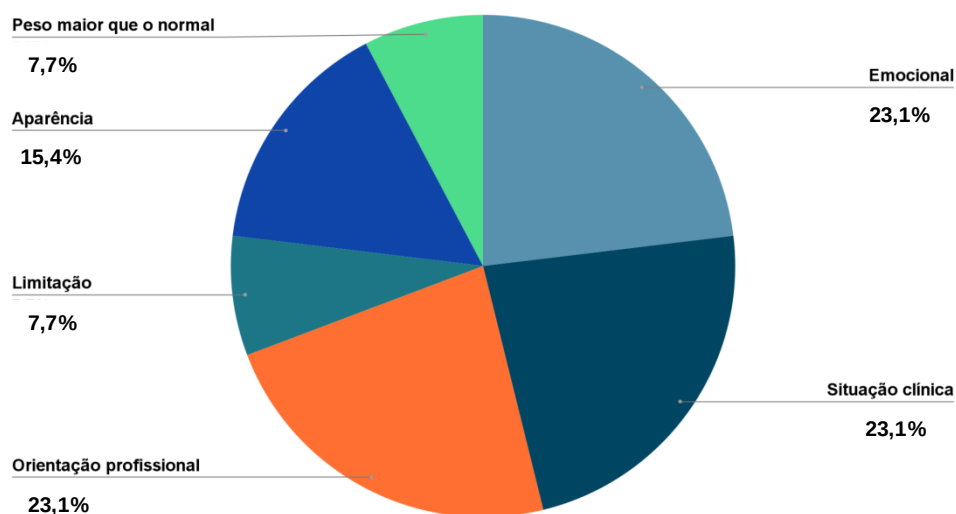


Fonte: A autora, 2021.

Após a tentativa anterior de perda de peso, 50% das crianças recuperaram o peso perdido e 50% não recuperaram.

As situações que determinaram a decisão dos pais em fazer a criança perder peso foram em relação ao emocional (a criança se sentia chateada com seu peso), situação clínica (diagnóstico de diabetes, hipertensão ou outras doenças), orientação de um profissional da saúde, aparência, limitação (o peso impedia de fazer atividades físicas, por exemplo) e atingiu um peso maior que o normal, e podem ser visualizadas na figura 11.

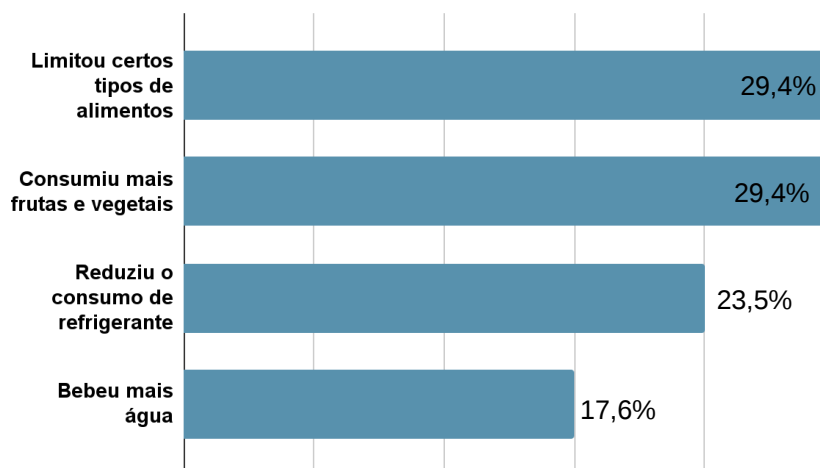
Figura 11. Determinantes da decisão de perda de peso dos filhos estudantes de escolas particulares de um município do agreste de Pernambuco.



Fonte: A autora, 2021.

Como pode ser visto na figura 12, os métodos mais utilizados para controlar o peso foram: limitar certos tipos de alimentos, consumir mais frutas e vegetais, reduzir o consumo de refrigerante e beber mais água.

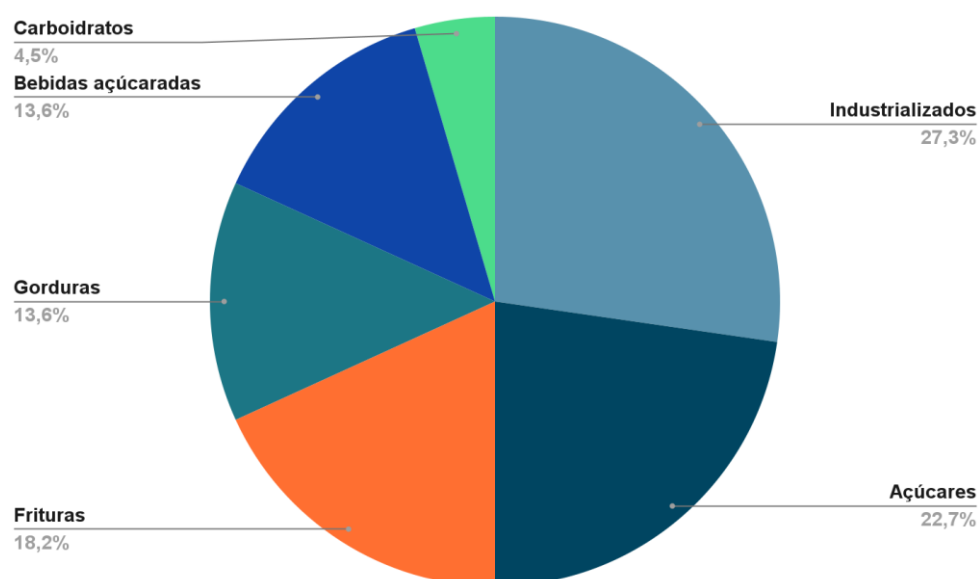
Figura 12. Métodos utilizados pelos pais para controle de peso de crianças de escolas particulares de um município em PE.



Fonte: A autora, 2021

Ao serem questionados sobre quais tipos de alimentos limitou a criança comer, os pais responderam açúcares, industrializados, alimentos fritos, gorduras, bebidas açucaradas e carboidratos, como vistos na figura 13.

Figura 13. Alimentos mais limitados pelos pais de crianças de escolas particulares de um município em PE.



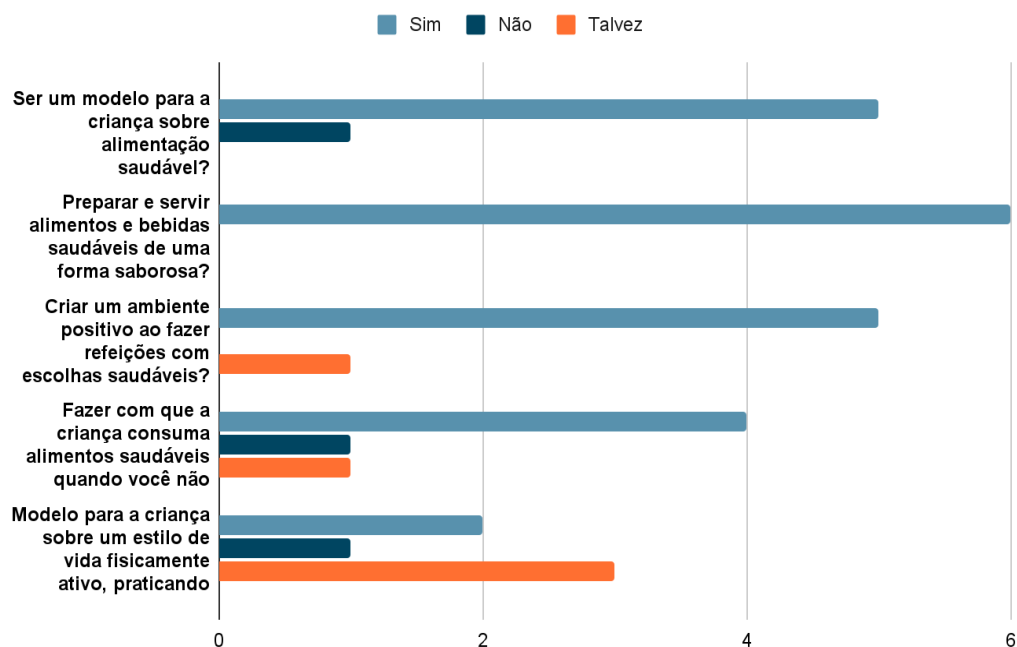
Fonte: A autora, 2021.

Outros métodos utilizados para o controle de peso foram limitar a quantidade de alimento (30,8%), beliscar menos entre as refeições (23,1%), comer até certo horário (23,1%), cozinhar a maioria das refeições (15,3%) e comer fora menos vezes (7,7%). Entre as ferramentas utilizadas para perda de peso relacionadas a atividade física estão: aumentar e introduzir a exercícios na vida da criança (71,4%), inscreveu e fez frequentar academia (14,3%) e torná-la mais ativa no dia-a-dia, como caminhar até a escola (14,3%).

A respeito do questionário sobre a autoeficácia dos pais (figura 14), considera-se com maior nível de eficácia aqueles em que a maioria das respostas é “sim”.

Figura 14. Autoeficácia parental de pais de crianças de escolas particulares de um município em PE.

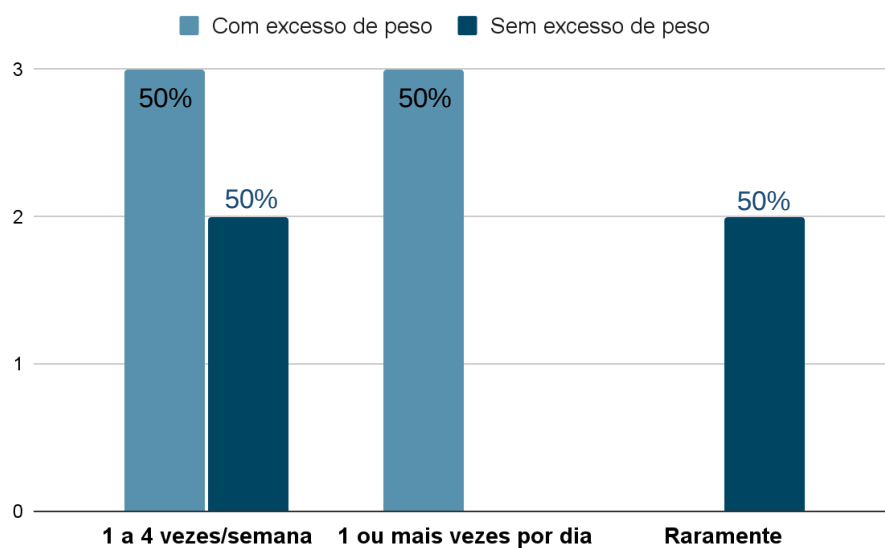
Você se considera capaz de...



Fonte: A autora, 2021.

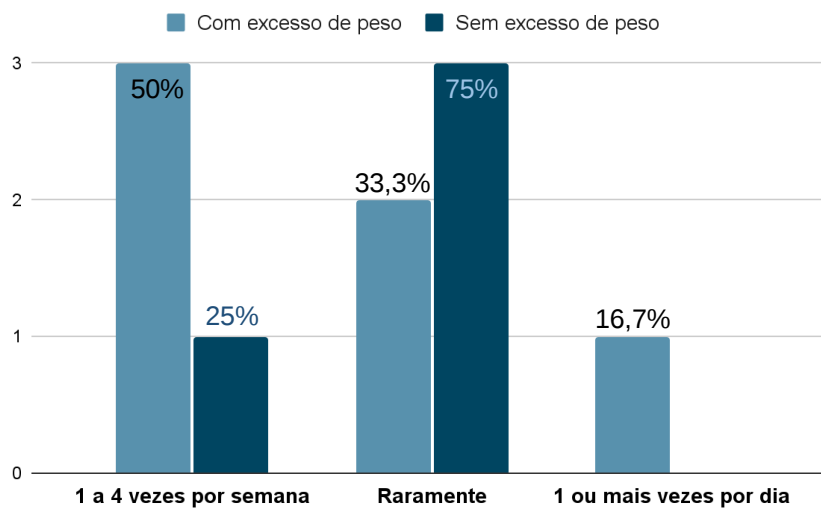
Foi abordado, também, no questionário a frequência alimentar das crianças. Foi feito um comparativo das respostas entre as crianças com excesso de peso e as que não estão, de acordo com os grupos alimentares como podemos ver nas figuras abaixo.

Figura 15. Gráfico da frequência do consumo de frutas de crianças com e sem excesso de peso de escolas particulares de um município em PE.



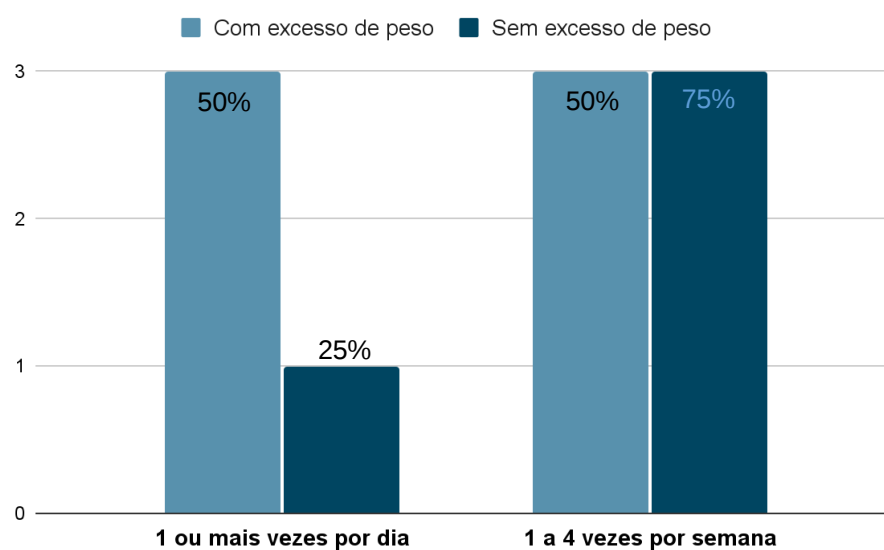
Fonte: A autora, 2021.

Figura 16. Gráfico da frequência do consumo de hortaliças de crianças com e sem excesso de peso de escolas particulares de um município em PE.



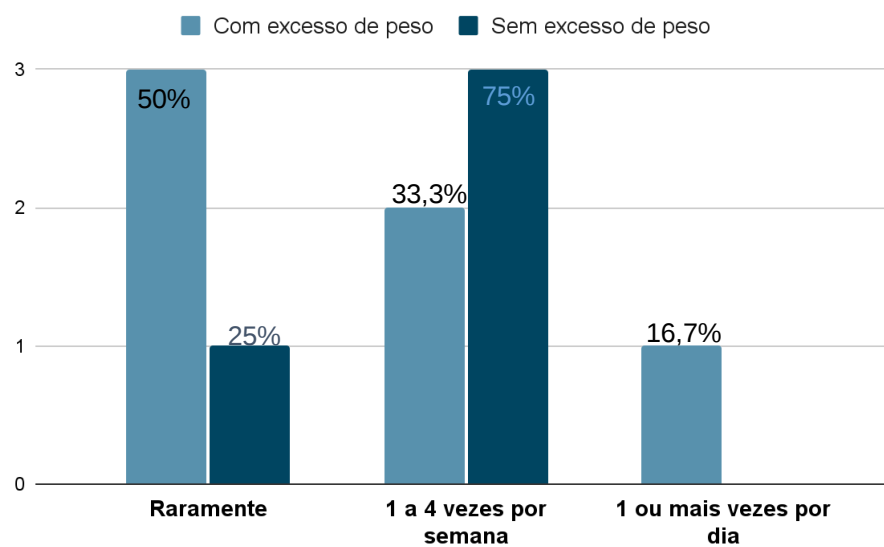
Fonte: A autora, 2021.

Figura 17. Gráfico da frequência do consumo de pães e cereais de crianças com e sem excesso de peso de escolas particulares de um município em PE.



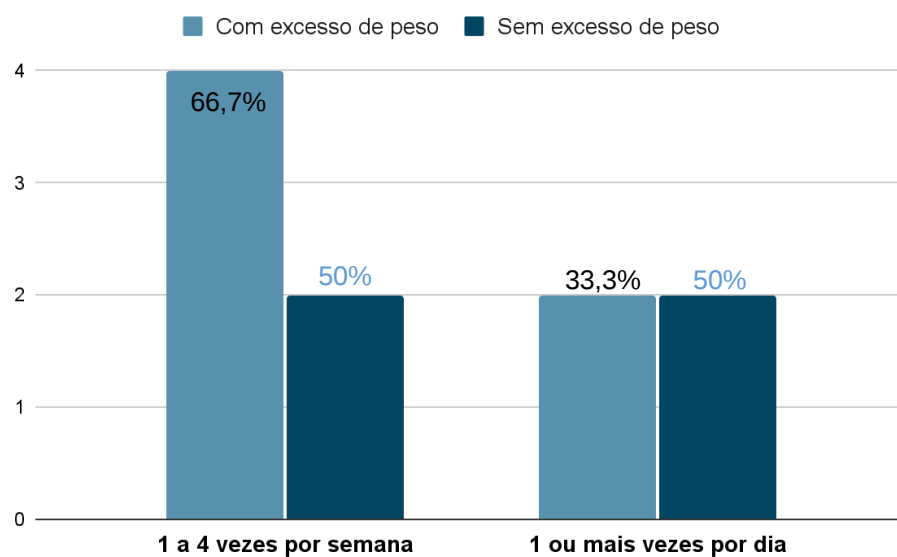
Fonte: A autora, 2021.

Figura 18. Gráfico da frequência do consumo de feijão e leguminosas de crianças com e sem excesso de peso de escolas particulares de um município em PE.



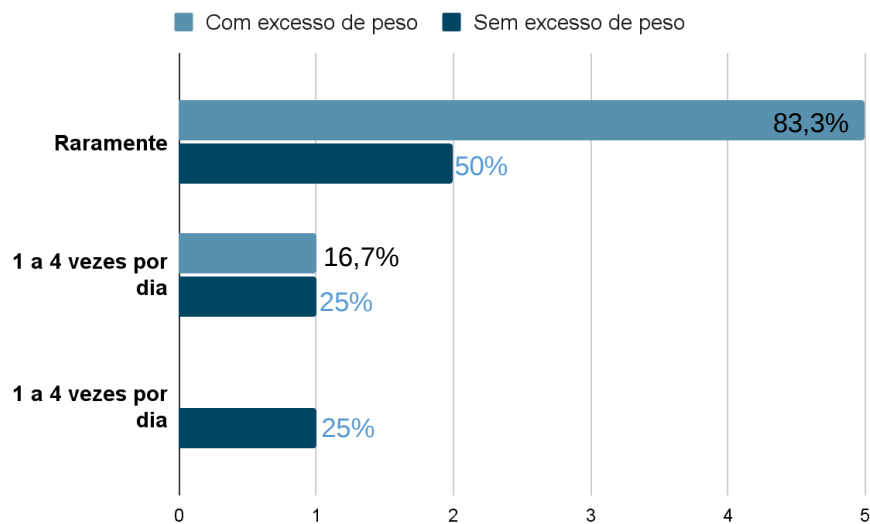
Fonte: A autora, 2021.

Figura 19. Gráfico da frequência do consumo de carnes e ovos de crianças com e sem excesso de peso de escolas particulares de um município em PE.



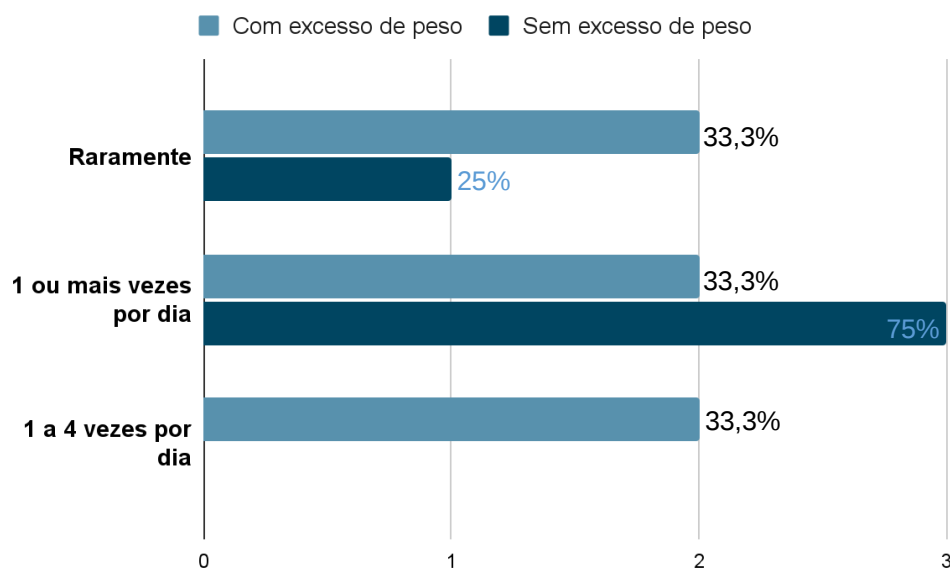
Fonte: A autora, 2021.

Figura 20. Gráfico da frequência do consumo de refrigerante de crianças com e sem excesso de peso de escolas particulares de um município em PE.



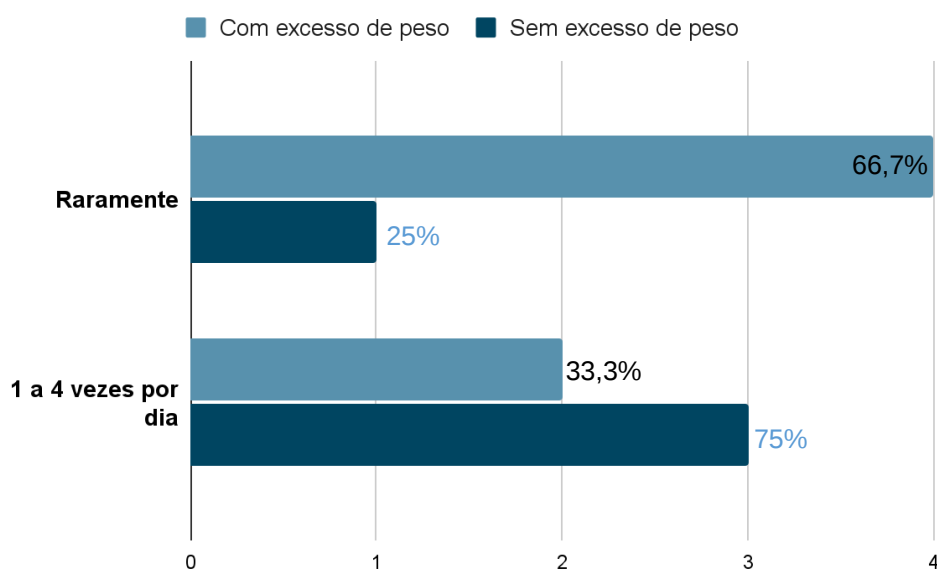
Fonte: A autora, 2021.

Figura 21. Gráfico da frequência do consumo de doces em geral de crianças com e sem excesso de peso de escolas particulares de um município em PE.



Fonte: A autora, 2021.

Figura 22. Gráfico da frequência do consumo de gorduras e frituras de crianças com e sem excesso de peso de escolas particulares de um município em PE.



Fonte: A autora, 2021.

A média de refeições feitas pelas crianças com excesso de peso é de 4,1 por dia, variando de 3 a 6, já média das crianças sem excesso de peso é de 5 refeições por dia variando de 3 a 6. No quadro abaixo podem ser vistos os dados detalhados.

Quadro 2. Quantidade de refeições feitas pelas crianças com e sem excesso de peso de escolas particulares de um município em PE.

% de crianças	3 refeições por dia	4 refeições por dia	5 refeições por dia	6 refeições por dia
Com excesso de peso	33,3%	33,3%	16,7%	16,7%
Sem excesso de peso	25%	-	25%	50%

Fonte: A autora, 2021.

Sobre o consumo de água por dia, o das crianças com excesso de peso foi superior as sem excesso de peso, como podem ser vistas no quadro 3.

Quadro 3. Consumo de água por dia de crianças com e sem excesso de peso de escolas particulares de um município em PE.

% de crianças	2 copos	4 copos	5 copos	6 copos	Vários copos	Bebe o dia todo	Mais de 1L
Com excesso de peso	-	-	33,3%	16,7%	16,7%	16,7%	16,7%
Sem excesso de peso	25%	25%	50%	-	-	-	-

Fonte: A autora, 2021.

Do número total de crianças com e sem excesso de peso, apenas duas não se alimentam em frente à TV, no quadro 4 estão os dados detalhados.

Quadro 4. Alimentação em frente à TV das crianças com e sem excesso de escolas particulares de um município em PE.

% de crianças	Se alimentam em frente à TV	Não se alimentam em frente à TV
Com excesso de peso	83,3%	16,7%

Sem excesso de peso	75%	25%
---------------------	-----	-----

Fonte: A autora: 2021

O nível de práticas de atividade física é maior entre as crianças com excesso de peso, comparadas com as crianças que não estão com excesso de peso (quadro 5).

Quadro 5. Prática de atividade física entre crianças com e sem excesso de peso de escolas particulares de um município em PE.

% de crianças	Praticam atividade física	Não praticam atividade física
Com excesso de peso	66,7%	33,3%
Sem excesso de peso	25%	75%

Fonte: A autora, 2021.

7 DISCUSSÃO

É de conhecimento que crianças que têm sobrepeso, possuem uma maior probabilidade de serem obesas na vida adulta (SENA; PRADO, 2012). Além disso, os riscos de morbimortalidade são aumentados, e quando a descoberta é feita tardiamente, torna-se mais difícil reverter a situação. Dentre os agravos desse grave problema nutricional, podem ser citados, a Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus tipo 2, com aumento no risco de mortalidade, discriminação social, isolamento, além de problemas relacionados ao esforço respiratório, entre outros (BARBIERI, 2012).

Embora a maioria das mães possuíssem nível elevado de instrução, foi observado nos resultados da presente pesquisa que apesar da maioria das mesmas verem que seu filho tem problemas com peso, ainda há as que subestimam o peso do filho e aquelas que não veem como um problema sério.

Estudos mostram que os pais tendem a subestimar o peso corporal de seus filhos. Corroborando o presente estudo, a investigação realizada por Howe, Alexander e Stevenson (2017) para avaliar a percepção dos pais diante do estado nutricional infantil. Constatou-se que, ainda que 45,1% das crianças tenham sobrepeso/obesidade, apenas 7,5% dos pais escolheu esse status de peso, 96% subestimaram suas crianças com sobrepeso e 72% subestimaram seus filhos obesos.

Essa subestimação dos pais para com o peso de seus filhos é um fato preocupante, pois a demora no diagnóstico do excesso de peso nessas crianças acarreta sérios problemas para elas, como as DCNTs, impossibilidade de fazer algumas atividades, problemas na mobilidade, comentários maldosos, levando a transtornos psicológicos (NASCIMENTO et al, 2015).

A maior parte dos pais relataram problemas de peso em familiares próximos à criança, podendo ser indicativo de uma predisposição genética para elas. De acordo com Lourenço et al (2018), um dos fatores determinantes no desenvolvimento do excesso de peso, é a genética. Crianças cujos pais são obesos, demonstram uma predisposição aumentada para o sobrepeso. É, aproximadamente, duas vezes maior a predominância de obesidade infantil em famílias obesas, ao comparada com a

população em geral. Ressalta-se que progenitores obesos tendem a aumentar em até 80% as chances de seus filhos se tornarem obesos, do contrário quando pais têm IMC adequado, o risco cai em até 7% (COSTA et al, 2020).

Estudos confirmam que o estado nutricional dos pais interfere na alimentação e peso dos filhos. Respalando tal afirmação, o estudo de Jellmayer, Ganen e Alvarenga (2017) verificou que, mães com peso elevado também tinham filhos com excesso de peso. Porém, apesar da preocupação com o estado nutricional da criança dessas mães, não houve monitoramento e motivação de mudanças alimentares, como controlar o consumo de guloseimas e aumentar o consumo de frutas e hortaliças. Ademais, constatou-se que a percepção de cuidado pela alimentação da criança era maior entre as mães eutróficas comparando com mães obesas. Assim, essas evidências indicam que há influência materna na dieta infantil, podendo refletir no estado nutricional das crianças (JELLMAYER; GANEN; ALVARENGA, 2017).

Embora os pais já tentaram ou estejam tentando fazer com que o filho perca peso, metade deles falharam nessa tarefa, uma vez que os métodos utilizados pela maioria não envolvem a orientação de um profissional adequado, apenas por conta própria limitam alimentos não saudáveis e utilizam estratégias como: fazê-las beliscar menos, limitar a quantidade e até o horário que comem, mostrando que tais estratégias não funcionam, uma vez que relataram não conseguirem controlar o que a criança come.

Estudos propõem que muitos pais ainda temem consultar o médico em razão do excesso de peso dos seus filhos, por medo de serem considerados culpados pela situação, por temerem que levar a criança ao médico por ter excesso de peso possa influenciar negativamente a sua saúde mental (SALISBURY; SHIELD, 2011), ou por já estarem frustradas e descrentes do tratamento, porque já foram em vários profissionais sem sucesso (FRONTZEK et al, 2017).

Diante da pesquisa, foi constatado que todas as genitoras possuem alto nível de eficácia quando se trata de serem modelos para os filhos em relação à alimentação, assim como são capazes de preparar alimentos saudáveis e criar um ambiente positivo para as refeições. Segundo Esteves (2020), citando Moura (2010), a formação do comportamento alimentar da criança é de responsabilidade do ciclo familiar, no qual os primeiros educadores nutricionais são os pais, atuando nas

estratégias utilizadas para a criança se alimentar ou para aprender a comer certos alimentos. Podendo através destas estratégias, expressar estímulos adequados ou não nas preferências alimentares da criança. Sendo assim, as mudanças de hábitos devem ser ações de participação de toda a família, envolvendo desde refeições à mesa, até prática de atividades físicas, no objetivo de evitar que a criança se torne sedentária (PONTES et al., 2009; ESTEVES, 2020).

Constata-se nas respostas do questionário de frequência alimentar, que os pais das crianças com excesso de peso tendem a evitar que elas tenham uma ingestão diária de grupos alimentares como os de gorduras e frituras, doces, refrigerantes, assim como estimular a prática de atividade física, acredita-se que esse fato seja explicado pela tentativa, de maior parte dos pais, em fazer com que a criança perca peso, mostrando uma busca para reverter o excesso de peso. Em comparação com as crianças sem excesso de peso, a alimentação desses é considerada com mais níveis de açúcares e gorduras do que as com excesso de peso, ao contrário do que acontece com a prática de atividade física, que é menor entre essas crianças sem excesso de peso.

A quantidade de crianças que fazem as refeições em frente à TV, é um dado alarmante, visto que apenas duas, de todas as crianças da pesquisa, não assistem TV enquanto se alimentam. De acordo com o estudo de Borges et al (2007), presume-se que há uma relação direta entre as escolhas alimentares das crianças e a TV, levando em consideração os anúncios de produtos alimentícios na mídia e o tempo em que as crianças passam em frente à TV. Além disso, assistir televisão é visto como um hábito que pode levar ao sedentarismo, por ser um entretenimento comum, influenciando o comportamento alimentar. Neste sentido, foi demonstrado um estudo em que 22% do total de 432 horas de programação, eram destinados a propagandas de alimentos, durante a semana (ALMEIDA, 2002; BORGES et al, 2007).

Ainda que o formulário não tenha abordado quanto ao uso do celular e a relação com o excesso de peso nas crianças, ele vem sendo usado constantemente nos dias atuais. Comprovando a forte relação, o estudo de Carvalho, Grando e Britto (2020), demonstra que quando o tempo em que a criança passa em frente a dispositivos eletrônicos é alto, maior é o consumo de bebidas e alimentos ricos em gordura, açúcar e farinha. O consumo desses produtos alimentícios calóricos e não

nutritivos é ainda maior entre adolescentes. A prevalência de distúrbios de peso em crianças com esse estilo de vida aumentou a um ritmo preocupante, pois se trata de uma atividade extremamente sedentária.

Foi observado que entre as crianças com peso elevado a ingestão hídrica é maior, em comparação com as que o peso é menor, com isso é relevante ressaltar a importância da hidratação. Trabalhos demonstram que uma ingestão nula ou baixa de água, está associada a doenças renais, por exemplo, além de algumas patologias como a asma, obstipação, doenças cardiovasculares que podem ser agravadas pela desidratação (AFONSO, 2017).

Acredita-se que o número de crianças com sobrepeso e obesidade praticando atividades físicas sejam maiores devido à busca dos pais na perda de peso dos filhos. Sabe-se que o sedentarismo está correlacionado a uma maior taxa de excesso de peso. No estudo de Leão (2021) mencionado por Paes et al (2015), foi demonstrado que a atividade física, independente do tipo desenvolve uma capacidade de promover alterações positivas sobre o excesso de peso na infância, especialmente porque atua na restauração do sistema cardiovascular, melhorando a composição corporal. Além disso, há uma maior chance de jovens ativos serem adultos saudáveis.

Com isso, tendo em vista a comparação da literatura com os resultados da presente pesquisa, observou-se convergência de dados que demonstra uma coerência no comportamento parental de maneira geral, o qual é diretamente relacionado ao estado nutricional das crianças, quando os pais estão atentos aos hábitos alimentares e de práticas de atividades, os mesmos são mais adequados.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados obtidos nas condições em que foram realizadas a presente pesquisa, é possível afirmar a autoeficácia dos pais em relação ao controle alimentar, mas não ao que se refere à atividade física.

Há a necessidade de que o estudo seja continuado para saber a realidade dos participantes estudados, uma vez que o número foi abaixo do esperado, o qual só pôde obter dados preliminares. Por se tratar de um estudo transversal e contar com um pequeno número de participantes, podemos considerar que esta pesquisa possui limitações, que podem ser sanadas com estudos adicionais. O acompanhamento dessas crianças e um número maior de participantes seriam necessários para fortalecer as evidências encontradas por essa pesquisa.

Ademais, para atenuar a problemática acerca da perda e controle de peso das crianças, faz-se necessário atividades de educação alimentar e nutricional para os pais, visto que são eles que levam os alimentos para casa e como observado na revisão da literatura, os pais são os maiores influenciadores dos filhos, no que se diz sobre alimentação e exercício físico.

Sendo assim, promover a realização de palestras em família de orientação sobre alimentação saudável, propor dicas de lanches saudáveis e fazer dos ambientes de refeições um local positivo e atrativo são indispensáveis para a melhoria da alimentação de crianças.

REFERÊNCIAS

- ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Mapa da obesidade**. São Paulo: Abeso, 202?. Disponível em: <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>. Acesso em: 31 maio 2021.
- AFONOSO, L. F. F. **Estratégias para aumentar a ingestão de água**. 2017. Revisão Temática (1.º Ciclo em Ciências da Nutrição) - Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto, Porto, 2017.
- ALMEIDA, S. S.; NASCIMENTO, P. C.; QUAIONI, T. C. B. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 354-5, 2002.
- ALTAN, Sema Sal; BEKTAS, Murat. The effects of parental feeding styles, children's self-efficacy and social anxiety on adolescent obesity. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 30, n. 6, p. 759-769, Dec. 2017.
- ANGOORANI, P. et al. The association of parental obesity with physical activity and sedentary behaviors of their children: the CASPIAN-V study. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, 2018.
- ARRISCADO, Helena Isabel M. **Autoeficácia e estratégias parentais para controlo de peso em crianças com excesso de peso**. 2019. Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada) - Escola de Psicologia, Universidade do Minho, 2019.
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, Washington, v. 84, n.2, p. 191-215, 1977.
- BARBIERI, A. F. As causas da obesidade: uma análise sob a perspectiva materialista histórica. **Revista da Faculdade de Educação Física da Unicamp**, Campinas, v. 10. n. 1. p. 133-153, jan./abr. 2012.
- BARBOSA, B. B.; PINTO, M. S.; MEIRELES, A. V. P. Percepção de cuidadores de crianças obesas acerca da obesidade infantil. **Sanare**, Sobral - v. 17 n. 2, p. 49-55, 2018
- BLÜHER, M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. **Nature Reviews Endocrinology**. London, v. 15, n. 5, p. 288-298, 2019.
- BOHMAN, B. et al. Development and psychometric evaluation of a context-based parental self-efficacy instrument for healthy dietary and physical activity behaviors in preschool children. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, London, v. 13, n. 1, p. 1–9, 2016.

BORGES, C. R.; KÖHLER, M. L. K.; LEITE, M. L. Influência da televisão na prevalência de obesidade infantil em Ponta Grossa, Paraná. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 6, n. 3, p. 305-311, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atlas da Obesidade Infantil no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: https://respondendo.ibge.gov.br/images/respondendo/PeNSE_2019_Folder_pag2.jpg. Acesso em: 31 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2020.

CARVALHO, K. M.; GRANDO, R. L.; BRITTO, J. A. **Os efeitos do tempo de tela em crianças e adolescentes: um levantamento bibliográfico**. Rio de Janeiro: Observatório da FIOCRUZ, 2020.

COSTA, M.A.; FONTES, S.C.; RODRIGUES, G.M.M. Predisposição genética como fator determinante para a ocorrência da obesidade infantil. **Revista Liberum accessum**, Brasília, v. 5, n. 1, p. 32-41, 2020.

COSTA, M.G.F.A. et al. Conhecimento dos pais sobre alimentação: construção e validação de um questionário de alimentação infantil. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 3, n. 6, p. 55-68, 2012.

DANTAS, R. R.; SILVA, G. A. P. O papel do ambiente obesogênico e dos estilos de vida parentais no comportamento alimentar infantil. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 363-371, 2019.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE, ABESO. **Diagnóstico e tratamento da obesidade em crianças e adolescentes**. 4.ed., São Paulo: ABESO, 2016. p. 129-158.

DZEWALTOWSKI, D. A.; GELLER, K. S.; ROSENKRANZ, R. R.; KARTEROLIOTIS, K. Children's self-efficacy and proxy efficacy for after-school physical activity. **Psychol Sport Exerc.**, Amsterdam, v. 11, n. 2, p. 100-6, 2010.

FAUSTINO, A. D. J. P.; CASTEJON, L.V. Alimentação de crianças durante a pandemia e as dificuldades dos responsáveis. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista - SP, v. 10, n. 7. 2021

FERREIRA, Carolina Muller. **Prevalência de obesidade infantil no Brasil: revisão sistemática e meta-análise**. 2020. 101 p. Dissertação (Mestrado em ciências farmacêuticas) - UNICAMP, Campinas, 2020.

FRONTZEK, L. G. M.; BERNARDES, L. R.; MODENA, C. M. Obesidade Infantil: Compreender para Melhor Intervir. **Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies**, Goiânia, v. 23, n. 2, p. 167-174, 2017.

GONÇALVES, W. S. F. **Influência das práticas e dos comportamentos parentais nos níveis de atividade física e de tempo de tela de pré-escolares brasileiros: qual a relação com o status de peso e a adiposidade corporal da criança?** 2019. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019.

HOWE, C. J.; ALEXANDER, G.; STEVENSON, J. Parents' Underestimations of Child Weight: Implications for Obesity Prevention. **Journal of Pediatric Nursing**, Fort Worth, v. 31, n. 7, p. 57-61, Nov. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **POF - Medidas Antropométricas de crianças e adolescentes 2008/2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 16 out. 2019

JARDIM, J. B.; SOUZA, I. L. Obesidade infantil no Brasil: uma revisão integrativa. **J Manag Prim Health Care**, Uberlândia, v. 8, n. 1, 2017.

JELLMAYER, K.; GANEN, A. P.; ALVARENGA, M. Influence of behavior and maternal perception on their children's eating and nutritional status. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 180-193, 2017.

LAGOA, M. J. **A influência parental para a promoção de um estilo de vida ativo na prevenção da obesidade infantil**. Faculdade de Desporto, Universidade do Porto, 2017. Dissertação de Doutorado em Atividade Física e Saúde apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

LEÃO, G. M. **Associação de comportamentos sedentários e hábitos alimentares com obesidade infantil aos 10 anos de idade**. 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade do Sul de Santa Catarina, 2021.

LINHARES, M. B. M.; ENUMO, S. R. F. Reflexões baseadas na Psicologia sobre efeitos da pandemia COVID-19 no desenvolvimento infantil. **Estudos de Psicologia** Campinas, v. 37, e200089, 2020.

LOURENÇO, A.S.N.; NERI D.A.; KONSTANTYNER T.; et al. Fatores associados ao ganho de peso rápido em pré-escolares frequentadores de creches públicas. **Revista Paulista de Pediatria**. São Paulo, v. 36, n. 3, p. 292-300, 2018.

MAIBACH, E.; MURPHY, D. A. Self-efficacy in health promotion research and practice: conceptualization and measurement. **Health Education Research**, Oxford, v. 10, n. 1, p. 37-50. 1995.

MARQUES DE SÁ, Ricardo. **Obesidade infantil, pais e percepção da imagem corporal**. 2018. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2018.

MAYER, A. P. F. **As relações entre família, escola e o desenvolvimento do sobrepeso e obesidade infantil**. 2011. (Dissertação de mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, 2011.

MURAD, N.; SPINELLI, T.; ALMEIDA, B. **Alimentação infantil em tempos de pandemia**. Faculdade Laboro. Distrito Federal, junho de 2020.

NASCIMENTO et al. Parents' perception of health-related quality of life in children and adolescents with excess weight. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 92, n. 65-72, 2016.

NCD RISK FACTOR COLLABORATION (NCD-RISC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128, 9 million children, adolescents, and adults. **Lancet**. London, v. 390, n. 10113, p. 2627-2642, 2017.

PAS, K. D.; SODER, T. F.; DEON, R. G. Percepção dos pais: meu filho tem obesidade infantil? **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 19, n. 36, p. 20-26, 2019

PAES, S.T.; MARINS, J.C.B.; ANDREAZZI A.E. Efeitos metabólicos do exercício físico na obesidade infantil: uma visão atual. **Revista Paulista Pediatria**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 122-29, 2015.

SENA, R. A.; PRADO, S. R. L. Obesidade infantil relacionada a hábitos de vida e práticas alimentares. **Revista Enfermagem Unisa**, Santo Amaro, v. 13, n. 1, p. 69-73, mar. 2012.

SILVA, G. P.; ALMEIDA, S. S.; BRAGA COSTA, T. M. Family influence on the nutritional status and eating habits of six to nine year-old children. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 34, e 200165, 2021.

SILVA, J. L.; BERNARDES L. A. **Relação entre consumo e obesidade infantil sob a ótica da análise do comportamento: revisão narrativa**. Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, v. 3, n. 6, jul./dez. 2018.

SILVA, L. R. et al. A influência dos pais no aumento do excesso de peso dos filhos: uma revisão de literatura. **Revista Brazilian Journal of Health Review**. Curitiba, v. 2, n. 6, p.6062-6075. Nov./dec. 2019.

SIMÕES, C. F. et al. Prevalence of weight excess in Brazilian children and adolescents: a systematic review. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. Florianópolis, v. 20, n. 4, 2018.

TENORIO, A, S; COBAYASHI, F. Obesidade infantil na percepção dos pais. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 634-639. 2011.

WARDLE, J.; GUTHRIE, C.; SANDERSON, S.; BIRCH, L.; PLOMIN, R. Food and activity preferences in children of lean and obese parents. **Int J Obes Relat Metab Disord**. London, v. 25, n. 7, p. 971-7, 2001.

WHEELER, S. The significance of family culture for sports participation. **International review for the sociology of sport**, Munich, v. 47, n. 2, p. 235-252. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight**. Genebra: WHO, Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>). Acesso em: 31 Jun. 2021.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA NÚCLEO DE NUTRIÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS)

Solicitamos a sua autorização para convidar o (a) seu/sua filho (a) _____ para participar, como voluntário (a), da pesquisa **AUTOEFICÁCIA E ESTRATÉGIAS PARENTAIS PARA CONTROLE DE PESO EM CRIANÇAS COM EXCESSO DE PESO EM ESCOLAS PARTICULARES**. A pesquisa é da responsabilidade da pesquisadora Carmem Lygia Burgos Ambrósio, professora lotada no Centro Acadêmico de Vitória, Núcleo de Nutrição da UFPE, situado na Rua Alto do Reservatório, S/N – Bela Vista – CEP: 55608-680 - Vitória de Santo Antão-PE, telefone: (81) 9 9926-5595, e-mail: carmem.burgos@hotmail.com. Também participam desta pesquisa as pesquisadoras: professora Raquel Araújo de Santana do Departamento de Nutrição da UFPE, telefone: (81) 9 9987-1188, e-mail: raquelita@yahoo.com.br e a graduanda do Curso de Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória – UFPE, Letícia Francielle Bezerra Silva, telefone: (81) 9 9283-1504, email: leticiafrancielle1999@gmail.com.

O/a Senhor/a será esclarecido (a) sobre qualquer dúvida a respeito da participação dele/a na pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e o/a Senhor/a concordar que o (a) menor faça parte do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias.

Uma via deste termo de consentimento lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. O/a Senhor/a estará livre para decidir que ele/a participe ou não desta pesquisa. Caso não aceite que ele/a participe, não haverá nenhum problema, pois, desistir que seu filho/a participe é um direito seu. Caso não concorde, não haverá penalização para ele/a, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Descrição da pesquisa: A pesquisa tem como objetivo geral investigar a autoeficácia parental e as estratégias de perda/controle de peso em crianças com excesso de peso em escolas particulares, onde iremos caracterizar a população do estudo quanto às variáveis sociodemográficas e estilo de vida, identificar as estratégias de controle e/ou perda de peso utilizadas pelos pais de crianças com excesso de peso/obesidade, verificar o estado nutricional das crianças estudadas, analisar a autoeficácia parental, ou seja, como os pais acham que lidam com a perda de peso e a promoção de estilos de vida saudáveis, e avaliar o comportamento alimentar das crianças com excesso de peso/obesidade. Serão respondidos pelos responsáveis um questionário sociodemográfico e questionários para identificar a autoeficácia e estratégias dos pais para perda/controle de peso das crianças. Medidas de peso e altura (avaliação antropométrica) serão realizadas nas crianças na escola.

- **Esclarecimento do período de participação da criança/adolescente na pesquisa, local, início, término e número de visitas para a pesquisa.** As coletas da pesquisa serão feitas por meio de um link enviado pela escola aos pais. As medidas antropométricas serão mensuradas pelos próprios pais. E a devolução dos questionários funcionará de forma automaticamente após o término das respostas.
- **RISCOS:** O risco de desistência ou descontinuidade dos pais ao responder os questionários, por serem extensos. Com o intuito de reduzir o risco de desistência ou desconforto dos pais durante o preenchimento dos questionários, será dado o prazo de uma semana para devolução dos mesmos.
- **BENEFÍCIOS:** Os resultados da avaliação antropométrica das crianças serão devolvidos aos pais e também serão realizadas palestras e rodas de diálogo sobre alimentação e nutrição para os pais e atividades de educação alimentar e nutricional para as crianças. A longo prazo, com os resultados obtidos sobre a autoeficácia parental, estratégias específicas de intervenção poderão ser realizadas nas escolas das cidades estudadas.

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 (peso e altura das crianças, respostas dos questionários), ficarão armazenados em arquivos e computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador no Centro Acadêmico de Vitória - UFPE, localizado na Rua Alto do Reservatório, s/n, Bela Vista 55608680 - Vitória de Santo Antão, PE; Telefone: (81) 35230670, pelo período de mínimo 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada e nem receberá nenhum pagamento para ele/ela participar desta pesquisa, pois deve ser de forma voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação dele/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação).

Este documento passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultá-lo no endereço: **Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro Ciências da saúde, Cidade Universitária, Recife - PE, CEP:50.740-600, Tel.: (81)2126-8588 - e-mail: cepccs@ufpe.br**

Assinatura do pesquisador (a)

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, autorizo a sua participação no estudo **AUTOEFICÁCIA E ESTRATÉGIAS PARENTAIS PARA CONTROLE DE PESO EM CRIANÇAS COM EXCESSO DE PESO EM ESCOLAS PARTICULARES**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) 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 para mim ou para o (a) menor em questão.

Local e data _____

Assinatura do (da) responsável: _____

Impressão

Digital

(opcional)

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

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

ANEXO A - QUESTIONÁRIO INQUÉRITO SOBRE PRÁTICAS PARA PERDA DE PESO - *NOHOWWEIGHT MANAGEMENT SURVEY* (ADAPTAÇÃO PARA PAIS DE CRIANÇAS)

Endereço de e-mail *

Seu e-mail

Antes de responder o questionário, é necessário a leitura e concordância de sua participação dos Termos de Consentimento e Assentimento Livre e Esclarecido que se encontram no link abaixo:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScZmahp2_9AGyydcxsWn656DmUuMCaxxjQCK1YNsdV7YwRj2Q/viewform?usp=sf_link

Número de telefone

Sua resposta

Questionário Sociodemográfico

Qual o seu parentesco com a criança?

☐ Pai

☐ Mãe

☐ Avô/avó

☐ Outro:

Qual a sua idade?

Sua resposta

Marque a alternativa que descreve SEU grau de escolaridade:

- ☐ Ensino Fundamental I incompleto (1º ao 5º ano)
- ☐ Ensino Fundamental I completo (1º ao 5º ano)
- ☐ Ensino Fundamental II incompleto (6º ao 9º ano)
- ☐ Ensino Fundamental II completo (6º ao 9º ano)
- ☐ Ensino Médio incompleto (1º ao 3º grau)
- ☐ Ensino Médio completo (1º ao 3º grau)
- ☐ Ensino superior incompleto
- ☐ Ensino superior completo
- ☐ Opção 9
- ☐ Opção 10
- ☐ Opção 11
- ☐ Outro: _____

Qual sua atual ocupação?

- ☐ Trabalha para alguém - 30h por semana ou mais
- ☐ Trabalha para alguém - Menos de 30h por semana
- ☐ Trabalha por conta própria
- ☐ Doméstico/a
- ☐ Estudante
- ☐ Desempregado/a à procura de emprego
- ☐ Desempregado/a não está à procura de emprego
- ☐ Outro: _____

Qual a idade da criança?

Sua resposta

Qual o sexo da criança?

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

Em que ano/série escolar a criança se encontra?

Sua resposta

Qual a altura atual da criança?

Sua resposta

Qual o peso atual da criança?

Sua resposta

A criança tem problemas com o peso (excesso de peso/obesidade)? Se sim, continue. Se não, sua participação termina aqui. Muito obrigada pela sua contribuição.

- ☐ Sim
- ☐ Não

**INQUÉRITO SOBRE PRÁTICAS PARA PERDA DE PESO adaptado NoHowWeight
Management Survey (Adaptação para pais de crianças)**

Este questionário deve ser respondido pelo principal responsável pelos cuidados à criança e incide sobre o comportamento alimentar e problemas de peso do seu/sua filho/a. Responda, por favor, tendo em conta aquilo que faz habitualmente com respeito à situação de peso do se/sua filho/a. As respostas, quaisquer que sejam, são sempre adequadas, uma vez que traduzem um modo pessoal de agir. Assinale tendo em conta o caso particular de seu/sua filho/a.

Na sua família há alguém com problemas de peso?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se sim, quem? (pode seleccionar mais de uma opção)

- ☐ Mãe
- ☐ Pai
- ☐ Irmão(s)
- ☐ Tios
- ☐ Avós
- ☐ Primos
- ☐ Outro: _____

Você sente que não consegue controlar o que a criança come ou a quantidade que come?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Qual das seguintes opções descreve melhor a sua atual situação em relação ao peso da criança?

- ☐ Não quero que ela perca peso, nem sinto que tenha que perder
- ☐ Sinto que ela deve perder peso
- ☐ Quero que ela perca peso

Está ATUALMENTE tentando fazer com que a criança perca peso?

- ☐ Sim
- ☐ Não

No passado, quantas vezes tentou fazer com que a criança perdesse peso?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4 ou mais
- ☐ Está sempre tentando fazer com que a criança perca peso

Que idade a criança tinha quando tentou fazer com que ela perdesse peso pela primeira vez?

Sua resposta _____

Pensando na sua tentativa ATUAL para a criança perder peso, qual método descreve melhor o que você tentaria ou tenta fazer?

- ☐ Está tentando fazer com que a criança perca peso a partir de você, sem ajuda de ninguém e sem recorrer à informação adicional
- ☐ Está tendo ajuda profissional - por exemplo: de um/a nutricionista, médico/a ou através de programa de perda de peso
- ☐ Está usando materiais de autoajuda - por exemplo: através de consulta de livros ou de informação disponível na internet

A criança recuperou o peso perdido em uma tentativa ANTERIOR de perda de peso?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Quais das seguintes situações determinaram sua decisão para tentar fazer com que a criança perdesse peso? (pode marcar mais de uma opção)

- ☐ Situação clínica (por exemplo: foi diagnosticado com diabetes, hipertensão ou outra doença)
- ☐ Aconselhamento de um/a médico/a de qualquer especialidade ou enfermeiro/a
- ☐ Aconselhamento de um/a nutricionista
- ☐ Emocional (por exemplo: se sentia chateado com seu peso)
- ☐ Limitação/restrrição - o seu peso impedia de fazer atividade física, tempo livre ou os ciclos de amizades
- ☐ Aparência
- ☐ Atingiu peso mais elevado que normal
- ☐ Li/ouvi algo nas mídias (por exemplo: programa de televisão/documentário)
- ☐ Nada em específico

Quais dos seguintes métodos a criança utilizou para controlar o peso? (pode marcar mais de uma opção)

- ☐ Limitou certos tipos de alimentos
- ☐ Contou as calorias
- ☐ Consumiu mais frutas e/ou vegetais
- ☐ Bebeu mais água
- ☐ Seguiu uma dieta específica (por exemplo: dieta cetogênica, low carb...)
- ☐ Frequentou um programa de perda de peso (por exemplo: Desafio 30 dias)
- ☐ Reduziu o consumo de refrigerantes
- ☐ Passou a consumir produtos "diet" ou "light"

Quais dos seguintes tipos de alimentos você LIMITOU a criança de comer:

- ☐ Açúcares (por exemplo: doces, balas, bolos)
- ☐ Gorduras, óleos, manteiga, margarina
- ☐ Carboidratos (por exemplo: pão, massa, arroz, batatas)
- ☐ Industrializados (por exemplo: salgadinhos, biscoitos, achocolatados, sucos de caixinha)
- ☐ Alimentos fritos (por exemplo: coxinha, pastel, batata frita, nuggets de frango)
- ☐ Bebidas açucaradas/energéticas (por exemplo: refrigerante de cola, guaraná,)
- ☐ Outro: _____

Quais dos seguintes métodos você já utilizou com a criança?

- ☐ Comer menos vezes fora (por exemplo: em restaurantes, fast food)
- ☐ Beliscar menos entre as refeições
- ☐ Cozinhar a maioria das refeições "in natura" (por exemplo: utilizar alimentos naturais em vez de alimentos pré-preparados ou refeições prontas para comer)
- ☐ Fazer pequenas refeições, porém mais vezes
- ☐ Comer até certa hora do dia (por exemplo: não comer após as 21h)
- ☐ Limitar a quantidade de alimento
- ☐ Outro: _____

Quais dos seguintes métodos você utilizou para controlar o peso da criança?

- ☐ Tornei ele/a mais ativo diariamente (por exemplo: caminhar até a escola)
- ☐ Aumentei ou introduzi a atividade física na vida dele/a (por exemplo: caminhar, correr, andar de bicicleta, ou outros esportes)
- ☐ Inscrevi e/ou fiz ele/a frequentar academia, aulas de grupo e/ou ter um personal trainer
- ☐ Reduzi a quantidade de tempo no qual ele/a ficava sentado/a (por exemplo: no celular, computador, assistindo TV)

Alguma vez utilizou algum dos seguintes métodos para a criança perder peso?

- ☐ Tomar medicamento sujeitos ou não a prescrição médica para perda de peso (por exemplo: Metformina, Sibutramina, outro)
- ☐ Tomar chás emagrecedores
- ☐ Tomar laxantes
- ☐ Outro: _____

[Voltar](#)

[Próxima](#)

Página 2 de 4

**ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE AUTOEFICÁCIA PARENTAL - PDAP:
QUESTIONÁRIO DE AUTOEFICÁCIA PARENTAL (ADAPTAÇÃO PARA IDADE
ESCOLAR)**

QUESTIONÁRIO DE AUTOEFICÁCIA PARENTAL
PDAP - Questionário de Autoeficácia Parental (Adaptação para a idade escolar)
Você se considera capaz de ser um modelo para a criança sobre alimentação saudável? ☐ Sim ☐ Não ☐ Talvez
Você se considera capaz de preparar e servir alimentos e bebidas saudáveis de uma forma saborosa? ☐ Sim ☐ Não ☐ Talvez
Você se considera capaz de criar um ambiente positivo ao fazer refeições com escolhas saudáveis? ☐ Sim ☐ Não ☐ Talvez

Você se considera capaz de fazer com que a criança consuma alimentos saudáveis quando você quer consumir alimentos e bebidas não saudáveis?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Talvez

Você se considera capaz de ser modelo para a criança sobre um estilo de vida fisicamente ativo, praticando atividade física ou esportes?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Talvez

[Voltar](#)

[Próxima](#)

 Página 3 de 4

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE HISTÓRIA ALIMENTAR**QUESTIONÁRIO DE HISTÓRIA ALIMENTAR**

Responda de acordo com o consumo real da criança

Frutas:

- ☐ Consome 1 ou mais vezes por dia
- ☐ 1 a 4 vezes por semana
- ☐ Raramente

Hortaliças/Legumes (ex: alface, pepino, tomate, cenoura, chuchu...):

- ☐ Consome 1 ou mais vezes por dia
- ☐ 1 a 4 vezes por semana
- ☐ Raramente

Pães, cereais (ex: arroz, milho, aveia):

- ☐ Consome 1 ou mais vezes por dia
- ☐ 1 a 4 vezes por semana
- ☐ Raramente

Feijão e leguminosas (ex: soja, grão-de-bico, amendoim):

- ☐ Consome 1 ou mais vezes por dia
- ☐ 1 a 4 vezes por semana
- ☐ Raramente

Carnes e ovos:

- ☐ Consome 1 ou mais vezes por dia
- ☐ 1 a 4 vezes por semana
- ☐ Raramente

Doces em geral (ex: biscoito, balas, bolo...)

- ☐ Consome 1 ou mais vezes por dia
- ☐ 1 a 4 vezes por dia
- ☐ Raramente

Refrigerantes:

- ☐ Consome 1 ou mais vezes por dia
- ☐ 1 a 4 vezes por semana
- ☐ Raramente

Gorduras/frituras:

- ☐ Consome 1 ou mais vezes por dia
- ☐ 1 a 4 vezes por semana
- ☐ Raramente

Quantas refeições a criança faz por dia?

Sua resposta

Quantos copos de água a criança toma por dia?

Sua resposta

A criança costuma se alimentar em frente a TV?

☐ Sim

☐ Não

A criança faz alguma atividade física/esporte?

☐ Sim

☐ Não

Sua colaboração encerra aqui, muito obrigada!

☐ Enviar uma cópia das respostas para o meu e-mail.

[Voltar](#)

[Enviar](#)

 Página 4 de 4