

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI  
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

**KELLY DE FREITAS SANTOS**

**PRÁTICAS PARENTAIS E SUA RELAÇÃO COM O  
COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE CRIANÇAS**

**DIVINÓPOLIS  
2019**

**KELLY DE FREITAS SANTOS**

**PRÁTICAS PARENTAIS E SUA RELAÇÃO COM O  
COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE CRIANÇAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal  
de São João del-Rei, como requisito parcial para obtenção do  
título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e  
Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano

**DIVINÓPOLIS  
2019**

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

Ficha catalográfica elaborada pela Divisão de Biblioteca (DIBIB)  
e Núcleo de Tecnologia da Informação (NTINF) da UFSJ,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S237p Santos, Kelly de Freitas Santos.  
Práticas parentais e sua relação com o  
comportamento alimentar de crianças / Kelly de  
Freitas Santos Santos ; orientadora Márcia Christina  
Caetano Romano Romano. -- Divinópolis, 2019.  
140 p.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem) -- Universidade Federal de São João del  
Rei, 2019.

1. Comportamento alimentar. 2. Criança. 3. Família.  
4. Psicologia. I. Romano, Márcia Christina Caetano  
Romano, orient. II. Título.

## Ata de Aprovação do Mestrado

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO				
DISCENTE: Kelly de Freitas Santos				
NÍVEL: Mestrado				
DATA DA DEFESA: 13/12/2019			HORÁRIO DE INÍCIO: 8h30min	
LOCAL: Sala 303, Bloco C				
MEMBROS DA BANCA				
NOME COMPLETO	CPF	FUNÇÃO	TÍTULO	INSTITUIÇÃO DE ORIGEM
Márcia Christina Caetano Romano	969.580.596-04	Presidente	Doutora	UFPA
Alba Ottoni	472.833.066-68	Titular	Doutora	UFPA
Wendell Costa Bila	030.784.737-32	Titular	Doutor	UNIFENAS
Patrícia Pinto Braga	054.504.966-05	Suplente	Doutora	UFPA
TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: PRÁTICAS PARENTAIS E SUA RELAÇÃO COM O COMPORTAMENTO ALIMENTAR DA CRIANÇA				
Em sessão pública, após apresentação da dissertação durante <u>40</u> minutos, a monografia foi arguida oralmente pelos membros da banca durante o período de <u>1h30</u> minutos, tendo a banca chegado ao seguinte resultado:				
<input checked="" type="checkbox"/> Aprovação por unanimidade.				
<input type="checkbox"/> Aprovação somente após satisfazer as exigências que constam na folha de modificações, no prazo fixado pela banca (não superior a quarenta e cinco dias).				
<input type="checkbox"/> Reprovação.				
Para constar, foi lavrada a presente ata que depois de lida e aprovada, será assinada pelos membros da banca examinadora e pelo mestrando.				
Ervinópolis, 13 de dezembro de 2019.				
Dr <sup>a</sup> . Márcia Christina Caetano Romano: <u>[Assinatura]</u>				
Dr <sup>a</sup> . Alba Ottoni: <u>[Assinatura]</u>				
Dr. Wendell Costa Bila: <u>[Assinatura]</u>				
Kelly de Freitas Santos: <u>[Assinatura]</u>				
Obs.: A aluna deverá encaminhar a coordenação do curso, no prazo máximo de 30 dias, os exemplares definitivos da dissertação.				

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos  
meus amados filhos, Ana Clara  
e Pedro Lucas, quem me  
fortalece e impulsiona para  
meus sonhos.*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus por demonstrar a cada instante o seu carinho por mim, por me dar saúde para me dedicar a este trabalho e por me conceder a graça de conhecer tantas pessoas especiais que foram verdadeiros anjos nesta Jornada. E a Nossa Mãe Rainha pelas várias intercessões nos momentos difíceis.*

*Meus sinceros agradecimentos a minha orientadora, Prof. Dra. Márcia Chrístina Caetano Romano, pela disponibilidade, orientação, apoio, incentivo e inspiração. Obrigada por compartilhar comigo seus conhecimentos e conduzir tudo com generosidade, gentileza e paciência!*

*Aos meus anjos, Ana Clara e Pedro Lucas, por toda compreensão, amor e paciência, nos momentos ausentes, essa conquista é nossa. Amo vocês!*

*Ao meu marido pelo amor, carinho e paciência nos momentos difíceis.*

*Aos meus pais, Sirleí e Eurotides, por todo amor e carinho, por serem meu porto seguro e me apoiarem em minhas escolhas. A irmã Grazielle e minhas sobrinhas, que estiveram presente em meu coração em cada passo dessa caminhada. Acredito que vocês estejam orgulhosas dessa conquista.*

*Ao meu cunhado Bruno, pelo apoio, encorajamento e auxílio nos momentos de incertezas, meus sinceros agradecimentos.*

*Aos professores do programa de mestrado PGENF- UFSJ pelos ensinamentos e experiências compartilhados.*

*Aos professores Dra. Alba Otoni, Dr. Joel Alves Lamounier e Dra. Nayara Ragí Baldoni pela gentileza em participarem da banca de qualificação, com riquíssimas sugestões e contribuições.*

*Agradeço a minha amiga-irmã Erika Barbosa Lagares pela parceria e amizade desde a graduação.*

*Agradeço a acadêmica Ketlyn Cecotti pela valiosa colaboração no lançamento dos dados.*

*Aos alunos da graduação de Enfermagem da rede Pitágoras Farley e Diego, agradeço pela colaboração.*

*Aos enfermeiros e agentes comunitários de saúde das ESFs da zona urbana pela receptividade e disponibilidade em me auxiliar na identificação e contato com as famílias participantes do estudo. A ajuda de vocês foi fundamental!*

*Às crianças e mães participantes do estudo, meu eterno agradecimento. Foi extremamente prazeroso e enriquecedor realizar esse trabalho com vocês.*

## RESUMO

FREITAS, K.S. Práticas parentais e sua relação com o comportamento alimentar de crianças. 2019. 143 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei, 2019.

O tema comportamento alimentar tem tido relevância na atualidade em função das implicações deste sobre a determinação de doenças crônicas prevalentes. Tem-se percebido uma rápida mudança no comportamento alimentar das crianças, com agravamento da qualidade da dieta infantil, especialmente com consumo aumentado de ultraprocessados. Investigações nacionais sobre os determinantes do comportamento alimentar infantil, especialmente frente às práticas parentais, são escassos. A presente pesquisa visa responder à pergunta: práticas parentais associam-se ao comportamento alimentar infantil? Objetivo: Avaliar associação entre práticas parentais e o comportamento alimentar de crianças. Trata-se de um estudo transversal, realizado com 368 crianças, faixa etária entre um a cinco anos, cadastradas nas Estratégias de Saúde da Família da zona urbana do município de Divinópolis-MG. Coletou-se informações referentes a dados demográficos, socioeconômicos, clínicos, consumo alimentar da criança e comportamento dos pais. Os dados foram processados no programa Epidata® versão 3.1, que permitiu a devida análise de consistência e validação dos dados. O comportamento alimentar da criança foi avaliado por meio do Questionário de Frequência Alimentar, onde estimou-se o consumo diário de alimentos ultraprocessados. A análise dos dados foi realizada no software *Statistical Package for Social Sciences* versão 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). A regressão linear múltipla foi utilizada para identificação das variáveis associadas ao comportamento alimentar da criança, com um nível de significância de 5%. Na análise dos fatores associados ao maior consumo de alimentos ultraprocessados, apresentou associação positivamente às práticas parentais. Identificou-se um maior consumo de alimentos ultraprocessados quando os pais realizavam práticas de força física ( $p < 0,018$ ), recompensa para comer ( $p < 0,002$ ) e, restrição alimentar ( $p < 0,011$ ). Associação negativa com o consumo de ultraprocessados foi evidenciado quando os pais realizavam orientação para alimentação saudável ( $p < 0,006$ ), monitoramento autoritativo ( $p < 0,017$ ) e reforço positivo ao comportamento infantil considerado adequado ( $p < 0,046$ ). Os resultados deste estudo evidenciaram que há associação entre práticas parentais e o comportamento alimentar da criança.

**Descritores:** Comportamento alimentar; Criança; Família; Psicologia

## ABSTRACT

FREITAS, K.S. Parental behavior and its relationship to the eating behavior of offspring. 2019. 143 p. Dissertation (Master) - Postgraduate Program Academic Master of Nursing, Federal University of São João del-Rei, 2019.

The topic eating behavior has had relevance today due to its implications on the determination of prevalent chronic diseases. There has been a rapid change in the eating behavior of children, worsening the quality of children's diet, especially with increased consumption of ultra-processed foods. National investigations into the determinants of child eating behavior, especially in relation to parenting practices, are scarce. This research aims to answer the question: are parenting practices associated with child eating behavior? Objective: To evaluate the association between parenting practices and children's eating behavior. This is a cross-sectional study conducted with 368 children, aged between one and five years, registered in the Family Health Strategies of the urban area of Divinópolis-MG. Information regarding demographic, socioeconomic, clinical, children's food intake and parental behavior was collected. Data were processed using Epidata® version 3.1 software, which allowed proper consistency analysis and data validation. The child's eating behavior was assessed using the Food Frequency Questionnaire, which estimated the daily consumption of ultra-processed foods. Data analysis was performed using Statistical Package for Social Sciences software version 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). Multiple linear regression was used to identify variables associated with the child's eating behavior, with a significance level of 5%. In the analysis of factors associated with higher consumption of ultra-processed foods, it was positively associated with parenting practices. Higher consumption of ultra-processed foods was identified when parents performed physical strength ( $p < 0.018$ ), eating reward ( $p < 0.002$ ) and dietary restriction ( $p < 0.011$ ) practices. Negative association with the consumption of ultra-processed foods was evidenced when parents provided guidance for healthy eating ( $p < 0.006$ ), authoritative monitoring ( $p < 0.017$ ), and positive reinforcement of child behavior considered appropriate ( $p < 0.046$ ). The results of this study showed that there is an association between parenting practices and the child's eating behavior.

**Keywords:** Eating behavior; Child; Family; Psychology



## RESUMEN

FREITAS, K.S. El comportamiento de los padres y su relación con el comportamiento alimentario de la descendencia. 2019. 143 p. Disertación (Master) - Programa de Postgrado Master Académico de Enfermería en la Universidad Federal de São João del-Rei, 2019.

El tema del comportamiento alimentario ha tenido relevancia hoy en día debido a sus implicaciones en la determinación de enfermedades crónicas prevalentes. Ha habido un cambio rápido en el comportamiento alimenticio de los niños, empeorando la calidad de la dieta de los niños, especialmente con un mayor consumo de alimentos ultraprocesados. Las investigaciones nacionales sobre los determinantes de la conducta alimentaria infantil, especialmente en relación con las prácticas parentales, son escasas. Esta investigación tiene como objetivo responder a la pregunta: ¿están las prácticas de crianza asociadas con el comportamiento de alimentación infantil? Objetivo: evaluar la asociación entre las prácticas parentales y el comportamiento alimentario de los niños. Este es un estudio transversal realizado con 368 niños, con edades comprendidas entre uno y cinco años, registrados en las Estrategias de Salud Familiar del área urbana de Divinópolis-MG. Se recopiló información sobre el consumo demográfico, socioeconómico, clínico, de alimentación infantil y el comportamiento de los padres. Los datos se procesaron utilizando el software Epidata® versión 3.1, que permitió un análisis de consistencia y validación de datos adecuados. La conducta alimentaria del niño se evaluó mediante el Cuestionario de frecuencia de alimentos, que estimó el consumo diario de alimentos ultraprocesados. El análisis de datos se realizó utilizando el paquete estadístico para el software de Ciencias Sociales versión 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). Se utilizó la regresión lineal múltiple para identificar variables asociadas con el comportamiento alimentario del niño, con un nivel de significación del 5%. En el análisis de los factores asociados con un mayor consumo de alimentos ultraprocesados, se asoció positivamente con las prácticas parentales. Se identificó un mayor consumo de alimentos ultraprocesados cuando los padres realizaron prácticas de fuerza física ( $p < 0.018$ ), recompensa alimentaria ( $p < 0.002$ ) y restricción dietética ( $p < 0.011$ ). La asociación negativa con el consumo de alimentos ultraprocesados se evidenció cuando los padres proporcionaron orientación para una alimentación saludable ( $p < 0,006$ ), un control autorizado ( $p < 0,017$ ) y un refuerzo positivo de la conducta infantil considerada apropiada ( $p < 0,046$ ). Los resultados de este estudio mostraron que existe una asociación entre las prácticas parentales y el comportamiento alimentario del niño.

**Palabras clave:** Comportamiento alimentario; Niño; Familia; Psicología.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Mapa regiões de planejamento urbano	32
Figura 2 -	Descrição das variáveis obtidas nos protocolos aplicados com os pais responsáveis pelo cuidado. Divinópolis/MG, 2019	35
Figura 3 -	Avaliação tipológica	42
<b>Artigo 1</b>		
Figura 1 -	Fluxograma das bases de dados. Divinópolis (MG), Brasil, 2019.	52

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estratégias Saúde da Família de realização do estudo, de acordo com as regiões de planejamento do município de Divinópolis/MG, 2019	31
Quadro 2 - Tamanho de amostra para cálculo de proporção de prevalência desconhecida de acordo com a margem de perdas	33
Quadro 3 - Amostragem dos participantes do estudo, conforme região de planejamento, Divinópolis/MG, 2019	34
Quadro 4 - Pontos de corte de IMC-para-idade para crianças menores de 5 anos	38
Quadro 5 - Sistema de pontos e renda média domiciliar por estrato socioeconômico	39
<b>Artigo 1</b>	
Quadro 1 - Descrição dos artigos do estudo, conforme variáveis selecionadas, publicados no período de 2014 a 2018.	53

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Descrição dos dados sobre o questionário marcador do consumo alimentar, crianças entre 12 e 23 meses (n = 102). Divinópolis/MG, 2019.	79
Tabela 2 -	Descrição dos dados sobre o questionário marcador do consumo alimentar, crianças entre 12 e 23 meses (n =266). Divinópolis/MG, 2019.	79
Tabela 3 -	Descrição das crianças acima de dois anos de idade, conforme prática alimentar, Divinópolis/MG, 2019.	80
Tabela 4 -	Percentual de freqüência de consumo dos alimentos, referente a faixa etária de dois a cinco anos de idade (n = 266), questionário de freqüência alimentar (QFA). Divinópolis/MG, 2019.	80
Tabela 5 -	Percentual de freqüência de consumo dos alimentos ultraprocessados, referente a faixa etária de dois a cinco anos de idade (n = 266), questionário de freqüência alimentar	81

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<i>A</i>	<i>Anual</i>
<i>AAP</i>	<i>Academia Americana de Pediatria</i>
<i>ABEP</i>	<i>Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa</i>
<i>ACS</i>	<i>Agentes Comunitários de Saúde</i>
<i>CHO</i>	<i>Carboidrato</i>
<i>CFPQ</i>	<i>Questionário Práticas Abrangentes de Alimentação</i>
<i>D</i>	<i>Diário</i>
<i>DRI</i>	<i>Dietary Reference Intakes</i>
<i>EAR</i>	<i>Estimated Average Requirement</i>
<i>ESF</i>	<i>Estratégia Saúde da Família</i>
<i>GR</i>	<i>Gramas</i>
<i>G</i>	<i>Grande</i>
<i>IBGE</i>	<i>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística</i>
<i>IMC</i>	<i>Índice de Massa Corporal</i>
<i>Kg</i>	<i>Quilogramas</i>
<i>M</i>	<i>Média</i>
<i>ML</i>	<i>Mensal</i>
<i>MG</i>	<i>Minas Gerais</i>
<i>N</i>	<i>Número/tamanho amostral</i>
<i>NHANES</i>	<i>National Health and Nutrition Examination Survey</i>
<i>OMS</i>	<i>Organização Mundial de Saúde</i>
<i>P</i>	<i>Valor p</i>
<i>POF</i>	<i>Pesquisa de Orçamentos Familiares</i>
<i>PQ</i>	<i>Pequena</i>
<i>PRISMA</i>	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
<i>PTN</i>	<i>Proteína</i>

<i>QEPA</i>	<i>Questionário de Estilos Parentais na Alimentação</i>
<i>QFA</i>	<i>Questionário de Frequência Alimentar</i>
<i>R</i>	<i>Coeficiente de correlação</i>
<i>RDA</i>	<i>Recommended Dietary Allowance</i>
<i>S</i>	<i>Semanal</i>
<i>SISVAN</i>	<i>Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional</i>
<i>SPSS</i>	<i>Statistical Package for the Social Sciences for Windows Student</i>
<i>TACO</i>	<i>Tabela Brasileira de Composição de Alimentos</i>
<i>TCLE</i>	<i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>
<i>UFSJ</i>	<i>Universidade Federal de São João del-Rei</i>
<i>VCT</i>	<i>Valor calórico total</i>
<i>Vs</i>	<i>Versus</i>
<i>WHO</i>	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	20
2.1 OBJETIVO GERAL.....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	22
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	30
4.1 DELINEAMENTO/TIPO DE ESTUDO.....	31
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	31
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	33
4.4 COLETA DE DADOS.....	34
4.5 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	38
4.5.1 VARIÁVEL DEPENDENTE.....	38
4.5.2 VARIÁVEIS INDEPENDENTES.....	39
4.5.3 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS.....	39
4.5.4 CARACTERÍSTICAS REFERENTE AO ESTADO DE SAÚDE.....	40
4.5.5 HISTÓRICO FAMILIAR DE DOENÇAS.....	40
4.5.6 DADOS ANTROPOMÉTRICOS.....	41
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	43
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	43
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	45
5.1 ARTIGO 1 COMPORTAMENTO DOS PAIS E SUA RELAÇÃO COM O COMPORTAMENTO ALIMENTAR DA CRIANÇA: REVISÃO SISTEMÁTICA.....	47
5.2 ARTIGO 2 PRÁTICAS PARENTAIS E COMPORTAMENTO ALIMENTAR DA CRIANÇA.....	73
<b>6 LIMITAÇÕES</b> .....	88
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	90
<b>8 REFERÊNCIAS</b> .....	92
<b>APÊNDICE</b> .....	104
<b>ANEXO</b> .....	110





## 1 INTRODUÇÃO

O comportamento alimentar é representado por todas as formas de convívio com o alimento, envolvendo desde a preferência até a ingestão, representando “o que comemos, como comemos, com quem comemos, onde comemos, quando comemos, por que comemos o que comemos, em quais situações comemos, o que pensamos e sentimos com relação ao alimento” (VAZ, 2014, p. 108; CARVALHO et al 2013). No campo da alimentação e nutrição, o comportamento alimentar aparece, na maioria das vezes, relacionado aos aspectos psicológicos da ingestão de comida (KLOTZ-SILVA et al., 2015), podendo também ser conceituado como práticas individuais e coletivas em relação ao ato de comer. A repetição de um determinado comportamento alimentar pode influenciar na formação de hábitos adequados ou não para a saúde (CAROZZO, 2017).

O tema comportamento alimentar tem tido relevância na atualidade em função das implicações deste sobre a determinação de doenças crônicas prevalentes como diabetes *mellitus*, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, entre outras (ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008). Tem-se percebido uma rápida mudança no comportamento alimentar das crianças, com a piora da qualidade da dieta infantil de forma global, caracterizada por uma diminuição no consumo de frutas, legumes e fibras e aumento no consumo de alimentos processados ricos em açúcar, gordura saturada e sódio (ALVES et al., 2013). No Brasil, estimativas indicam que 47 a 65% das crianças consomem dieta de baixa qualidade ou intermediária para alimentos ou nutrientes (BORTOLINI et al., 2015).

Destaca-se, por exemplo, que o comportamento compulsivo frente à alimentação favorece a exacerbação da ingesta calórica, ocasionando o excesso de peso (BERNARDI; CICHELERO; VITOLO, 2005). Além disso, em Pelotas, estudo com crianças de seis a dez anos demonstrou que participantes com comportamentos alimentares em que há interesse excessivo pela comida tiveram mais chance de desenvolver excesso de peso nessa faixa etária (PASSOS et al, 2015).

O excesso de peso, por sua vez, é determinante de diabetes *mellitus*, alterações metabólicas, dislipidemia, disfunções ortopédicas e respiratórias, além de implicações emocionais (SIQUEIRA, 2019). Portanto, ações para promoção da

saúde nutricional, favorecendo o comportamento alimentar saudável, são fundamentais para o crescimento e desenvolvimento fisiológicos da criança (FREITAS, 2019).

Acredita-se que o comportamento alimentar infantil é multideterminado. Revisão de literatura sobre o tema evidenciou que elementos inatos, contexto familiar e escolar, questões socioeconômicas e culturais podem se relacionar com o comportamento alimentar da criança (ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008).

A mídia e a tecnologia também têm sido apontadas como moduladoras deste comportamento na infância (MOURA, 2010). De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2016) deve-se desestimular, evitar e até proibir a exposição passiva em frente às telas digitais para crianças menores de dois anos de idade, principalmente durante as refeições. O uso prematuro e de duração prolongada de jogos *online*, redes sociais ou diversos aplicativos com filmes e vídeos na internet pode causar transtornos alimentares, como por exemplo, a compulsão.

O aleitamento materno é outro importante elemento determinante do comportamento alimentar infantil. A duração reduzida da amamentação tem sido associada à introdução precoce de alimentação complementar e desenvolvimento de comportamento alimentar seletivo pela criança. O aleitamento materno também é considerado protetor da neofobia alimentar infantil, ou seja, a falta de interesse em se comer alimentos novos (GALLOWAY et al., 2003; SHIM et al., 2011; FINISTRELLA et al. 2012).

Tem sido estudada, especialmente na literatura internacional, a relação entre práticas parentais e o comportamento alimentar das crianças (BAEK; et al., 2014; HUGHES et al., 2016; SAVAGE et. al., 2018; FOGEL et al., 2019). Tais estudos, no entanto, não levam em consideração variáveis importantes no modelo causal como nível socioeconômico, aleitamento materno e o comportamento dos pais no momento da refeição com os filhos (PALFREYMAN et. al., 2014; SUSAN et al., 2014; REMY et al., 2015; RUSSELL et el., 2015; CARMEL et. al., 2016; CLARE et al., 2016; DECOSTA et al. 2017; JANSEN et al., 2017; KLAZINE et al., 2017; LINDSAY et al., 2017; POWEL et al., 2017; WATTERWORTH et al., 2017).

Destaca-se que a literatura atual nacional sobre as práticas parentais em relação à alimentação da criança é escassa e sobremaneira focada nos transtornos alimentares (MELO et al., 2017). Nessa direção, a presente investigação visa

responder à pergunta: as práticas parentais associam-se ao comportamento alimentar infantil?

Descortinar os elementos paternos, familiares e contextuais que envolvem o comportamento alimentar de crianças pode contribuir para o aprimoramento e fortalecimento das políticas públicas de atenção à saúde da criança. Destaque especial para a inclusão do acompanhamento do comportamento alimentar da criança e sua família, com proposições de educação em saúde para discutir a questão e promover mudança da prática alimentar familiar, nos programas e protocolos já existentes sobre saúde da criança.

Além disso, é importante ressaltar que a primeira infância, período transcorrido do nascimento até os cinco anos de idade, constitui-se momento fundamental no processo de modulação do comportamento alimentar (LAMOUNIER, 2009; BRASIL, 2018). Portanto, trata-se de período oportuno para investigações acerca dos determinantes deste comportamento.



## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar associação entre práticas parentais e o comportamento alimentar de crianças.

### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar o consumo alimentar habitual de crianças de um a cinco anos.
- b) Verificar a frequência alimentar de crianças de dois a cinco anos.
- c) Avaliar o estado nutricional de crianças de um a cinco anos.
- d) Identificar as principais práticas parentais de pais de crianças na faixa etária entre um a cinco anos.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

---

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Comportamento alimentar infantil

O conceito de comportamento tem origem latina. Porto significa levar, sendo que em português passou-se à forma reflexiva de portar-se, tendo relação com um conjunto de ações do indivíduo permeadas pelas informações recebidas e seu meio ambiente ou situação (GAMA et al., 2012). Tal definição pode ser complementada por Silveira (2010) como modo de agir, de comportar-se, proceder, conduta.

O comportamento alimentar refere-se a algo muito complexo, pois o ato de comer vai muito além das necessidades básicas de alimentação, sendo fundamental ao desenvolvimento humano, no atendimento das necessidades fisiológicas e prazerosas. Há também uma influência das relações sociais, ou seja, os alimentos ingeridos, a forma com que a pessoa se comporta com os alimentos e age durante a refeição (VAZ, 2014).

Há algumas evidências de que o desenvolvimento do comportamento alimentar começa muito cedo, durante a gravidez e amamentação, através da alimentação da mãe que pode influenciar o paladar das crianças. Este é o aprendido e evolui desde o primeiro contato da criança com o alimento. A introdução adequada de alimentos nos primeiros anos de vida com uma harmoniosa socialização, em um ambiente agradável, assim como a oferta de alimentos variados e saudáveis possibilitam à criança iniciar a aprendizagem das preferências alimentares responsáveis pela determinação do seu padrão de consumo (BIRCH, 1999). De fato, a alimentação exerce um papel importante no crescimento e desenvolvimento da criança, representando um dos principais fatores de prevenção de várias doenças na fase adulta (WHO, 2013). É tema de grande relevância por reconhecer seu êxito nas intervenções nutricionais, prevenção e tratamento de doenças crônicas associadas ao comportamento alimentar inadequado (ROSSI, 2008).

A família, primeiro meio social a que a criança vivencia, tem importante papel na educação nutricional para o crescimento e desenvolvimento adequados das crianças (POWELL et al., 2011). Nessa direção, as práticas alimentares parentais têm sido motivo de estudo atualmente (CARROZO et al., 2017).

As crianças têm uma preferência inata pelos sabores doce e salgado, tendendo a rejeitar os alimentos ácidos e amargos. Além disso, tendem a rejeitar

novos sabores, e, muitas vezes, desenvolvem preferências por alimentos que produzem efeitos positivos de prazer e saciedade (BIRCH, 1998).

O conhecimento da criança sobre alimentação é influenciado por diversos fatores internos e externos, os quais estão sempre articulados. Os fatores internos estão relacionados aos elementos fisiológicos, como idade, sexo, experiências pessoais com o alimento, enquanto que os fatores externos estão associados aos aspectos culturais, familiares e contextuais que envolvem as crianças (FARROW et al., 2015).

O resultado positivo à alimentação, como o prazer em comer, a resposta ao paladar dos alimentos e o rápido consumo da alimentação promovem a ingestão alimentar, ao mesmo tempo que a sensibilidade à saciedade ou à seletividade aos alimentos que são consumidos, estando normalmente associados a uma menor ingestão dos alimentos. As crianças, à medida que crescem, perdem a resposta imediata à saciedade e à fome. Também perdem a capacidade de autorregular a ingestão com eficácia, pois a ingestão passa a estar dependente de outras influências, podendo levar ao consumo exagerado de alimentos e conseqüentemente ao ganho de peso inadequado (SHLOIM et al., 2015). Investigações, de fato, demonstraram que há diferença no comportamento alimentar de crianças com excesso de peso e crianças eutróficas (PASSOS et al., 2014).

As crianças com excesso de peso demonstram um prazer e apetite maiores em comer e capacidade de resposta à saciedade inferior, quando comparadas a crianças com peso adequado. Esse aspecto se torna mais acentuado quando comparado com crianças de baixo peso, devido às crianças obesas comerem grandes quantidades de alimentos na ausência da fome, além de uma maior atração pelo alimento e tendência a comerem depressa durante as refeições e estarem mais susceptíveis ao cheiro e cor, assim como terem uma sensibilidade alimentar superior quando emocionalmente fragilizadas, ou seja, comem para lidar com diferentes estados emocionais (alegria, ansiedade, estresse) (HUÇALO & IVATIUK, 2017). Em contrapartida, as crianças com baixo peso são mais seletivas em relação ao alimento, gastam mais tempo para se alimentarem, consomem pequenas refeições com um número restrito de alimentos, sentem-se satisfeitas após o consumo de poucas quantidades de comida e demonstram desinteresse pela comida (PASSOS et al., 2014).



### 3.2 Consumo de alimentos ultraprocessados

Na atualidade, está ocorrendo uma substituição cada vez maior da alimentação tradicional por alimentos e bebidas altamente processados e prontos para o consumo (SPARRENBARGER et al., 2015). Os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) demonstram que a alimentação da criança brasileira é rica em consumo de biscoitos, embutidos, bebidas com adição de açúcar, sanduíches e salgados (BRASIL, 2010).

No Brasil, no período entre 1987–1988 e 2008–2009, observaram-se baixos níveis de aquisição de frutas e hortaliças, inclusive com redução no consumo das hortaliças. Em 2008, a combinação desses alimentos representou 2,9% do total de calorias consumidas, sendo 2,2% para as frutas e 0,7% para as hortaliças. Nesse mesmo período, houve uma diminuição acentuada no consumo de alimentos *in natura* na alimentação da população brasileira concomitantemente ao aumento expressivo no consumo de alimentos ultraprocessados, promovendo uma redução da qualidade global da alimentação no país (CANELLA et al., 2018).

Comumente, os alimentos ultraprocessados apresentam alta densidade energética, excesso de gorduras totais e saturadas, maiores concentrações de sódio e/ou açúcar, e baixo teor de fibras. Ainda têm por característica, devido a sua composição e processamento, serem hiperpalatáveis com maior durabilidade e prontos para o consumo. Também apresentam menor custo quando comparados com os alimentos *in natura* ou minimamente processados (GIESTA et al., 2019). Dentre os fatores classicamente já estudados e que comprovadamente estão envolvidos no consumo de ultraprocessados pelas crianças a renda familiar e a escolaridade dos pais são destacados (SILVA et al., 2017).

### 3.3 Determinantes do comportamento alimentar infantil

O comportamento alimentar pode ser influenciado por diversos elementos, tais como sociais, culturais, psicológicos, ambientais e pela mídia (VAZ et al., 2014). No que se refere aos determinantes sociais, observa-se que o consumo mundial de alimentos está aumentando, entretanto, os padrões de consumo variam de acordo com os níveis de renda e países (DEFANTE et al., 2014).

A escolha alimentar está diretamente ligada ao comportamento de compra dos indivíduos, que por sua vez, é motivado pela associação direta e indireta com o ambiente micro e macroeconômico. O método principal de escolha dos alimentos é o preço. Além disso, as pessoas são conscientes de que o alimento precisa fazer bem à saúde, mas na maioria das vezes é necessário fazer escolhas inadequadas, devido ao insuficiente recurso disponível para gastar com a alimentação (FULCO et al., 2016).

Os comportamentos alimentares adequados no início da vida são conhecidos por prevenir os comportamentos alimentares inadequados na vida adulta. O aleitamento materno é o primeiro determinante do comportamento alimentar, fator mediador para a auto regulação da fome e saciedade (SUSAN et al., 2014). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2013) o tempo de aleitamento materno (AM) no Brasil é maior que vinte meses e a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de seis meses é acima de 50%. Em outros países como China e Estados Unidos, a duração do aleitamento materno é menor que doze meses (BOCCOLINI et al., 2017 & ROLLINS et al., 2016). Desse modo, é fundamental que estudos nacionais sobre o tema considerem o aleitamento materno no contexto do comportamento alimentar infantil.

Outro aspecto importante sobre o comportamento alimentar da criança, na atualidade, refere-se à mídia. Os meios de comunicação podem ser considerados importantes agentes influenciadores do comportamento alimentar infantil, pois determinam padrões de consumo pela forma com que transmitem a informação. Os recursos utilizados nas propagandas publicitárias relacionadas aos produtos alimentícios direcionadas ao público infantil precisam ser considerados como um problema de saúde pública (DANTAS, 2019). A escolha de alimentos pouco saudáveis e com alta densidade calórica é estimulada e encorajada pelo hábito de assistir televisão (TV). Pelo fato da criança ser imatura ao senso crítico e à tomada de decisões, está mais susceptível aos apelos comerciais, sendo intensamente atingida com uma publicidade especificamente direcionada para o público infantil (THIMMIG et al., 2017).

A exposição excessiva da criança à TV e à tecnologia digital, como por exemplo à internet, está associada a hábitos de vida inadequados e pouco saudáveis (BENETTI et al., 2013). Um estudo realizado na Califórnia por Shi et al. (2010) comprovou a relação direta entre o comportamento alimentar e o tempo em

que as crianças assistem televisão, visto que o alimento é o produto mais anunciado na programação de TV infantil. A exposição desses alimentos anunciados fomenta o seu consumo pelas crianças, motivo pelo qual a mídia e a televisão influenciam o comportamento alimentar de crianças.

Atualmente, as empresas de publicidade usam estratégias para estimular o consumo dos seus produtos. A mídia tem investido cada vez mais em propagandas de alimentos ultraprocessados, ricos em gorduras e sódio, como *fast foods* e bebidas açucaradas, alimentos pobres em nutrientes e altamente calóricos. Estudiosos têm sugerido que os meios de comunicação dos produtos alimentares contribuem para um ambiente obesogênico, incentivando às escolhas menos saudáveis e favorecendo o sedentarismo, especialmente em relação ao público infantil. Tal contexto desvia o indivíduo de atividades que poderiam auxiliar no gasto energético de calorias excessivas contidas em dietas inadequadas e favorecem o que, na contemporaneidade, tem sido chamado de ambiente obesogênico (PARENTE et al., 2016).

O ambiente obesogênico é determinado por condições contextuais que favorecem a instalação da obesidade. É marcado por comportamentos alimentares associados à disponibilidade de alimentos processados, ricos em calorias e pobres em nutrientes, como fibras, vitaminas e minerais. Também engloba os fatores físicos, econômicos e culturais associados à alimentação e atividade física (SUOZA et al., 2008).

Ambientes como escola, casa, e comunidade são influenciados por sistemas de educação, governo, e indústria alimentícia. Os estabelecimentos de produtos alimentícios próximos à área física onde o indivíduo reside também interferem na aquisição de alimentos (SOUZA, 2008). A existência de ambientes obesogênicos se torna um grande desafio para um estilo de vida saudável, pois favorece o consumo de alimentos ultraprocessados. Nesse sentido, um estudo realizado por Jaime e colaboradores (2011) mostrou que, uma quantidade maior de locais para comércio de frutas próximo à residência está associada ao comportamento alimentar adequado, com maior ingestão de alimentos saudáveis.

Destaca-se que a relação entre os pais e a criança durante o momento da alimentação tem sido interesse de pesquisa, havendo a hipótese de que características dos pais e de como eles interagem com a criança podem impactar na maneira como a criança irá lidar com os alimentos (KHANDPUR et al., 2014).

Acredita-se que elementos do contexto familiar e social infantis como tristeza, baixa autoestima, depressão, motivação e alegria podem interferir de forma positiva ou negativa no comportamento alimentar das crianças. (SILVA et al., 2016).

### **3.3.1 Práticas parentais, contextos familiares e comportamento alimentar infantil**

A prática parental, também chamada de estilo parental é caracterizada como um conjunto de atitudes que formam o ambiente emocional, considerado a maneira como os pais lidam com as questões de autoridade, poder, hierarquia e apoio emocional pertinentes aos filhos (COSTA et al., 2000). A responsabilidade dos pais ou a falta dela é que diferencia os estilos parentais (DECOSTA et al., 2017).

De acordo com Baumrind (1996) o conceito de estilo parental engloba os fatores comportamentais e afetivos que cercam a educação dos filhos, sendo estabelecidos por três categorias: democrático, autoritário e permissivo. Os pais democráticos, denominados pais responsivos, exercem controle firme e valorizam a autonomia dos filhos. O estilo autoritário é aquele em que os pais usam medidas de punição e alto controle e esperam obediência. Por último, o estilo permissivo é caracterizado pela ausência de controle sobre os comportamentos dos filhos, ou seja, permitem que os filhos exerçam seus desejos momentâneos e impulsivos.

Os pais autoritários e exigentes constantemente estabelecem regras e enfatizam as atitudes corretas com gratificação e as erradas com punições. Já os pais participativos/autoritativos ou com alta responsividade usam diálogo baseado no respeito mútuo e a regra é imposta de forma indutiva, com carinho e interação. Os pais permissivos não impõem regras nem limites para as crianças, geralmente são carinhosos e com tendência a realizar qualquer desejo do filho, sendo a tolerância praticada de maneira excessiva, permitindo que a criança controle a si mesma (HUGHES et al., 2012).

Estudo com crianças e adolescentes verificou que o estilo parental pode influenciar os comportamentos de saúde e qualidade de vida infantil, uma vez que os autores concluíram que o estilo afetuoso e firme dos pais, em especial o do pai, está relacionado a melhores comportamentos infantis (BERGE et al. 2014).

No que tange às práticas parentais e a relação com o comportamento alimentar das crianças, estudos internacionais têm sido realizados. Investigação

realizada por Fries e colaboradores (2017) nos Estados Unidos, mostrou que quando os pais ofertam novos alimentos para as crianças não ingeridos por eles mesmos, há insucesso na aceitação dos filhos. Entretanto é importante, salientar que esse estudo não averiguou a relação dos fatores culturais ao comportamento alimentar infantil.

Steinsbekk et al., (2016) investigaram estilos parentais na Noruega e observaram que aqueles mais relacionados a prejuízos alimentares da criança são os que se associam a formas controladoras ou negligentes, levando a criança à comer na ausência de fome, utilizando os sinais externos, como por exemplo, cor, cheiro, textura e emoções. Em contrapartida, o estilo parental de apoio se associa positivamente, em relação ao filho, uma vez que compreende os sinais de fome e saciedade da criança. No entanto, o autor não relacionou os aspectos sociais ao comportamento alimentar da criança.

Analisando as práticas de responsividade, controle e permissividade, acredita-se que as atitudes dos pais podem ser fatores de risco ou proteção no comportamento alimentar dos filhos. Outro estudo realizado na Inglaterra, por Susan et al., (2014) observou que os pais que limitavam a quantidade de alimentos consumidos pelos filhos, possibilitavam um consumo excessivo quando o alimento se encontrava em fácil acesso e disponível, com conseqüente aumento do peso. Os pais que monitoram o consumo de alimentos ricos em açúcares e ricos em gorduras podem provocar peso mais adequado e maior consumo de alimentos saudáveis dos filhos. Apesar destes resultados, essa pesquisa não avaliou os aspectos psicológico, cultural e social no comportamento alimentar da criança.

É importante destacar que é escassa a publicação no Brasil que avalia com maior complexidade e multifatorialidade a relação entre práticas parentais e comportamento alimentar de crianças e o único estudo encontrado em bases de dados pesquisadas (*Pub Med, Lilacs, Scopus*) não abrange os aspectos sociais, culturais e econômicos (MELO et al.2017). Portanto, apesar do comportamento alimentar representar uma das atividades humanas de maior importância, há uma lacuna de trabalhos nessa direção.



## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Delineamento/tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo transversal.

### 4.2 Local do estudo

O presente estudo foi desenvolvido nas Estratégias Saúde da Família (ESF) da zona urbana do Município de Divinópolis, MG, localizado na região centro-oeste do estado de Minas Gerais, aproximadamente a 120 km da capital mineira, Belo Horizonte. O município tem uma extensão de 708 km<sup>2</sup> e uma população de 232.945 habitantes (IBGE, 2016).

O Plano diretor do Município determina seis regiões de planejamento que abrigam as respectivas Estratégias de Saúde da Família. Divinópolis possui 34 ESF distribuídas em todo o território (urbano e rural), sendo que três destas atendem comunidades rurais, as ESF Buritis, Quilombo, Djalma Dutra. A ESF Jardinópolis, mista, atende zonas urbana e rural.

Entre as ESF de cada região de planejamento realizou-se um sorteio aleatório, estratificando as regiões que compõem o local de estudo, conforme Quadro 1 e Figura 1.

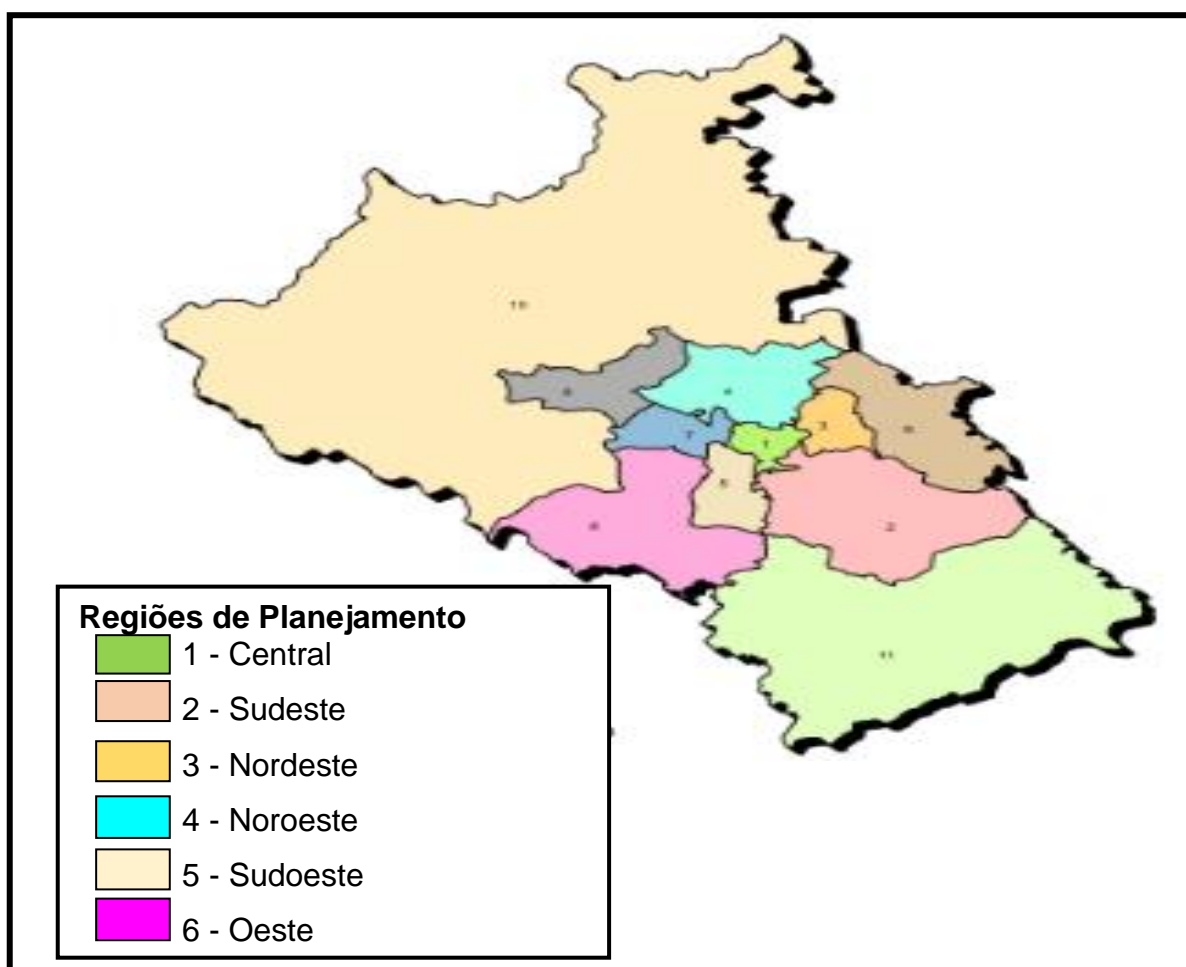
**Quadro 1 – Estratégias Saúde da Família de realização do estudo de acordo com as regiões de planejamento do município de Divinópolis/MG, 2019.**

<b>Região de Planejamento</b>	<b>ESF existentes em zona urbana</b>	<b>ESF sorteada/local do estudo</b>
Região Sudeste	Nossa Senhora das Graças, Jusa Fonseca/Paraíso, Santos Dumont/Nova Holanda, Nações, Santa Rosa, Sagrada Família, Vale do Sol e Santa Lúcia	Jusa Fonseca/Paraíso
Região Noroeste	Afonso Pena, Bom Pastor, Serra Verde, Osvaldo	Serra Verde

	Machado Gontijo, Ermida, Belo Vale/Rancho Alegre	
Região Nordeste	Icaraí/Itaí, Danilo Passos, Niterói, Primavera e Candidés	Icaraí
Região Oeste	Tietê, São Roque, Campina Verde, Planalto	Planalto
Região Sudoeste	Nilda Barros, São José, Belvedere, São Paulo, Jardinópolis e Morada Nova	Belvedere
Região Central	Ipiranga e Central	Ipiranga

Fonte: Sis - Sistema Integrado de Saúde Semusa - Secretaria Municipal de Saúde. Relatório gerado em 11/06/2018.

**Figura 1 - Mapa de regiões de planejamento urbano, Divinópolis, MG.**



Fonte: Plano Diretor Município de Divinópolis, 2013



### 4.3 População e amostra

Este estudo foi realizado com crianças residentes na zona urbana do município de Divinópolis, MG, atendidas pelas Estratégias de Saúde da Família no ano de 2019. Os critérios de inclusão são crianças cadastradas nas ESF de Divinópolis, na faixa etária entre um a cinco anos incompletos, que realizassem as refeições principais pelo menos duas vezes na semana com a família, onde os pais estivessem envolvidos no cuidado e participação conjunta na alimentação com seus filhos (WENDT et al. 2015). A escolha da faixa etária se deu em função da classificação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que define a primeira infância do nascimento aos cinco anos (BRASIL, 2018), período em que há grande aprendizagem e formulação do hábito alimentar da criança, momento oportuno para identificação dos fatores determinantes do comportamento alimentar infantil (TOSATTI et al., 2017). Os critérios de exclusão consistiram em crianças portadoras de doenças crônicas que implicassem em dietas específicas, por essa condição alimentar interferir na intimidade do núcleo familiar (WONG, 1999).

Existem 8.228 crianças com idade entre um e cinco anos de idade, cadastradas nas ESF da zona urbana de Divinópolis. Tendo em vista a população descrita, para um nível de confiança de 95%, precisão de 5%, proporção de 50% para desfechos de prevalência desconhecida, valor este que fornece o maior tamanho amostral, para população finita ( $n=8228$ ), segundo os critérios de Hulley e Cummings (2001), calculou-se uma amostra de 368 crianças, com acréscimo de 10% para perdas, o tamanho amostral necessário foi de 405 participantes (Hellwig et al., 2015). O cálculo foi executado utilizando o programa de domínio público OpenEpi versão 3.01, disponível em [www.openepi.com](http://www.openepi.com). (Quadro 2)

Quadro 2. Tamanho de amostra para cálculo de proporção de prevalência desconhecida de acordo com a margem de perdas.

Prevalência desconhecida	Erro aceitável	Subtotal	Total
50%	10%	368	405

\*em pontos percentuais; e adição de 10% para perdas e recusas

A Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis disponibilizou uma lista, contendo os nomes de todas as crianças cadastradas na faixa etária de um a cinco anos incompletos por ESF. Utilizando essa lista, realizou-se o sorteio, também utilizando o programa Open Epi, das crianças participantes do estudo, conforme amostra calculada para cada região de planejamento (Quadro 3).

**Quadro 3. Amostragem dos participantes do estudo, conforme Região de Planejamento, Divinópolis – MG, 2019.**

<b>Região de Planejamento</b>	<b>População Elegível</b>	<b>Amostra</b>
Região Sudeste	2.090	94
Região Noroeste	1527	68
Região Nordeste	1653	74
Região Oeste	565	25
Região Sudoeste	1.443	65
Região Central	950	42
<b>TOTAL</b>	<b>8228</b>	<b>368</b>
Considerou um acréscimo de 10% para perdas, sendo o tamanho amostral de 405		

Fonte: Sis - Sistema Integrado de Saúde Semusa - Secretaria Municipal de Saúde. Relatório gerado em 11/06/2018.

Programa Open Epi versão 3.01, disponível em [www.openepi.com](http://www.openepi.com).

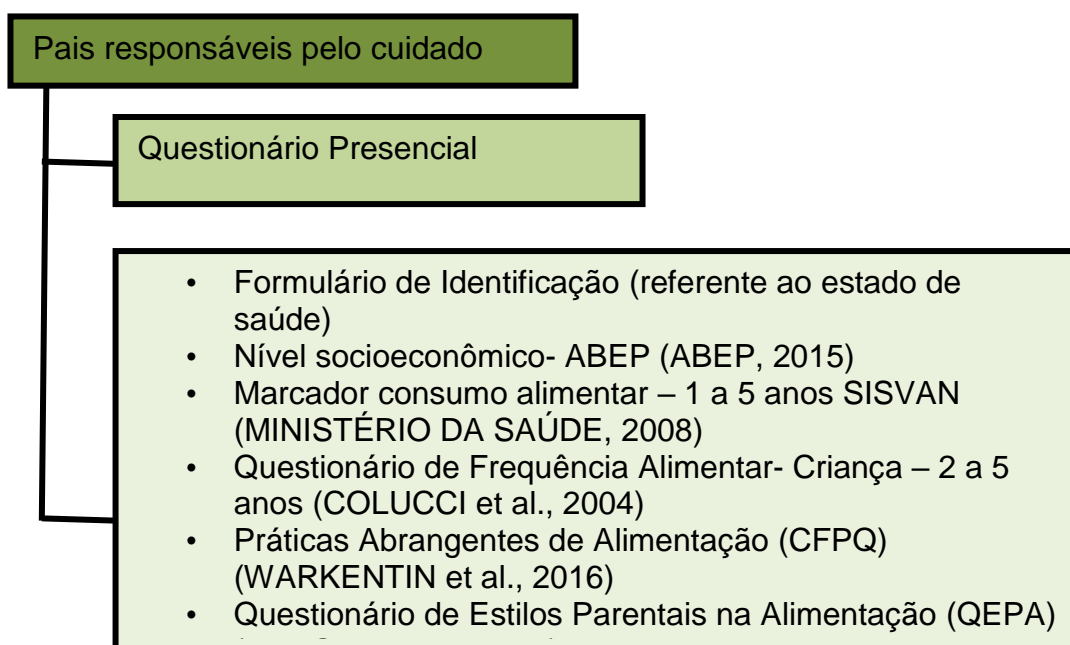
#### **4.4 Coleta de dados**

Os pais/responsáveis pelas crianças, na faixa etária , cadastradas nas entre um e cinco anos incompletos do município de Divinópolis, foram convidados a participar de uma reunião na respectiva Estratégia Saúde da Família. Nesse momento, foi apresentado o projeto com linguagem clara e acessível e esclarecidas dúvidas que eventualmente surgiram. Foram, então, abordados os critérios de exclusão e inclusão e solicitada a participação da criança. Em seguida, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) com posterior coleta de assinaturas, caso houvesse concordância. Junto aos responsáveis que consentiram, foi agendada a coleta de dados, ocorrendo essa na

respectiva ESF ou no domicílio, conforme disponibilidade e escolha dos responsáveis.

Foram coletados por meio de questionários, via presencial, dados referentes ao nível socioeconômico das famílias, práticas parentais, consumo alimentar da criança, informações demográficas e clínicas. Medidas antropométricas das crianças também foram aferidas. A Figura 2 apresenta uma descrição simplificada das variáveis obtidas por estes instrumentos.

**Figura 2: Descrição dos dados obtidos nos protocolos aplicados com os pais responsáveis pelo cuidado. Divinópolis/MG, 2019.**



O nível socioeconômico das famílias foi avaliado por meio do questionário de critérios de classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP (ANEXO A) que se baseia no cômputo dos bens existentes no domicílio (eletrodomésticos e carros), presença de empregada doméstica mensalista, escolaridade do chefe da família e no acesso a serviços públicos. As categorias podem variar de A (nível mais elevado) até E (nível mais baixo), de acordo com a pontuação obtida (ABEP, 2015).

Para avaliar o consumo alimentar habitual das crianças de um a cinco anos incompletos foi aplicado o questionário de marcadores do consumo alimentar para crianças menores de cinco anos, subdivido nas idades de um a dois anos

incompletos e acima de dois anos, padronizado pelo Ministério da Saúde (2008) (ANEXO B).

Para avaliação do comportamento alimentar da criança, foi aplicado um questionário de frequência alimentar – QFA, para crianças de dois a cinco anos, validado para a população brasileira, referente ao consumo no último ano (ANEXO C). O QFA contém 56 itens e mostra quantas vezes os alimentos são consumidos (0 a 10 vezes) por dia, semana, mês ou ano (COLUCCI et al., 2004)

O instrumento *Comprehensive Feeding Practices Questionnaire* (CFPQ), proposto por Musher-Eizenman e Holub (2007), validado, traduzido e adaptado em uma grande amostra com pais brasileiros de crianças, denominado Práticas Abrangentes de Alimentação, foi também utilizado, visando avaliar as práticas parentais em relação à alimentação dos filhos, a fim de investigar alterações no comportamento alimentar da criança influenciadas pelas atitudes dos pais (WARKENTIN et al., 2016). O questionário é composto por 43 itens, envolvendo autoridade, regulação emocional, incentivo à dieta equilibrada e variada, ambiente, modelo parental, controle parental, alimentação como recompensa, restrição para o controle do peso, a restrição à saúde, ou seja, pais controlam o consumo de comida dos seus filhos com o propósito de limitar comidas menos saudáveis e doces para manter seus filhos mais saudáveis, pressão para comer, envolvimento e ensino sobre a nutrição (ANEXO D).

Foi utilizado também para verificar as práticas parentais frente ao comportamento alimentar da criança o Questionário de Estilos Parentais na Alimentação (QEPA), instrumento adaptado e validado para o contexto brasileiro, que tem como objetivo conhecer a forma como os pais interagem com seus filhos no momento da refeição (CAUDURO et al., 2017). O instrumento é composto por 19 itens divididos em três dimensões: estratégias centradas nos pais (12 itens), estratégias centradas nas crianças (sete itens) e itens relacionados a ajudas secundárias (três itens). Nesses itens, as dimensões de responsividade e exigência estão organizados em sete subitens centrados na criança e 12 itens centrados nos pais, avaliados por uma escala *Likert* de cinco pontos (de *nunca* a *sempre*). A dimensão exigência refere-se ao controle do comportamento da criança e das técnicas disciplinares utilizadas pelos pais; enquanto a dimensão responsividade corresponde ao afeto transmitido à criança e a resposta às suas necessidades (MACCOBY & MARTIN, 1983). (ANEXO E).

Os itens direcionados para a criança avaliam a promoção da sua autonomia durante a refeição (por exemplo, explicações sobre a comida, elogios, incentivos, etc.), enquanto os itens direcionados aos pais avaliam as pressões externas utilizadas para controlar a alimentação dos filhos (por exemplo, barganhar com a criança, utilizar recompensas como incentivo para comer, etc.) (VAUGHN et al., 2013).

A antropometria das crianças (peso e altura) foi realizada conforme técnica recomendada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). As medidas foram realizadas em triplicata, e posteriormente calculada a média aritmética dos dados obtidos. Nas crianças menores de dois anos, a aferição do peso foi feita por meio de balança infantil digital da Marca Filizola Ltda, com capacidade até 30 kg e precisão de 0,1kg. Após ligar a balança e essa estar zerada, a criança foi totalmente despida e colocada no centro do prato da balança (sentada ou deitada). Quando o valor do peso foi fixado de forma estável no visor, a leitura foi registrada (BRASIL, 2011). Também para essa faixa etária, a aferição do comprimento foi realizada utilizando-se infantômetro horizontal, com campo de uso de 0 a 1 m e graduação de 1 mm. A criança foi deitada no centro do infantômetro descalça e com a cabeça livre de adereços. A cabeça ficava apoiada firmemente contra a parte fixa do aparelho, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito, no Plano de Frankfurt. Os joelhos da criança foram pressionados levemente contra a superfície do aparelho, ficando estendidos. A parte móvel do equipamento foi levada até os pés, onde se fez a leitura do comprimento (BRASIL, 2011).

Nas crianças maiores de dois anos, o peso foi aferido por meio de balança digital da Marca Filizola Ltda., com capacidade de até 200 kg e precisão de 0,1 kg. As crianças foram pesadas com roupas leves, excluindo-se agasalhos pesados, sem sapatos e sem meias, ficando de pé no centro da plataforma do aparelho (BRASIL, 2011). A estatura de crianças maiores de dois anos foi mensurada por antropômetro Altorexata®, sendo a criança colocada em pé, de costas para a escala métrica, sem sapatos e meias, com os pés paralelos e os tornozelos unidos. As nádegas, os ombros e a parte posterior da cabeça tocam a régua e os braços permanecem estendidos ao longo do corpo. O examinador fixa a mão sob o queixo do adolescente, posicionando sua cabeça de modo que a parte inferior da órbita ocular fique no mesmo plano do orifício externo do ouvido (Plano de Frankfurt). Um

esquadro é apoiado na cabeça, sem empurrá-la para baixo, e a medida lida e imediatamente anotada até o milímetro mais próximo (BRASIL,2011).

Para a avaliação do estado nutricional da criança, foi utilizado o programa *WHO Anthro Plus* da Organização Mundial de Saúde (WHO,2018), para estabelecer o Escore z do Índice de Massa Corporal (IMC) por idade, classificando a criança em magreza acentuada, magreza, eutrofia, sobrepeso, obesidade e obesidade grave, de acordo com as curvas da OMS (WHO, 2000). O IMC é calculado por meio da fórmula  $\text{Peso/Altura}^2$  sendo o peso dado em quilogramas e a estatura em metros (Quadro 4).

**Quadro 4 - Pontos de corte de IMC-para-idade para crianças menores de 5 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	Risco de sobrepeso
>Percentil 97 e ≤Percentil 99,9	>Escore-z +2 e ≤Escore-z +3	Sobrepeso
>Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade

Fonte: (WHO, 2006)

#### 4.5.2 Caracterização das variáveis do estudo

##### 4.5.1 Variável Dependente (desfecho)

Adotou-se como variável desfecho o comportamento alimentar da criança através da frequência de consumo de alimentos ultraprocessados mensurada pelo questionário de frequência alimentar especificamente para a faixa etária de dois a cinco anos de idade. Destaca-se que o comportamento alimentar infantil marcado

pelo consumo de ultraprocessados está relacionado a vários desfechos negativos na saúde, como obesidade, dislipidemia e hipertensão arterial (OPAS; OMS, 2018).

O consumo de ultraprocessados foi lido como frequência diária, e, portanto, estimou-se o consumo de uma vez por dia, convertendo em 1, uma vez por semana foi convertido em 0,14 (1/7), 1 vez por mês foi convertido em 0,03 (1/30), e assim por diante.

Considerou-se por definição os alimentos ultraprocessados, os quais estão prontos para consumo ou prontos para aquecer com pouca ou nenhuma preparação. Dentre os processos utilizados na obtenção destes produtos, podem incluir a salga, adoçamento, fritura, cura, defumação, uso de conservantes e aditivos, como por exemplo, suco artificial, refrigerantes, guloseimas (balas, doces e chocolates), embutidos (salsicha, linguiça, salame, presunto), salgadinhos do tipo “chips”, macarrão instantâneo industrializado e biscoito recheado (MONTEIRO et al., 2010). O processo de codificação foi feito em 16 alimentos ultraprocessados presentes no questionário de frequência alimentar. Ao final da conversão, todos os valores obtidos foram somados e com isso foi criada uma variável de frequência de consumo de ultraprocessados que foi utilizada como variável dependente do modelo de regressão proposto para esse trabalho (HAIR JR, 2005, p.26).

#### 4.5.2 Variáveis Independentes (explicativas)

##### 4.5.2.1 Características Socioeconômicas e Demográficas

As crianças foram caracterizadas quanto ao sexo (masculino e feminino). O nível socioeconômico foi categorizado em estratos sociais segundo os critérios da ABEP (Quadro 5).

**Quadro 5 - Sistema de pontos e renda médio domiciliar por estrato Socioeconômico**

<b>Sistema de pontos do questionário socioeconômico ABEP</b>		
<b><i>Categoria- estrato socioeconômico</i></b>	<b><i>Pontuação</i></b>	<b><i>Renda média domiciliar</i></b>
A	45 – 100	R\$ 20.272,56
B1	38 – 44	R\$ 8.695,88
B2	29 – 37	R\$ 4.427,36
C1	23 – 28	R\$ 2.409,01
C2	17 – 22	R\$ 1.446,24
D-E	0 – 16	R\$ 639,78

Fonte: Adaptado da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (2015).

A escolaridade do chefe da família foi avaliada de forma contínua, considerando-se os anos completos de estudo. A cor da pele autodeclarado da criança e dos pais foram categorizados em: preta, parda e branca. A idade cronológica, tanto da criança quanto dos pais, foi apresentada como variável contínua. Além disso, a faixa etária de ambos foi categorizada, sendo que para as crianças categorizou-se em um, dois, três e quatro anos completos; e para os pais foram usados média  $\pm$  desvio-padrão.

Por fim, a ocupação dos pais foi dicotomizada em “do lar” e “trabalha fora”. Categorizou-se o estado marital materno em solteira, casada, divorciada e viúva.

#### **4.5.4 Características referente ao estado de saúde**

O número de horas de sono da criança foi contabilizado considerando o tempo decorrido entre o horário habitual que se dorme e o horário que acorda, e foi apresentado como uma variável contínua, em horas de sono. O funcionamento intestinal da criança foi dicotomizado em “normal” e “obstipado”, sendo que foi considerada como obstipada a criança que relatou a ocorrência de menos de três evacuações por semana ou evacuações com fezes duras, secas, ou pequenas, que tornam dolorosa a sua passagem (CAMILLERI, 2013). Categorizou-se o temperamento emocional da criança em calma, agitada e ansiosa; o uso de medicamento foi dicotomizado em “sim” quando a mãe e/ou pai relatou uso regular de medicamento e “não” quando não fazia uso. O nascimento foi dicotomizado em “a termo” e “pré-termo”; as variáveis peso ao nascer (kg) e estatura ao nascer (cm) foram apresentadas como contínuas; se a mãe amamentou a criança foi dicotomizado em “sim” e “não”. O aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida foi categorizado em sim e não. Sobre a criança estar em aleitamento materno foi dicotomizado em “sim” e “não”; e por fim se a criança faz uso de fórmula infantil foi dicotomizado em “sim” e “não”.

O histórico familiar de doenças crônicas não transmissíveis também foi questionado. Foram considerados portadores de doenças crônicas aqueles que responderam afirmativamente à presença de pelo menos uma das doenças investigadas, como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, excesso de peso, câncer, distúrbio da tireoide e dislipidemia. Um familiar poderia estar



acometido por mais de uma doença crônica e a presença de multimorbidades foi analisada considerando a resposta afirmativa para o diagnóstico de duas e três ou mais doenças (THEME FILHA, 2013).

#### **4.5.6 Dados antropométricos**

As variáveis peso, atual e altura foram obtidas pela média das três aferições realizadas e apresentadas como variáveis contínuas, considerando para essas medidas uma casa decimal após a vírgula. O escore z de IMC (kg/m<sup>2</sup>) da criança foi apresentado como variável contínua.

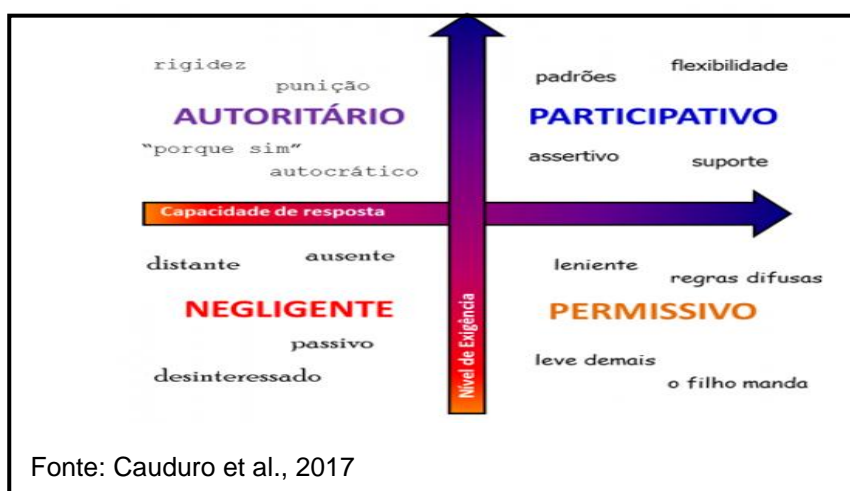
#### **4.5.7 Práticas Parentais**

Os escores do Questionário de Estilos Parentais na Alimentação (QEPA) foram calculados respeitando as orientações da pontuação tipológica (CAUDURO et al., 2017). Sobre a classificação dos estilos parentais, estilo autoritário é uma combinação entre baixa responsividade e alto nível de exigência. Os pais com esse estilo são muito exigentes, colocam muitas regras e geralmente utilizam-se da punição para controlar o comportamento, além de não serem abertos ao diálogo, muito menos à opinião das crianças. Já o estilo indulgente ou permissivo resulta de uma alta responsividade com um baixo nível de exigência. Estes pais são abertos ao diálogo, atendendo quase sempre o que os filhos pedem, contudo não colocam limites e regras em seus comportamentos, sendo muito tolerantes. O estilo negligente, por sua vez, é a combinação de baixa responsividade e baixo nível de exigência. Os pais não demonstram nem controle e nem afeto para com os filhos. Geralmente estão concentrados em seus interesses, respondendo apenas às necessidades básicas das crianças. Por fim, o estilo autoritativo ou participativo é a combinação de alta responsividade e alto nível de exigência. Estes pais dialogam com seus filhos e são afetuosos, mas, ao mesmo tempo, impõem regras e limites, sempre deixando claras as razões para tais atitudes. A relação entre ambos é de respeito e amor (CASSONI, 2013; HUGHES et al., 2012; CAUDURO et al., 2017).

Foram obtidos inicialmente dois escores: exigência e responsividade. A exigência foi calculada a partir da média dos resultados de 19 itens, enquanto a responsividade foi calculada pela média dos resultados de sete itens específicos (3,

4, 6, 8, 9, 15, 17) e dividida pela média geral do instrumento. Em seguida, esses escores foram classificados em baixa/alta exigência e baixa/alta responsividade, considerando como pontos de corte 2,80 para dimensão exigência e 1,16 para a dimensão responsividade (CAUDURO et al., 2017). Por fim, os resultados foram combinados gerando o resultado final, que classifica os respondentes conforme descrito na figura 3:

**Figura 3 - Avaliação Tipológica**



O comportamento dos pais também foi considerado pelos critérios da Escala *Comprehensive Feeding Practices Questionnaire* (CFPQ), sendo que cada questão do questionário corresponde a um número de escala likert variando de 1 a 5. As questões do CFPQ tem a pontuação de duas formas diferentes. Algumas questão no formato (1 – nunca, 2 – raramente, 3 - as vezes, 4 – muitas vezes e 5 – sempre) e outras no formato ( 1 – Discordo totalmente, 2 – discordo parcialmente, 3 – não concordo e nem discordo, 4 – concordo parcialmente, 5 – concordo totalmente). No cálculo dos escores de cada subescala, foram calculadas as médias da pontuação de cada questão, conforme mostrado a seguir (Warkentin et al., 2016).

1. Orientação para alimentação saudável (média dos resultados das questões 1 a 16)
2. Monitoramento (média dos resultados das questões 17 a 20)
3. Restrição para controle de peso (média dos resultados das questões 21 a 27)
4. Restrição para saúde (média dos resultados das questões 28 a 32)

5. Regulação da emoção/comida como recompensa (média dos resultados das questões 33 a 38)
6. Pressão para alimentar (média dos resultados das questões 39 a 42)

## 5.6 Análises dos dados

Os dados coletados foram processados no programa Epidata® versão 3.1, que permitiu a devida análise de consistência e validação dos dados. Iniciou-se a análise dos dados no software *Statistical Package for Social Sciences* versão 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). Foi realizada uma análise descritiva de todas as variáveis investigadas por meio de tabelas de distribuição de frequências para as variáveis categóricas e medidas de tendência central (média), variabilidade (desvio-padrão) e posição (mediana, mínimo e máximo) para as variáveis numéricas.

Para analisar a associação entre as práticas parentais e o comportamento alimentar de crianças foi realizada análise multivariada por meio da Regressão Linear Múltipla, com um nível de significância de 5%. Foram selecionadas, para compor o modelo final, apenas as variáveis que na análise univariada apresentaram  $p < 0,20$ .

## 5.7 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São João Del Rei, sob parecer consubstanciado de N°. 3.330.967 e CAAE N°. 98529018.0.0000.5545 (ANEXO G). Todo o processo de pesquisa e utilização dos dados seguiu os termos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Uma via assinada do termo de consentimento livre e esclarecido foi entregue aos pais/responsáveis pelas crianças. Tal documento contém informações referentes aos objetivos da pesquisa, seus direitos, bem como os riscos e benefícios, assegurando-lhes o caráter anônimo dos entrevistados, e a liberdade de recusar-se a participar ou retirar-se da pesquisa no decorrer de seu percurso, garantido a livre participação na pesquisa. Todas as informações obtidas são

confidenciais e sendo garantidos o anonimato e o sigilo absoluto por parte dos pesquisadores.

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável, por um período de cinco anos, e após esse tempo serão inutilizados e extintos.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão dessa dissertação serão apresentados da seguinte forma:

- Artigo 1: trata-se de uma revisão sistemática da literatura, e segue as normas da Revista Cuidarte, periódico ao qual foi submetido para avaliação (ANEXO - J).
- Artigo 2: O artigo 2 trata-se de um artigo original que responde os objetivos da pesquisa e segue as normas da Revista Texto e Contexto em Enfermagem, periódico ao qual foi submetido para avaliação (ANEXO - M).

## 5.1 ARTIGO 1

### COMPORTAMENTO DOS PAIS E SUA RELAÇÃO COM O COMPORTAMENTO ALIMENTAR DA CRIANÇA: REVISÃO SISTEMÁTICA

#### PARENT BEHAVIOR AND ITS RELATIONSHIP WITH CHILD FOOD BEHAVIOR: SYSTEMATIC REVIEW

##### RESUMO

**Introdução:** O tema comportamento alimentar infantil tem tido relevância na contemporaneidade, em função de suas implicações na determinação de doenças crônicas prevalentes. **Objetivo:** Identificar, na literatura atual, a relação entre comportamento dos pais durante a refeição e comportamento alimentar de crianças. **Método:** Trata-se de uma revisão sistemática da literatura. A pergunta de estudo foi delineada por meio da estratégia PECOS (sendo P referente à crianças, E pertinente aos fatores ambientais/psicológicos, C comparação entre o comportamento alimentar da criança e práticas parentais e, O “outcomes” equivalente ao comportamento alimentar), e a seleção dos dados foi implementada de acordo com o PRISMA. Realizou-se a pesquisa nas bases de dados *Lilacs*, MEDLINE e IBECs, por meio dos portais PubMed e BVS, com artigos publicados entre 2013 e 2018. Dezoito estudos compuseram a presente revisão. Resultados: Dos estudos, 14 (77,7%) permitiram observar diretamente as práticas parentais durante a refeição, encontrando associação estatisticamente significativa entre o uso de pressão para alimentar pelos pais e alimentação seletiva pela criança. Dentre os estudos, quatro (22%) mostraram que o comportamento alimentar dos pais interfere no comportamento alimentar das crianças, tornando-os similares. A maioria dos artigos são internacionais, sendo apenas um realizado no Brasil. Atitudes de pressão dos pais junto aos filhos durante a refeição favorecem que as crianças tenham um comportamento

seletivo frente à alimentação. **Conclusão:** Estudos nacionais sobre o comportamento alimentar infantil são imperativos, visando uma maior elucidação sobre o tema e ampliando os fatores relacionados.

**Palavras-chave:** Comportamento alimentar; Criança; Família; Psicologia

## **ABSTRACT**

Introduction: Child feeding behavior has been relevant in contemporary times, due to its implications in determining prevalent chronic diseases. Objective: To identify, in the current literature, the relationship between parental behavior during meal and eating behavior of children. Method: This is a systematic literature review. The study question was delineated through the PECOS strategy (P being children, E pertinent to environmental / psychological factors, C comparing the child's eating behavior and parenting practices, and the outcomes equivalent to eating behavior), and Data selection was implemented according to PRISMA. The research was performed in the Lilacs, MEDLINE and IBECS databases, through PubMed and VHL portals, with articles published between 2013 and 2018. Eighteen studies comprised this review. Results: From the studies, 14 (77.7%) allowed direct observation of parenting practices during the meal, finding a statistically significant association between the use of pressure to feed by parents and selective feeding by the child. Among the studies, four (22%) showed that parents' eating behavior interferes with children's eating behavior, making them similar. Most articles are international, only one in Brazil. Parental pressure attitudes towards their children at mealtime favor that children have a selective eating behavior. Conclusion: National studies on infant feeding behavior are imperative, aiming at a better elucidation on the subject and broadening the related factors.

**Key words:** Food behavior; Kid; Family; Psychology



## INTRODUÇÃO

O contexto familiar desempenha forte influência sobre o crescimento e desenvolvimento da criança.<sup>1</sup> Estudos centram-se especialmente nas repercussões desse contexto na saúde mental das crianças.<sup>2,3</sup> Importa estudar, no entanto, a relação entre o ambiente familiar, especialmente a relação e os mecanismos envolvidos entre o comportamento dos pais durante a refeição e o comportamento alimentar da criança.

O comportamento alimentar é um conjunto de ações relacionadas ao alimento, envolvendo desde a preferência até a ingestão, bem como todas as formas de convívio com a comida.<sup>4,5</sup> É multidimensional, sendo um agrupamento de hábitos e atitudes, como responsividade à saciedade, desejo de comer, comer emocional e padrões relacionados ao excesso de peso.<sup>6</sup>

Estudos, especialmente os internacionais, têm discutido o comportamento alimentar de pais e filhos. As práticas parentais de controle, pressão, recompensa utilizadas pelos pais, por exemplo, parecem influenciar o comportamento alimentar das crianças, podendo aumentar ou diminuir a ingestão de alimentos. Essas investigações, no entanto, são em contextos internacionais e não consideram o aleitamento materno e condições socioeconômicas,<sup>6-8</sup> tornando oportuna uma investigação sobre o tema.

Nesse sentido, a pesquisa busca responder à pergunta: há associação entre comportamento alimentar dos pais durante a refeição e comportamento alimentar das crianças?

O estudo tem como objetivo identificar, na literatura atual, a relação entre comportamento dos pais durante a refeição e comportamento alimentar de crianças. A presente investigação poderá contribuir para o desvelamento da questão, aprimorando a literatura sobre o tema, além de trazer indicadores para prevenção de agravos decorrentes do comportamento alimentar inadequado.

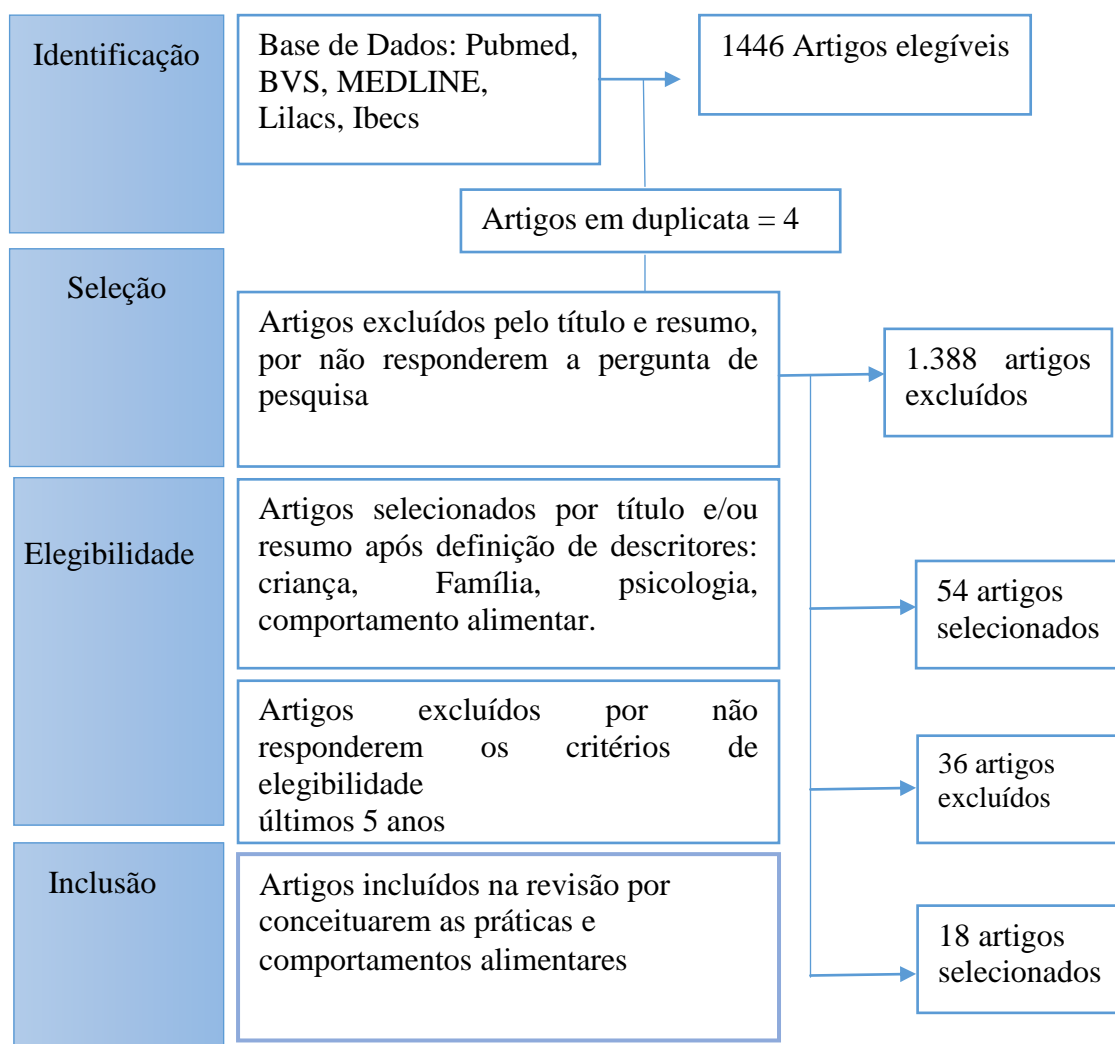
## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, um tipo de pesquisa que disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada.<sup>9</sup> A pergunta de pesquisa foi elaborada conforme a estratégia PECOS (sendo P referente à crianças, E pertinente aos fatores ambientais/psicológicos, C comparação entre o comportamento alimentar da criança e práticas parentais e, O “outcomes” equivalente ao comportamento alimentar).<sup>10</sup> Os artigos selecionados na presente revisão foram pesquisados nas bases de dados *Lilacs* (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) e Ibecs (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde). Utilizaram-se os portais PubMed (US National Library of Medicine National Institutes of Health) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Os descritores integram a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e da Medical Subject Headings (MeSH) A busca bibliográfica foi feita utilizando-se o operador booleano AND. Realizaram-se as seguintes combinações em português para todas as bases: (Comportamento alimentar AND criança AND família) AND (Comportamento alimentar AND psicologia AND criança); e em inglês: (Feeding behavior AND child AND family) AND (Feeding behavior AND Psychology AND child). Consecutivamente, utilizaram-se os critérios de inclusão: artigos publicados entre 1º de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2018, visando identificar as publicações mais recentes sobre a temática, faixa etária entre um e cinco anos de idade, caracterizando a primeira infância, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde.<sup>10</sup>

Analisaram-se publicações pesquisadas crítica e independentemente por dois autores S e C. As indecisões referentes à seleção dos artigos foram avaliadas em plenária com a

participação de um terceiro pesquisador, até se obter concordância. O processo de seleção dos artigos seguiu o Protocolo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), para o processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos.<sup>11</sup> Para classificar o nível de evidência dos artigos, foi utilizada a categorização da Agency for Health care Research and Quality (AHRQ), segundo a qual o nível 1 é considerado o de maior força de evidência, no qual são incluídas as metanálises de múltiplos estudos controlados. Projetos individuais com desenho experimental, como os ensaios clínicos aleatórios, são considerados de nível 2. Estudos de coorte, caso-controle e quase experimentais, como estudos não randomizados, são classificados como nível 3. Estudos com desenho não experimental, como os transversais, recebem o nível de evidência 4. Relatórios de caso são considerados nível 5, e opiniões de autoridades respeitáveis baseadas na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas e interpretações de informações não baseadas em pesquisas estão no nível 6.<sup>12</sup>

A pesquisa pelos descritores, de acordo com as combinações citadas, resultou na identificação inicial de 1.446 artigos. Na seleção, foram retirados quatro artigos repetidos. Posteriormente ao uso dos filtros ou limites, foram excluídos 1.388 trabalhos e, por meio da leitura dos títulos e resumos, permaneceram 54 artigos elegíveis. Foi realizada a leitura minuciosa e integral de 54 artigos elegíveis, dos quais 36 foram excluídos por não responderem à questão da pesquisa. Ao final, foram incluídos 18 estudos que respondiam à questão norteadora desta investigação (Fluxograma 1).



**Figura 1.** Fluxograma da pesquisa: identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos artigos científicos na revisão sistemática, de acordo com *guidelinePRISMA* (MOHER et al., 2009).

## RESULTADOS

Após a leitura na íntegra de todos os artigos incluídos na revisão, foram extraídos dados referentes ao ano de publicação, local da investigação, população, amostra, delineamento do estudo, nível de evidência científica dos estudos, instrumentos empregados para avaliação das práticas parentais e comportamento alimentar das crianças e, associação do comportamento dos pais e comportamento alimentar das crianças.

Os 18 artigos selecionados constituíam 11 (61,2%) estudos de delineamento transversal, cinco (27,7%) de coorte, e dois (11,1%) longitudinais experimentais. Os estudos apresentaram amostras que somadas incluíram 21.421 crianças investigadas. Dentre os 18 artigos desta revisão, 17 eram internacionais e apenas um nacional (Quadro1).

**Quadro 1.** Caracterização dos estudos incluídos na revisão sistemática, n=18, 2019.

Referência/Ano de Publicação/ País	Local	População/ amostra/Faixa etária	Delineamento do estudo	Nível de evidência científica	Instrumento de avaliação das práticas e comportamento dos pais e comportamento alimentar das crianças	Associação do comportamento dos pais com o comportamento alimentar das crianças
Susan et al, 2014 <sup>14</sup>	Inglaterra	Crianças na faixa etária entre 3 a 6 anos de idade, uma amostra N= 439	Transversal	Nível 4	Questionário de Comportamento Alimentar das Crianças (CEBQ) e Questionário de alimentação infantil (CFQ)	Restrição e monitoramento alimentar: Associação direta Recompensa alimentar: Não houve associação
Palfreyman et al, 2014 <sup>29</sup>	Inglaterra, Ásia e Europa	Crianças com idade entre 18 meses e 8 anos, amostra N= 497	Transversal	Nível 4	Práticas Abrangentes de Alimentação Questionário (CFPQ) e Questionário de Frequência Alimentar (QFA)	Associação direta
Antoniou et al, 2015 <sup>22</sup>	Holanda	Amostra inicial de N=2814 mães grávidas. As mães foram convidadas a preencher um questionário sobre o estilo de alimentação de seus filhos (n = 2037) quando as crianças tinham 5 anos de idade e em acompanhamento questionários em momentos com idade média de 7, 8 e 9 anos, respectivamente.	Coorte prospectivo	Nível 3	Questionário de Estilos de Alimentação dos Cuidadores (CFSQ) e Questionário de alimentação infantil (CFQ).	Associação direta
Remy et al, 2015 <sup>25</sup>	Finlândia	Crianças em idade pré-escolar (3 a 6 anos de idade), uma amostra N=236 crianças	Experimental	Nível 2	Questionário de Práticas Abrangentes de Alimentação (CFPQ) e Questionário de Comportamento Alimentar das Crianças (CEBQ).	Recompensa alimentar: Associação direta
Russell et al, 2015 <sup>21</sup>	Austrália	Crianças na faixa etária entre 2 a 5 anos de idade, uma amostra N= 371	Transversal	Nível 4	Escala de Neofobia Alimentar Infantil (CFNS), Índice de Preferência Saudável (HPI) e Questionário semiestruturado sobre preferência de comida pela criança.	Recompensa alimentar e modelagem parental: Associação direta
Hoffmann et al, 2016 <sup>20</sup>	Estados Unidos	Crianças na faixa etária de 7 a 11 anos de idade, amostra n= 192	Transversal	Nível 4	Questionário Escolha de alimento (FCQ), Questionário de Práticas Abrangentes de Alimentação (CFPQ), e Questionário de Frequência Alimentar (QFA).	Restrição e recompensa alimentar: Associação direta
Anna Ek et al, 2016 <sup>23</sup>	Suécia	Crianças na faixa etária entre 3 a 8 anos de idade, amostra N= 432	Transversal	Nível 4	Questionário de Comportamento Alimentar das Crianças (CEBQ), Questionário de alimentação infantil (CFQ)	Pressão e restrição alimentar: Associação direta

Holley et al, 2016 <sup>27</sup>	Reino Unido	Crianças na faixa etária entre 2 e 4 anos de idade, amostra n=90.	Coorte prospectivo	Nível 3	Questionário de práticas alimentares abrangentes (CFPQ), Pesquisa de temperamento EAS para crianças, Questionário de comportamento alimentar infantil (CEBQ)	Pressão alimentar e modelagem parental: Associação direta
Carnel et al, 2016 <sup>32</sup>	Reino Unido	Crianças entre a faixa etária de 2 a 4 anos, com amostra n=95	Transversal	Nível 4	Questionário de Comportamento Alimentar das Crianças (CEBQ), Formulário padronizado refeição, e Questionário de Práticas Abrangentes de Alimentação (CFPQ)	Monitoramento parental: Não houve associação
Tylka et al, 2016 <sup>15</sup>	Estados Unidos	Crianças entre as idades de 2 e 5 anos, amostra n= 180	Transversal	Nível 4	Questionário de alimentação infantil (CFQ), Escala comer intuitivo (IES).	Restrição alimentar: Associação positiva
Steinsbekk et al, 2016 <sup>16</sup>	Noruega	Crianças na faixa etária ente 2 e 8 anos de idade, amostra n= 3456	Coorte prospectivo não experimental	Nível 3	Questionário de Comportamento Alimentar das Crianças (CEBQ), e Questionário de Estilos de Alimentação dos Cuidadores (CFSQ) e Questionário de Pontos Fortes e Dificuldades (SDQ)	Pressão e restrição alimentar: Associação direta
Melo et al, 2017 <sup>30</sup>	Brasil	Crianças na faixa etária de 1 a 5 anos de idade. Uma amostra N=95 de crianças.	Transversal	Nível 4	Escala de comportamento dos pais durante a refeição (PMAS)	Modelagem parental: Associação direta
Byrne et al, 2017 <sup>17</sup>	Austrália	Mães com idade $\geq 18$ anos e crianças na faixa etária entre 4 meses e 1ano e 4meses de idade, n=330 participantes	Experimental	Nível 2	Questionário de Práticas e Estrutura (FPSQ), Recordatório 24h, Questionário auto-administrado contendo perguntas sobre comer exigente e comportamento infantil	Recompensar e restrição alimentar: Associação direta
Klazine et al, 2017 <sup>18</sup>	Estados Unidos	Crianças faixa etária entre 12 a 36 meses, n=1005 participantes	Transversal	Nível 4	Questionário Abrangente de Práticas de Alimentação (CFPQ) e Questionário de Comportamento Alimentar das Crianças (CEBQ)	Pressão e restrição alimentar: Associação direta
Haycraft et al, 2017 <sup>42</sup>	Reino Unido	Crianças na faixa etária de 2 a 6 anos de idade, n= 437 participantes.	Transversal	Nível 4	Questionário Abrangente de Práticas de Alimentação (CFPQ) e Questionário de Comportamento Alimentar das Crianças (CEBQ)	Monitoramento Alimentar: associação direta
Fries et al, 2017 <sup>28</sup>	Estados Unidos	Crianças faixa etária entre 12 e 36 meses, amostra N= 75 crianças	Coorte prospectivo	Nível 3	Questionário de Estilos de Alimentação dos Cuidadores (CFSQ), : Questionário Abrangente de Práticas de Alimentação (CFPQ) e Comportamento Alimentar das Crianças (CEBQ)	Pressão e modelagem alimentar: Associação direta
Powell et al, 2017 <sup>24</sup>	Estados Unidos	Crianças na faixa etária pré-	Transversal	Nível 4	Questionário de Comportamento	Recompensa alimentar: Associação direta

		escolar (3 a 6 anos de idade), abrangeu uma amostra de n=262			Alimentar das Crianças (CEBQ), Subescala emocional, Questionário de Práticas de Alimentação e Estrutura (FPSQ) e Questionário de Autorregulação da Criança na Alimentação.	
Jansen et al, 2017 <sup>26</sup>	Holanda	Crianças entre a faixa etária de 1 ½ a 6 anos de idade, compreendeu uma amostra de n=4845	Coorte prospectivo	Nível 3	Questionário de alimentação infantil (CFQ), Checklist comportamento da criança (CBCL), Questionário de Comportamento Alimentar das Crianças (CEBQ).	Pressão alimentar: Associação direta
Watterworth et al, 2017 <sup>19</sup>	Canadá	Amostra com N=31 famílias, que estivessem pelo menos uma criança entre 1 ano e 5 meses a 5 anos de idade.	Coorte prospectivo	Nível 3	Questionário Práticas Abrangentes de Alimentação(CFPQ) e Questionário NutriSTEP	Recompensa alimentar: Associação direta

Dos 18 artigos integrantes dessa revisão, 14 (77,7%) apresentaram associação direta entre as práticas parentais de restrição e aumento da ingestão alimentar pelas crianças, principalmente quando o alimento estava acessível, com consequente aumento do peso.<sup>14,15,16,17,18,19,20,21,22,23</sup> Sete (38%) publicações identificaram associação significativa entre as práticas parentais de recompensa, alimentação seletiva do filho e comer na ausência de fome.<sup>17,19,20,21,25,26</sup>

No que se refere às práticas parentais de pressão alimentar com ameaças e imposição de punição, como retirada de brinquedos e sobremesas, caso o alimento não fosse consumido, 54,9% das pesquisas mostraram uma diminuição da sensibilidade da criança ao sinal de saciedade.<sup>16,18,22,23,26,27</sup> Em relação a modelagem parental, 27,7% dos estudos apontaram que quando os pais consumiam alimentos saudáveis em frente ou junto aos filhos, diziam sobre os benefícios e sabores dos alimentos, ou quando aumentavam a exposição dos alimentos saudáveis, as crianças tinham um consumo aumentado de alimentos saudáveis, como frutas e verduras.<sup>21,27,28,29,30</sup> Além disso, entre os estudos que avaliaram as práticas de monitoramento parental, 16,6% demonstraram baixo consumo de alimentos não saudáveis como os alimentos ricos em açúcares e gorduras pelas crianças, e consequentemente um menor IMC.<sup>31</sup>

Como medida de avaliação das práticas parentais, observou-se grande variabilidade dos instrumentos utilizados nos artigos incluídos. Dos estudos avaliados 11, (61,1%) utilizaram o questionário de comportamento alimentar das crianças (CEBQ),<sup>32</sup> 9 (50%) o questionário de práticas abrangentes de alimentação (CFPQ),<sup>33</sup> 5 (27,7%) o questionário de alimentação infantil (CFQ),<sup>34</sup> 3 (16,6%) o questionário de estilos de alimentação dos cuidadores (CFSQ),<sup>35</sup> 2 (11,1%) o questionário de Práticas e Estrutura (FPSQ),<sup>36</sup> 1 (5,5%) a escala de neofobia alimentar infantil (CFNS),<sup>37</sup> 1 (5,5%) a escala de comportamento dos pais durante a refeição (PMAS),<sup>38</sup> 1 (5,5%) o questionário NutriSTEP,<sup>39</sup> 2 (11,1%) o questionário



de frequência alimentar (QFA),<sup>40</sup> e 1 (5,5%) a escala do comer intuitivo (IES).<sup>41</sup> Dentre os instrumentos utilizados, esses eram validados para a faixa etária de um a nove anos de idade, entretanto, somente o CFSQ avaliou o comportamento dos pais especificamente no momento da refeição e o comportamento alimentar das crianças. Os demais mensuraram as múltiplas práticas de alimentação adotadas pelos pais com seus filhos.

Klazine & Ester<sup>18</sup> realizaram um estudo transversal, nos Estados Unidos, abrangendo 1000 crianças, entre a faixa etária de 12 a 36 meses. Evidenciou-se que pais superprotetores e autoritários que usam mais práticas de pressão para as crianças comerem alimentos saudáveis e restringem o consumo de alimentos não saudáveis para o controle de peso em crianças, essas têm um consumo excessivo de alimentos não saudáveis, quando os alimentos estão disponíveis ( $p < 0,00$ ). As práticas parentais de monitoramento e modelagem demonstraram comportamentos alimentares mais saudáveis e consumo variado de alimentos pelas crianças ( $p < 0,03$ ). No entanto, há várias limitações a serem consideradas nesse estudo, uma vez que, as variáveis socioeconômicas não foram exploradas, impossibilitando a análise do comportamento alimentar das crianças entre os níveis socioeconômicos.

Estudiosos averiguaram práticas parentais, em um estudo experimental, na Austrália, com uma amostra de mães com idade  $\geq 18$  anos e que tiveram parto a termo ( $\geq 37$  semanas de gestação e peso ao nascer  $\geq 2.500$  g).<sup>17</sup> Para as mães elegíveis foram solicitados dados quando os bebês tinham entre quatro e sete meses de idade, e posteriormente, quando as crianças tinham entre 12 e 16 meses de idade (Junho de 2009 a junho de 2010). O estudo abordou como as práticas de alimentação não responsivas podem interferir na capacidade de uma criança reconhecer e atender a sinais de fome e saciedade e aumentar o risco de obesidade. Constatou-se que a percepção materna sobre o paladar seletivo do filho esteve diretamente associada a quatro fatores: recompensa alimentar ( $p < 0,001$ ), recompensa por comportamento ( $p < 0,001$ ), alimentação persuasiva ( $p < 0,001$ ) e restrição alimentar ( $p < 0,001$ ). É importante

salientar que a percepção materna sobre o comportamento alimentar da criança, é limitada, quando uma mãe fica frustrada com o filho, quando esse se recusa a comer, é possível que ela superestime esse comportamento.

Em outro estudo experimental, realizado por Remy et al.,<sup>25</sup> com crianças em idade pré-escolar (três a seis anos de idade), foi evidenciado que comida como recompensa foi a única prática de alimentação materna significativamente associada ao escore da criança comer na ausência da fome ( $p = 0,023$ ). O escore de comer na ausência da fome não foi relacionado a faixa etária, circunferência da cintura ou ao zcore IMC, mas foi maior meninos do que meninas ( $p = 0,006$ ). Destaca-se que esse estudo, contemplou variáveis multivariadas, como idade, sexo, IMC, nível de escolaridade, raça e nível socioeconômico para realizar as associações entre práticas de alimentação materna e comportamento alimentar da criança.

Uma investigação do tipo transversal com 437 crianças, na faixa etária de dois a seis anos de idade, abordou as diferenças entre comportamentos alimentares de mães com peso saudável, com sobrepeso e obesidade. Concluiu-se, que independentemente do estado nutricional da mãe, houve práticas de modelagem e controle alimentar infantil ( $p < 0,001$ ), e foi demonstrado que a modelagem parental materna associou-se ao consumo de alimentos saudáveis, como frutas e verduras, assim como as práticas maternas de controle à menor capacidade de resposta à saciedade pelas crianças. Não foram associadas as práticas de modelagem a outros membros da família, como pai ou irmãos, que podem ser modelos importantes para a ingestão de alimentos pelas crianças.<sup>42</sup>

Um estudo em coorte prospectivo, nos Estados Unidos com 75 crianças na faixa etária entre 12 e 36 meses, avaliou as práticas alimentares usadas pelos pais durante as refeições, bem como os comportamentos alimentares das crianças. Observou-se que a pressão para comer, exercida pelos pais que não consumiam alimentos saudáveis foram associadas a uma alimentação mais seletiva pela criança ( $p < 0,001$ ), enquanto que a modelagem parental, ou

seja, os pais que alimentavam de maneira saudável, associaram-se a eficácia em convencer as crianças a comer alimentos saudáveis e ter dietas mais altas em frutas e legumes ( $p < 0,05$ ). Portanto, uma limitação do estudo reside na natureza transversal da pesquisa, o que o torna limitado sobre a relação causa e efeito.<sup>28</sup>

Nos Estados Unidos, estudo em delineamento transversal, envolvendo 262 crianças, na faixa etária pré-escolar (três a seis anos de idade), investigou as associações entre o uso dos alimentos pelos pais como recompensa, a auto-regulação para comer e comer em excesso na ausência da fome.<sup>24</sup> A recompensa alimentar utilizada pelos pais foi associada significativamente às dificuldades para auto-regulação alimentar infantil ( $p < 0,001$ ), sugerindo que níveis mais altos de recompensa parental através dos alimentos estão relacionados à baixa auto regulação alimentar pela criança. Também houve uma relação significativa entre o uso de recompensa alimentar parental e o comer emocional da criança, na ausência da fome ( $p < 0,001$ ). É necessário destacar que este estudo baseou exclusivamente em questionários aplicados on-line, no qual as associações entre variáveis podem ter influência do método aplicado.

Jansen et al.<sup>26</sup> em um estudo de coorte prospectivo, englobando 4845 crianças holandesas, entre um a seis anos de idade, avaliaram o comer compulsivo das crianças e a vontade de comer dos pais. Observaram que a prática parental de pressão para a criança se alimentar correlacionou-se positivamente com todas as avaliações, criança seletiva para comer, menor tempo de amamentação e comer na ausência de fome ( $r = 0,30$ ), e associou-se positivamente com um menor IMC infantil ( $p < 0,001$ ). Cabe ressaltar que esse estudo é fortalecido por sua grande amostra, além disso, utilizou um delineamento prospectivo com dados coletados em várias fases da avaliação, permitindo compreender os efeitos de longo prazo dos comportamentos alimentares das crianças e prática alimentares dos pais. Realizou-se outro estudo de coorte prospectivo, no Canadá com 31 famílias, que estivessem pelo menos

uma criança na faixa etária de um a cinco anos de idade, e corroborou as associações entre práticas parentais de pressão e monitoramento aos filhos seletivos, ou seja, aqueles que tinham baixa ingestão de alimentos saudáveis.<sup>19</sup> Constatou-se a associação direta entre recompensas alimentares utilizadas pelas mães, aos filhos que recusavam comer alimentos saudáveis, e essas comerem na ausência de fome ( $p < 0,001$ ). Também foram encontradas associações entre práticas parentais de pressão e restrição alimentar aos filhos que rejeitavam comer alimentos saudáveis ( $p = 0,03$ ), enquanto que as práticas parentais de modelagem foram associadas ao consumo aumentado de alimentos saudáveis pelas crianças ( $p < 0,001$ ). Destaca-se que o estudo trabalhou com variáveis independentes, como as múltiplas práticas parentais em relação à alimentação infantil, e variáveis dependentes como nível socioeconômico, idade, sexo da criança, tempo de aleitamento materno e índice de massa corporal dos pais (IMC), no entanto, com uma amostra relativamente pequena de 31 crianças.

Verificou-se, em um estudo transversal, contendo 192 crianças americanas, com faixa etária de sete a onze anos, que os comportamentos alimentares das crianças é um processo influenciado pelos fatores parentais e não parentais, como por exemplo, hábitos de assistir televisão e interferência de vizinhos.<sup>20</sup> Especificamente, mães com maiores IMCs tiveram correlação positiva ( $r = 0,20$ ) a seus filhos consumirem menos grãos integrais. A restrição alimentar imposta pelos pais e uso de alimentos como recompensa foram diretamente relacionados com o consumo de salgadinhos, doces e refrigerantes ( $p < 0,05$ ) e associados ao não consumo de frutas e vegetais ( $p = 0,05$ ). Sobretudo, enfatiza-se que os participantes do estudo foram recrutados em uma comunidade online de pais, podendo não ser representativos os dados, em relação à população geral.

Uma investigação realizada no Reino Unido, através de um estudo de coorte, com 90 pais de crianças, entre dois e quatro anos de idade, avaliou se a responsabilidade alimentar das crianças estava associada aos métodos utilizados pelos pais à incentivarem o consumo de

novos alimentos.<sup>27</sup> Observou-se que práticas parentais de pressão alimentar foram associadas a uma menor aceitação da criança a experimentar novos alimentos ( $p < 0,001$ ). Enquanto que a prática de comportamentos saudáveis pelos pais, como por exemplo, consumir mais vegetais foi relacionada diretamente com aceitação de novos alimentos pelos filhos ( $p < 0,02$ ). No entanto, as variáveis analisadas foram idade da criança e conhecimento sobre nutrição dos pais, não correlacionando com nível socioeconômico e IMC dos pais, sendo que essas variáveis podem modificar o desfecho estudado.

Outra investigação explorou os efeitos moderadores do monitoramento no relacionamento entre impulsividade, comportamento alimentar e horário das ingestões das refeições, em um estudo transversal, abrangendo 95 pais e seus filhos com idade entre dois e quatro anos.<sup>31</sup> Os participantes foram recrutados através do banco de dados do Laboratório Infantil (ICL), provenientes de creches e grupos de crianças e em torno de Birmingham, Reino Unido. As correlações de Pearson foram realizadas para avaliar se os maiores níveis de impulsividade estavam ligados a maiores taxas de monitoramento dos pais, no entanto, não houve associação linear entre impulsividade e monitoramento ( $p = 0,13$ ). As correlações de Pearson avaliaram se maiores níveis de impulsividade foram associados com maior IMC, sendo que meninas com menor atividade motora tiveram menores escores z do IMC ( $p < 0,01$ ). É importante ressaltar, que de acordo com o teste-t não houve diferenças de gênero na impulsividade, contudo, as variáveis sociodemográficas, aleitamento materno não foram analisadas.

Steinsbekk et al.<sup>16</sup> através de um estudo longitudinal com 623 crianças norueguesas, em faixa etária escolar, examinaram prospectivamente as relações recíprocas entre o consumo variado de alimentos pelos pais e comportamentos alimentares de crianças. A maioria dos pais relataram altos níveis de incentivo para comer e controle alimentar, sendo esses associados significativamente ao comer em excesso pela criança ( $p < 0,01$ ). Investigou-se,<sup>33</sup> em outro

trabalho, a associação entre a alimentação seletiva e o peso das crianças, tendo em conta o efeito moderador da prática da alimentação parental, em um estudo de coorte prospectivo, com 1024 crianças holandesas, com idade de cinco a nove anos. Confirmou-se, que os pais considerados seletivos para comer eram mais propensos a pressionarem os seus filhos a comerem alimentos saudáveis e restringirem a ingestão de alimentos não saudáveis ( $p < 0,001$ ), em comparação com os pais que não eram seletivos para comer. Uma significativa correlação negativa foi observada entre pressão para comer e peso ( $r = 0,13$ ,  $P < 0,01$ ), ou seja, a prática parental de pressão para comer não foi associada a mudança de status do peso da criança. Embora a pesquisa tenha uma amostra grande e representativa, um desenho prospectivo com análises multivariadas, salienta-se que as variáveis sociodemográficas não foram analisadas.

A prática da alimentação restrita utilizada pelas mães preocupadas com o peso de seus filhos para evitar o ganho de peso excessivo, foi avaliada em um estudo com 180 crianças americanas.<sup>15</sup> Averiguou-se que quando as mães tinham níveis de preocupação com o peso de seus filhos, essas exerciam práticas de restrição alimentar com os filhos ( $p < 0,01$ ), assim, contribuindo para a preocupação da criança em relação aos alimentos restringidos, com consequente aumento do consumo e comer na ausência de fome. Destaca-se que o estudo investigou as variáveis tempo de aleitamento materno, IMC e nível de escolaridade materna, variáveis que subsidiam a relação práticas de alimentação materna e comportamento alimentar infantil. Em outro estudo transversal na Austrália, realizado por Russell et al.<sup>21</sup> abordando os comportamentos usados pelos pais para influenciar as preferências alimentares de seus filhos na vida cotidiana, os pais do grupo saudável afirmaram que eles comiam persistentemente alimentos saudáveis na frente das crianças, já os pais do grupo insalubre relataram não comprar alimentos não saudáveis. As práticas parentais de recompensa alimentar associaram ao grupo insalubre, enquanto que a modelagem parental foi fortemente associada ao grupo saudável ( $p < 0,01$ ), ou seja, os pais que consumiam alimentos saudáveis

na frente ou junto com os filhos, que deixavam expostas uma variedade de alimentos saudáveis, as crianças tinham uma ingestão aumentada de alimentos saudáveis, como por exemplo, frutas e verduras. Ao contrário, as crianças em que os pais utilizavam práticas de recompensas, tinham um consumo reduzido de alimentos saudáveis. A pesquisa associou as variáveis mídia e comportamento alimentar das crianças, fatores importantes na escolha alimentar infantil. Uma pesquisa transversal, realizada em Londres por Susan et al.<sup>14</sup>, envolvendo 439 de crianças, na faixa etária entre três a seis anos de idade, avaliou uma série de diferentes comportamentos parentais, e observou que os filhos, cujos pais agiam de maneira menos autoritária em relação a ingestão alimentar tinham uma maior capacidade de resposta à saciedade ( $p < 0,01$ ), enquanto que o monitoramento não teve uma associação positiva com a resposta à saciedade ( $p < 0,01$ ). Os maiores níveis de escore Z de IMC das crianças foram encontrados naquelas que alimentavam-se na ausência de fome ( $p < 0,01$ ). Caracteriza-se uma limitação desse estudo a não investigação das variáveis restrição, escolaridade e IMC materno, e nível socioeconômico, fatores que poderiam se associar com os estilos parentais e comportamento alimentar das crianças.

Revelou-se, em uma amostra de 301 crianças, com idade entre quatro a oito anos, que os comportamentos alimentares maternos altamente controladores estão associados com mais incentivos para comer, ou seja, comportamentos alimentares praticados pelos pais, como pressão para comer ou restrição alimentar, pode levar aos filhos a usarem comportamentos semelhantes ao interagir com seus irmãos, com consequente diminuição da saciedade e aumento de peso das crianças. Enfatiza-se, que o estudo inclui apenas famílias de baixa renda, portanto, não se pode generalizar os dados para as famílias classificadas nos demais níveis socioeconômicos.<sup>43</sup>

Explorando uma amostra de 432 pais de crianças, suecas, na faixa etária entre três a oito anos, pesquisadores analisaram um modelo de associações entre percepções parentais de

comportamentos alimentares infantis entre pré-escolares e práticas alimentares parentais.<sup>23</sup> A análise das ligações entre comportamento alimentar da criança e práticas de alimentação dos pais revelou que pais preocupados com o peso de seus filhos são mais propensos às práticas de restrição alimentar ( $p < 0,001$ ), em comparação com os pais que só percebem o seu filho como tendo um grande apetite, e não estão preocupados com o peso da criança. Também, houve uma associação entre as práticas parentais de pressão pelos pais preocupados com o peso do filho para as crianças comerem alimentos saudáveis ( $p < 0,001$ ). As práticas de restrição e pressão alimentar utilizadas pelos pais provocaram um aumento do consumo de alimentos calóricos, ricos em gorduras e açúcar, e diminuição na ingestão de alimentos saudáveis, como frutas e verduras pelas crianças. No entanto, o delineamento transversal desta pesquisa não nos permite determinar a causalidade do fenômenos estudados.

Para avaliar a influência do comportamento dos pais durante a refeição e o excesso de peso na infância, Melo et al.<sup>30</sup> em um estudo transversal, contendo 115 crianças brasileiras, entre um e quatro anos de idade, verificaram a relação entre ações dos pais durante as refeições e os hábitos alimentares das crianças com excesso de peso, e constataram associações no consumo de guloseimas, refeições especiais e excesso de peso entre as crianças ( $p < 0,001$ ). O estudo evidenciou que a maioria dos pais oferece às crianças refeições diferentes da família, consomem refrigerantes e doces diariamente, e não oferecem uma alimentação variada aos seus filhos.

## **DISCUSSÃO**

Essa revisão sistemática permite verificar que práticas parentais de monitoramento, modelagem, restrição alimentar, pressão para alimentar e recompensa alimentar durante a refeição, podem determinar o comportamento alimentar das crianças. Porém, há que se ressaltar que variáveis importantes nas análises, como por exemplo, o nível socioeconômico e



o aleitamento materno, não foram avaliados e isso poderia impactar no desfechos desses artigos.

A maioria dos artigos integrantes da presente revisão apresentavam desenhos do tipo transversal (53,2%), definidos como nível 4 de evidência<sup>13</sup>, trazendo limitações quanto ao consenso dos resultados analisados na presente investigação. Assim, destaca-se a importância do desenvolvimento de outros estudos, como os longitudinais e que considerem outras importantes variáveis no modelo final analítico.

A formação do comportamento alimentar tem início na infância, nos primeiros meses de vida e, o aleitamento materno é um importante determinante desse procedimento, por ser fator mediador para a auto regulação da fome e saciedade da criança.<sup>44</sup> Destaca-se que no Brasil a duração do aleitamento materno (AM) é superior a vinte meses e a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de seis meses é acima de 50%<sup>45</sup>, sendo que em outros países como China e Estados Unidos o aleitamento materno é inferior a doze e meses.<sup>46</sup> Portanto, investigações nacionais sobre o tema são relevantes e devem considerar a amamentação entre as variáveis do estudo.

A literatura tem apontado que o poder de compra da população pode influenciar o consumo alimentar. A mudança de comportamento das famílias quanto a seus hábitos alimentares tem afetado as crianças, promovendo um maior consumo de alimentos com elevado valor energético, sódio e pobres em fibras, ferro e cálcio, associado à falta de atividade física. No mundo contemporâneo, onde, majoritariamente, ambos os pais necessitam passar grande parte do tempo ausente das residências, envolvidos no mercado de trabalho, tentam compensar essa ausência paterna com consumo de *fast-foods* ou com a compra de guloseimas. Além disso, a escassez de tempo incentiva a compra de alimentos de fácil e rápido preparo.<sup>47</sup>

O ambiente familiar pode ser considerado importante formador do comportamento e estilo de vida das crianças. É no âmbito familiar que se iniciam as primeiras experiências e aprendizagem alimentares.<sup>36</sup> Alguns estudos mostram que os pais ou cuidadores responsáveis pela alimentação da família são facilitadores do consumo de alimentos não saudáveis pelas crianças. A mudança desse comportamento é desafiadora e implica na modificação dos hábitos alimentares de toda família, assegurando uma escolha saudável dos alimentos, acompanhado da prática de atividade física.<sup>23,30,47</sup>

No cenário contemporâneo da alimentação, as preferências alimentares das famílias são voltadas para os alimentos que não demandam muito tempo de preparo e cocção e que sejam aderentes às suas condições socioeconômicas. Essas escolhas podem levar a uma alimentação desequilibrada com falta de nutrientes e excesso de sal, gorduras e açúcares.<sup>45</sup> Somado a isso, destaca-se o fato dos pais não serem os únicos fornecedores de alimentos para seus filhos, existindo outros ambientes, como creche e escolas, exercendo papel primordial nos primeiros anos de vida da criança, no que tange à construção de hábitos alimentares.<sup>48</sup>

Acredita-se que o contexto familiar contribui para preferências, rejeições e comportamentos alimentares. De fato, quando as intervenções nutricionais envolvem a família, têm-se melhores taxas de sucesso. O ambiente familiar tem repercussão significativa no comportamento alimentar, assim, os pais devem fornecer um modelo adequado desse comportamento aos filhos, mesmo porque é na família em que se origina o padrão alimentar que pode durar toda a vida e esse padrão pode sofrer influências culturais.<sup>47</sup>

Nos últimos 60 anos, ocorreram mudanças econômicas, sociais e tecnológicas, que modificaram o estilo de vida da população em vários países, sendo que tais modificações alteraram também os comportamentos alimentares, influenciando de forma positiva ou negativa a saúde das pessoas.<sup>49</sup> De fato, a tecnologia é um componente da atualidade que traz uma nova forma de viver a vida, tanto nos aspectos relacionais e hábitos de vida, provocando,

muitas vezes um ambiente obesogênico marcado pelo sedentarismo, o consumo excessivo de hidratos de carbono e implicações emocionais.<sup>50</sup> Apesar disso, os artigos incluídos na presente revisão desconsideraram a variável tecnologia nos modelos causais do comportamento alimentar infantil, caracterizando-se uma importante limitação.

Um aspecto importante na presente revisão sistemática refere-se às práticas parentais relacionadas à superproteção e autoritarismo, que ocasionaram consumo excessivo de alimentos pelas crianças, além de que a recompensa alimentar provocou paladar seletivo e comer na ausência de fome entre os filhos. De fato, as práticas parentais de controle alimentar são estratégias comportamentais, utilizadas pelos pais, que influenciam diretamente a alimentação dos filhos, no sentido de aumentar ou diminuir a ingestão alimentar. A restrição de alguns alimentos, a pressão para comer, a recompensa com alimentos após ações positivas e ainda a disponibilidade e variedade dos alimentos em casa, podem afetar a preferência alimentar e auto regulação da criança, ou seja, alteram a capacidade de percepção dos sinais internos de fome e saciedade.<sup>51</sup>

As práticas de pressão e recompensas para os filhos comerem são as mais utilizadas pelos pais para aumentar a ingestão alimentar da criança, fazendo com que essa coma tudo que está no prato, ou fazendo com que coma alimentos saudáveis, como frutas e verduras. No entanto, isso leva a perda ou diminuição dos sinais internos de saciedade, e a criança passa a utilizar os sinais externos, como comida preferida, cheiro da comida, ou as emoções como sinal de fome ou saciedade e conseqüentemente a criança começa a depender de estímulos externos para iniciar, manter e terminar sua refeição.<sup>51</sup>

As práticas parentais de restrição e monitoramento são ministradas à criança como uma forma de limitar a ingestão de alguns alimentos, principalmente os ricos em gorduras e açúcares. A utilização dessas práticas pode afetar negativamente ou positivamente a ingestão alimentar ou peso da criança, ou seja, restrição não parece produzir rejeição por parte da

criança a determinado alimento, mas sim uma maior atração e consumo excessivo por este quando se torna disponível.<sup>50</sup> Acredita-se que essas práticas podem promover pensamentos contraditórios nas crianças, uma vez que os alimentos menos saudáveis, ricos em gorduras e açúcares são os mais restringidos, mas são habitualmente os mais consumidos em momentos agradáveis de socialização e celebração, em festas de aniversários, casamentos, jantares e almoços fora de casa.<sup>53</sup>

É importante ressaltar que as crianças aprendem sobre o alimento não somente vivenciando suas próprias experiências, mas observando os outros. Acredita-se que há similaridades entre pais e filhos com relação às preferências alimentares, aceitação e disposição em experimentar novos alimentos, sugerindo que os pais sejam os maiores exemplos de seus filhos. A modelagem parental pode se manifestar de várias maneiras, por meio da compra e preparo de alimentos saudáveis, ou através de seus comportamentos durante a refeição, como por exemplo, comer em família e ensinar sobre a importância do consumo de alimentos saudáveis.<sup>54</sup> De fato, essa revisão sistemática apontou que o modelo parental contribuiu para o consumo de alimentos saudáveis pelas crianças.

São inúmeros e complexos os fatores que contribuem para uma alimentação infantil adequada, considerando que a maneira de se alimentar está relacionada às emoções dos sujeitos envolvidos, em especial os pais. Nesse sentido, sugere-se que a forma como os pais interagem com seus filhos tem influência importante na formação dos seus hábitos alimentares.<sup>55</sup> A interação entre pais e filhos é um reflexo dos estilos educativos parentais adotados, comportamentos parentais, muitas vezes controversos, marcados por alto grau de dúvidas e aprendizagens. A maneira como se dá essa interação principalmente nos primeiros anos de vida tem o potencial de repercutir positiva ou negativamente na nutrição, crescimento e desenvolvimento da criança. Os pais reconhecerem e valorizarem os sinais de fome e

saciedade que as crianças expressam, através da sinalização da fome e saciedade, contribui para a formação de um comportamento adequado.<sup>56</sup>

Um estudo realizado por Carrozo et al.<sup>57</sup> indicou uma associação positiva entre as práticas parentais de pressão alimentar com as crianças que tinham baixo IMC e menor consumo de frutas e verduras, assim, na medida em que aumenta o IMC, diminui a pressão sentida para comer. Outro estudo realizado no México mostrou associações entre mães com comportamentos tolerantes e a oferta de alimentos ricos em gorduras e açúcares, contribuindo com a obesidade infantil.<sup>58</sup> Por outro lado, um estudo de Steinsbekk et al.<sup>16</sup> verificou que a prática de restrição alimentar utilizada pelos pais foi um determinante para o controle de peso dos filhos.

Atualmente é um desafio estimular as crianças para que, ao final do primeiro ano de vida, realizem suas refeições junto com os demais membros da família, pois a alimentação em família é um hábito que vem se tornando cada vez mais escasso no mundo contemporâneo, onde os pais trabalham fora e têm pouco tempo para estar com os filhos. Outro acontecimento preocupante é que, com frequência, os pais e filhos, no momento em que estão em refeição juntos, têm sua atenção voltada para os programas de TV e ou manuseio de aparelhos eletrônicos.<sup>59</sup> Esse fato contribui para que os pais não dêem atenção à sinalização da saciedade das crianças, além de as propagandas veiculadas durante os horários das refeições, como almoço ou jantar, fomentarem o consumo de alimentos ricos em gorduras e açúcares e pobres em nutrientes, uma das razões pelas quais a mídia, influencia o comportamento alimentar.<sup>44,58</sup>

Os mecanismos biológicos que regulam nosso apetite são complexos, dependem de vários estímulos e levam certo tempo para sinalizarem à saciedade, ou seja, comer devagar e com atenção, sem se envolver em outra atividade é uma boa maneira de controlar naturalmente o quanto comemos. Também é importante enfatizar que as características do

ambiente em que comemos influenciam a quantidade de alimentos que ingerimos e o prazer que podemos aproveitar da alimentação, uma vez que, refeições feitas em família evitam que se coma rapidamente e controlam os estímulos da fome e saciedade. A participação de toda família, nas atividades de planejamento, preparo e aquisição dos alimentos, propicia momentos agradáveis de convívio entre os entes queridos, pois o envolvimento dos filhos na organização das refeições permite que eles conheçam novos alimentos e possam adquirir comportamentos alimentares saudáveis.<sup>60</sup>

A relação entre o comportamento alimentar dos pais durante a refeição e o comportamento alimentar dos filhos é complexa e escassa na literatura nacional. São necessárias investigações de natureza longitudinal com diversas variáveis explicativas no sentido de evidenciar essa relação e seus efeitos. Além disso é sabido que o ambiente familiar está progressivamente mais envolvido na educação alimentar e comportamental das crianças,<sup>61</sup> motivo pelo qual estudos futuros deveriam analisar o papel destes.

Este artigo de revisão aponta algumas limitações, como a baixa qualidade da evidência dos trabalhos incluídos, em virtude, principalmente, do delineamento não transversal e de vários estudos apresentarem limitações metodológicas que comprometeram a qualidade da evidência

Estudos de acompanhamento, com crianças brasileiras e que valorizem a multideterminação do comportamento alimentar infantil são necessários, permitindo o desenvolvimento de ações e programas de prevenção e mudança dos padrões alimentares infantis, contribuindo na promoção de saúde e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.

## **CONCLUSÃO**

Os dados resultantes desta revisão sistemática permitem evidenciar que práticas parentais podem determinar o comportamento alimentar de crianças.

## REFERÊNCIAS

1. Carvalho AJA, Lemos SMA, Goulart LMHF. Desenvolvimento da linguagem e sua relação com comportamento social, ambientes familiar e escolar: revisão sistemática. *CoDAS* 2016; 28( 4 ): 470-479.
2. Özdaz T, Sahli AS, Özdemir BS, Belgin E. Comparison of anxiety and child-care education characteristics of mothers who have children with or without speech delays. *Braz J Otorhinolaryngol* 2019; 85( 2 ): 199-205.
3. Coelho C, Afonso L, Oliveira A. Práticas parentais de controle alimentar: relação com o peso da criança. *Acta Port Nutr* 2017; 9:6-11.
4. Vaz DSS, Bennemann RM. Comportamento alimentar e hábito alimentar: uma revisão. *Rev UNINGÁ Review* 2014; 20(1):108-112.
5. Carvalho PHB, Filgueiras JF, Neves CM, Coelho FD, Ferreira MEC. Checagem corporal atitude alimentar inadequada, insatisfação com a imagem corporal de jovens universitários. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2013; 62(2):108-114.
6. Jansen E, Williams KE, Mallan KM, Nicholson JM, Daniels L. Bidirectional associations between mothers' feeding practices and child eating behaviours. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2018; 15(1):3.
7. Rodgers RF, Paxton SJ, Massey R, Campbell KJ, Wertheim EH, Skouteris H, Gibbons K. Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in young children: a prospective study. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2013; 10(24):1-10.
8. Musher-Eizenman DR, Lauzon-Guillain SC, Leporc E, Charles MA. Child and parent characteristics related to parental feeding practices. A cross-cultural examination in the US and France. *Apetite* 2009; 52(1):89-95.
9. Galvão TF, Pereira MG. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiol Serv Saude* 2014; 23(1):183-184.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes Metodológicas. Elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognóstico – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
11. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-Analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* 2009; 21;6(7):e1000097.
12. Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) [homepage on the Internet]. Quality indicators [cited 2018 Mar 25]. Available from: <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>
13. Galvão CM. Níveis de Evidência. *Acta Paul Enferm* 2006;19(2):V.
14. Susan CPHD, Leora BMS, Elissa DBS, Laura KMP. Parent Feeding Behavior and Child. *Apetite: Associations Depend on Feeding Style. Int J Eat Disord* 2014; 47(7):705-709.
15. Tylka TL, Lumeng JC, Eneli IU. Maternal Intuitive Eating as a Moderator of the Association between Concern about Child Weight and Restrictive Child Feeding. *Apetite* 2015; 95:158-165.
16. Steinsbekk S, Belsky J, Wichstrøm L. Parental Feeding and Child Eating: An Investigation of Reciprocal Effects. *Child Dev* 2016; 87(5):1538-1549.
17. Byrne R, Jansen E, Daniels L. Perceived fussy eating in Australian children at 14 months of age and subsequent use of maternal feeding practices at 2 years. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2017; 14 (1):123.

18. Klazine VDH, Ester FCS. Parenting styles, feeding styles and foodrelated parenting practices in relation to toddlers' eating styles: A cluster-analytic approach. *PLoS One* 2017; 12 (5): e0178149.
19. Watterworth JC, Hutchinson JM, Buchholz AC, Darlington G, Randall Simpson JA, Ma DWL, Haines J, Guelph Family Health Study. Food parenting practices and their association with child nutrition risk status: comparing mothers and fathers. *Appl Physiol Nutr Metab.* 42(6):667-671.
20. Hoffmann DA, Marx JM, Kiefner-Burmeister U, Musher-Eizenman DR. Influence of maternal feeding goals and practices on children's eating behaviors. *Apetite* 2016 107:21-27.
21. Russell CG, Worsley A, Campbell KJ. Strategies used by parents to influence their children's food preferences. *Apetite* 2015; 90:123-130.
22. Antoniou EE, Roefs A, Kremers SP, Jansen A, Gubbels JS, Sleddens EF, Thijs C. Picky eating and child weight status development: a longitudinal study. *J Hum Nutr Diet* 2015; 29(3):298-307.
23. Anna EK, Kimmo S, Karin ELI, Louise L, Jonna N, Claude M, Paulina N. Associations between Parental Concerns about Preschoolers' Weight and Eating and Parental Feeding Practices: Results from Analyses of the Child Eating Behavior Questionnaire, and the Lifestyle Behavior Checklist. *PLoS One* 2016; 11(1): e0147257.
24. Powell EM, Frankel LA, Hernandez DC. The mediating role of child self-regulation of eating in the relationship between parental use of food as reward and child emotional overeating. *Apetite* 2017; 113:78-83.
25. Remy E, Issanchou S, Chabanet C, Boggio V, Nicklaus S. Impact of adiposity, age, sex and maternal feeding practices on eating in the absence of hunger and caloric compensation in preschool children. *Int J Obes* 2015; 39(6):925-930.
26. Jansen E, Williams KE, Mallan KM, Nicholson JM, Daniels L. The feeding practices and structure questionnaire (FPSQ-28): a parsimonious version validated for longitudinal use from 2-5 years. *Apetite* 2016; 100:172-180.
27. Holley CE, Farrow C, Haycraft E. Investigating the role of parent and child characteristics in healthy eating intervention outcomes. *Apetite* 2016; 105:291-297.
28. Fries LR, Martin N, van der Horst K. Parent-child mealtime interactions associated with toddlers' refusals of novel and familiar foods. *Physiol Behav* 2017; 176:93-100.
29. Palfreyman Z, Haycraft E, Meyer C. Development of the Parental Modelling of Eating Behaviours Scale (PARM): links with food intake among children and their mothers. *Matern Child Nutr* 2014; 10(4):617-629.
30. Melo KM, Cruz ACP, Brito MFSF, Pinho L. Influência do comportamento dos pais durante a refeição e no excesso de peso na infância. *Esc Anna Nery* 2017; 21(4):e20170102.
31. Bennett C, Blissett J. Parental monitoring may protect impulsive children from overeating. *Pediatr Obes* 2017; 12(5):414-421.
32. Carnell S, Wardle J. Measuring behavioural susceptibility to obesity: Validation of the child eating behaviour questionnaire. *Apetite* 2007; 48:104-113.
33. Musher-Eizenman D, Holub S. Comprehensive feeding practices questionnaire: validation of a new measure of parental feeding practices. *J Pediatr Psychol* 2007; 32(8):960-972.
34. Birch LL, Fisher JO, Grimm-Thomas K, CN Markey, Sawyer R, Johnson SL. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Apetite* 2001; 36(3):201-210.



35. Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the children's eating behavior questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42:(7)963-970.
36. Jansen E, Williams KE, Mallan KM, Nicholson JM, Daniels L. The feeding practices and structure questionnaire (FPSQ-28): a parsimonious version validated for longitudinal use from 2-5 years. *Apetite* 2016;100:172-180.
37. Pliner P. Development of measures of food neophobia in children. *Apetite* 1994; 23(2):147-163.
38. Tylka TL. Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *J Soc Action Couns Psychol* 2006; 53:226-240.
39. Randall Simpson JA, Keller HH, Rysdale LA, Beyers JE. Nutrition Screening Tool for Every Preschooler (NutriSTEP®): validation and test-retest reliability of a parent-administered questionnaire assessing nutrition risk of preschoolers. *Eur J Clin Nutr* 2008; 62(6):770-780.
40. Steptoe A, Pollard TM, Wardle J. Development of the motives underlying the selection of food: the food choice questionnaire. *Apetite* 1995; 25(3):267-284.
41. Tribole E, Resch E. Intuitive eating: A revolutionary program that works. 3rd. New York: St. Martin's Press; 2012. *Apetite* 2015; 95:158-165.
42. Haycraft EMMA, Karasouli E, Meyer C. Maternal feeding practices and children's eating behaviours: A comparison of mothers with healthy weight versus overweight/obesity. *Apetite* 2017 116:395-400.
43. Mosli RH, Miller AL, Peterson KE, Lumeng JC. Sibling Feeding Behavior: Mothers as Role Models During Mealtimes. *Apetite* 2016; 96:617-620.
44. Camaduro SP, Oliveira DV, Bennemann RM, Silva SE, Antunes MD, Júnior JRAN, Gonçalves JE. Associação entre o nível socioeconômico e o consumo alimentar de criança com idade escolar matriculadas na rede pública de ensino do município de Maringá-PR. *Cinergis* 2017; 18 (2):125-128.
45. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Rev Saude Publica* 2017; 51:108.
46. Rollins NC, Lutter CK, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Martines JC, Piwoz EG, Richter LM, Victora CG. Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação? *Epidemiol Serv Saúde* 2016, 25(1):25-44.
47. Dantas RR, Silva GAP. O papel do ambiente obesogênico e dos estilos de vida parentais no comportamento alimentar infantil. *Rev Paul Pediatr* 2019; 1-9.
48. Kiefner-Burmeister AE, Hoffmann DA, Meers MR, Koball AM, Musher-Eizenman DR. Food consumption by young children: a function of parental feeding goals and practices. *Apetite* 2014; 74:6-11.
49. Onis M. Preventing childhood overweight and obesity. *J Pediatr (Rio J)* 2015; 91:105-7.
50. Fisberg M, Maximinoc P, Kaind J, Kovalskys I. Obesogenic environment - intervention opportunities. *J Pediatr (Rio J)* 2016; 92 (3 Suppl 1):S30-S39.
51. Farrow CV, Haycraft E, Blissett JM. Teaching our children when to eat: how parental feeding practices inform the development of emotional eating-a longitudinal experimental design. *Am J Clin Nutr* 2015; 101(5):908-913.
52. Vandeweghe L, Verbeken S, Vervoort L, Moens E, Braet C. Reward sensitivity and body weight: the intervening role of food responsive behavior and external eating. *Apetite* 2017; 112:150-156.
53. Larsen JK, Hermans RC, Sleddens EF, Engels RC, Fisher JO, Kremers SP. How parental dietary behavior and food parenting practices affect children's dietary behavior. Interacting sources of influence? *Apetite* 2015; 89:246-257.

54. Silva GA, Costa KA, Giugliani ER. Infant feeding: beyond the nutritional aspects. *J Pediatr (Rio J)* 2016;92 (3 Suppl 1): S2-S7.
55. Costa KAO, Antunes MMC, Cabral PC, Silva GAP. Feeding style of adolescent mothers and complementary feeding practice of their infants. *Rev Nutri* 2018; 31(1):49-58.
56. Alvarenga P, Malhado SCB, Lins TCS. Responsividade e práticas de socialização maternas. *J Psicol* 2014; 19(4):305-314.
57. Carrozo NPP, Oliveira JHA. Comportamento alimentar: um estudo da relação entre IMC de crianças e sua percepção sobre as práticas alimentares parentais. *Est Inter Psicol* 2015; 6(1):21-35.
58. Chaidez V, McNiven S, Vosti SA, Kaiser LL. Sweetened food purchases and indulgent feeding are associated with increased toddler antropometry. *J Nutr Educ Behav* 2013; 21(4):1-6.
59. Thompson AL, Bentley ME. The critical period of infant feeding for the development of early disparities in obesity. *Social Science & Med* 2013; 97:288-296.
60. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.: il.
61. Huçalo AP, Ivatuik AL. A relação entre práticas parentais e o comportamento alimentar em crianças. *Revista PsicoFAE* 2017; 6(2):113-128.

## 5.2 ARTIGO 2

### PRÁTICAS PARENTAIS E COMPORTAMENTO ALIMENTAR DA CRIANÇA

#### PARENT BEHAVIOR AND THEIR RELATIONSHIP WITH CHILD FOOD BEHAVIOR

#### RESUMO

#### RESUMO

**Introdução:** O tema comportamento alimentar é bastante relevante na contemporaneidade em função das implicações deste sobre a determinação de doenças crônicas prevalentes. Investigações nacionais sobre os determinantes do comportamento alimentar infantil, especialmente frente às práticas parentais, são escassas. O **objetivo** deste artigo foi avaliar a associação entre as práticas parentais e comportamento alimentar da criança. **Método:** Estudo transversal, realizado com 368 crianças de um a cinco anos de idade, cadastradas nas Estratégias de Saúde da Família da zona urbana do município de Divinópolis-MG. Realizou-se avaliação antropométrica para classificação do estado nutricional das crianças. Coletou-se informações referentes a dados demográficos, socioeconômicos, estilo de vida, estado de saúde, dietéticos, práticas parentais e comportamento alimentar das crianças. O comportamento alimentar da criança foi avaliado por meio do questionário de frequência alimentar, onde estimou-se o consumo diário de alimentos ultraprocessados. Regressão Linear múltipla foi usada para avaliar a associação de práticas parentais e comportamento alimentar da criança, com um nível de significância de 5%. **Resultados:** Identificou-se um maior consumo de alimentos ultraprocessados quando os pais realizavam práticas de força física ( $p < 0,018$ ), recompensa para comer ( $p < 0,002$ ) e, restrição alimentar ( $p < 0,011$ ). Associação negativa com o consumo de ultraprocessados foi evidenciado quando os pais realizavam orientação para alimentação saudável ( $p < 0,006$ ), monitoramento autoritativo ( $p < 0,017$ ) e reforço positivo ao comportamento infantil considerado adequado ( $p < 0,046$ ). **Conclusão:** Os resultados deste estudo evidenciaram que práticas parentais associam-se ao comportamento alimentar das crianças.

**Descritores:** Comportamento alimentar. Criança. Família. Psicologia

## ABSTRACT

**Introduction:** The topic eating behavior is quite relevant in contemporary times due to its implications on the determination of prevalent chronic diseases. National investigations on the determinants of child eating behavior, especially in relation to parenting practices, are scarce. The aim of this paper was to evaluate the association between parenting practices and child eating behavior. **Method:** Cross-sectional study conducted with 368 children from one to five years old, registered in the Family Health Strategies of the urban area of Divinópolis-MG. Anthropometric assessment was performed to classify children's nutritional status. Information regarding demographic, socioeconomic, lifestyle, health status, dietary, parenting and eating behaviors was collected. The child's eating behavior was assessed through the food frequency questionnaire, which estimated the daily consumption of ultra-processed foods. Multiple Linear Regression was used to evaluate the association of parenting and eating behavior of the child, with a significance level of 5%. **Results:** A higher intake of ultra-processed foods was identified when parents performed physical strength ( $p < 0.018$ ), reward for eating ( $p < 0.002$ ) and dietary restriction ( $p < 0.011$ ). Negative association with the consumption of ultra-processed foods was evidenced when parents provided guidance for healthy eating ( $p < 0.006$ ), authoritative monitoring ( $p < 0.017$ ), and positive reinforcement of child behavior considered appropriate ( $p < 0.046$ ). **Conclusion:** The results of this study showed that parenting practices are associated with children's eating behavior.

**Key words:** Food behavior. Kid. Family. Psychology

## INTRODUÇÃO

O comportamento alimentar refere-se a algo muito complexo, pois o ato de comer vai muito além das necessidades básicas de alimentação, sendo fundamental ao desenvolvimento humano, no atendimento das necessidades fisiológicas e prazerosas.<sup>1</sup> Há evidências que os comportamentos alimentares adequados no início da vida são conhecidos por prevenir os comportamentos alimentares inadequados na vida adulta. O aleitamento materno é o primeiro determinante do comportamento alimentar, fator mediador para a auto regulação da fome e saciedade.<sup>2</sup>

Os padrões de alimentação no mundo estão mudando rapidamente e, o tema comportamento alimentar tem tido relevância na atualidade, em função das implicações deste

sobre a determinação de doenças crônicas prevalentes como diabetes *mellitus*, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, dentre outras.<sup>3,4</sup> Tem-se percebido uma rápida mudança no comportamento alimentar das crianças, com piora da qualidade da dieta infantil de forma global, caracterizada por uma diminuição no consumo de frutas, legumes e fibras e aumento no consumo de alimentos ultraprocessados ricos em açúcar, gordura saturada e sódio.<sup>5</sup>

Tem sido estudada, especialmente na literatura internacional, a relação entre práticas parentais e o comportamento alimentar das crianças.<sup>6</sup> Contudo, tais estudos desconsideram variáveis importantes no modelo causal como nível socioeconômico e aspectos culturais como o aleitamento materno.<sup>7,8,9, 10,11,12,13</sup>

Destaca-se, que a literatura atual nacional sobre práticas parentais em relação ao comportamento alimentar da crianças é escassa e sobremaneira focada nos transtornos alimentares.<sup>28</sup> Nessa direção, a presente investigação visa responder à pergunta: práticas parentais associam-se ao comportamento alimentar infantil?

É importante salientar que a primeira infância, período transcorrido do nascimento até os cinco anos de idade, constitui-se momento fundamental no processo de modulação e formação do comportamento alimentar.<sup>14</sup> Portanto, trata-se de período oportuno para investigações acerca dos determinantes deste comportamento.

O objetivo desta investigação consiste em avaliar a associação entre práticas parentais e comportamento alimentar de crianças

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo transversal. O estudo foi desenvolvido nas seis regiões de planejamento que abrigam as respectivas Estratégias de Saúde da Família (ESF), localizadas na zona urbana do Município de Divinópolis, MG. Entre as ESF de cada região de planejamento, realizou-se um sorteio aleatório, estratificando as unidades que compõem o local de estudo, totalizando seis unidades.

A população elegível do estudo constituiu-se de 8228 crianças com faixa etária de um a cinco anos incompletos, cadastradas nas ESF da zona urbana no ano de 2019. Os critérios de exclusão consistiram em crianças portadoras de doenças crônicas que impliquem em dietas específicas, por essa condição alimentar interferir na intimidade do núcleo familiar<sup>20</sup>.

O tamanho amostral foi calculado por meio do programa Open Epi versão 3.01, para um nível de confiança de 95%, precisão de 5% e proporção de 50% para desfechos de prevalência desconhecida, valor este que fornece o maior tamanho amostral para população

finita (n=8228), segundo os critérios de Hulley e Cummings (2001), estimando-se uma amostra de 368 crianças, com acréscimo de 10% para perdas e recusas.<sup>15</sup>

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro de 2019 a setembro de 2019. Os pais ou responsáveis foram entrevistados, responderam a formulário de identificação com dados demográficos e clínicos e a questionários padronizados, com questões referentes às características socioeconômicas, ao consumo alimentar habitual da criança e, práticas parentais.

A antropometria das crianças (peso e altura) foi feita conforme técnica recomendada pelo Ministério da Saúde<sup>16</sup>. As medidas foram realizadas em triplicata e posteriormente calculada a média aritmética dos dados obtidos. Para a avaliação do estado nutricional da criança, foi utilizado o programa *WHO Anthro Plus* da Organização Mundial de Saúde<sup>28</sup>, para estabelecer o Escore z do Índice de Massa Corporal (IMC) por idade, classificando a criança em magreza acentuada, magreza, eutrofia, sobrepeso, obesidade e obesidade grave de acordo com as curvas da OMS (WHO, 2000).

O nível socioeconômico das famílias foi avaliado por meio do questionário de critérios de classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP, que se baseia no cômputo dos bens existentes no domicílio (eletrodomésticos e carros), presença de empregada doméstica mensalista, escolaridade do chefe da família e no acesso a serviços públicos<sup>21</sup>.

Para avaliar o consumo alimentar habitual das crianças foi aplicado o questionário de marcadores do consumo alimentar para crianças, subdividido nas idades de um a dois anos incompletos e acima de dois anos, padronizado pelo Ministério da Saúde<sup>22</sup>.

Para verificar o comportamento alimentar da criança aplicou-se um questionário de frequência alimentar – QFA, para crianças de dois a cinco anos de idade, validado para a população brasileira, referente ao consumo no último ano.<sup>23</sup> Estimou-se o consumo diário de alimentos ultraprocessados, uma vez que, o comportamento alimentar infantil marcado pelo consumo de ultraprocessados está relacionado a vários desfechos negativos na saúde, como obesidade, dislipidemia e hipertensão arterial.<sup>24</sup>

O consumo de ultraprocessados, mensurado por meio do questionário de frequência alimentar, foi lido como frequência diária, e, portanto, estimou-se o consumo de uma vez por dia convertendo em 1, uma vez por semana foi convertido em 0,14 (1/7), 1 vez por mês foi convertido em 0,03 (1/30), e assim por diante. Considerou-se por definição os alimentos ultraprocessados, os quais estão prontos para consumo ou prontos para aquecer com pouca ou nenhuma preparação.<sup>29</sup>

Adotou-se como desfecho explicativo as características socioeconômicas, demográficas, estado de saúde, dados antropométricos e práticas parentais por meio dos questionários Práticas Abrangentes de Alimentação, validado, traduzido e adaptado para pais brasileiros e, para verificar os estilos parentais durante a refeição, frente ao comportamento alimentar da criança, aplicou-se o questionário de Estilos Parentais na Alimentação (QEPA), instrumento adaptado e validado para o contexto brasileiro.<sup>25,26</sup>

Os dados coletados foram processados no programa Epidata® versão 3.1, que permitiu a devida análise de consistência e validação dos dados. Iniciou-se a análise dos dados no software *Statistical Package for Social Sciences* versão 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). Foi realizada uma análise descritiva de todas as variáveis investigadas por meio de tabelas de distribuição de frequências para as variáveis categóricas e medidas de tendência central (média), variabilidade (desvio-padrão) e posição (mediana, mínimo e máximo) para as variáveis numéricas.

Para analisar a associação entre as práticas parentais e o comportamento alimentar de crianças foi realizada análise multivariada por meio da Regressão Linear Múltipla, com um nível de significância de 5%. Foram selecionadas para compor o modelo final apenas as variáveis que no modelo univariado apresentaram  $p < 0,20$ .

Todo o processo de pesquisa e utilização dos dados seguiu os termos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

## **RESULTADOS**

Foram analisadas informações de um total de 368 crianças, cujas mães tinham em média 32 anos ( $\pm 5,9$ ) e pais com média de 35 anos ( $\pm 7,2$ ). A Estratégia de Saúde da Família que abrangeu um maior número de crianças para serem avaliadas foi a da Região Sudeste (25,5%), e observou-se que nessa região, mais da metade das mães trabalhavam fora (58,3%). A maioria das crianças investigadas pertenciam à classe C, que representa a classe média intermediária, sendo 35,9% na classe C1 e 34,4% na classe C2.

Mais da metade das crianças eram do sexo feminino (50,7%). A faixa etária de um ano de idade contemplou um maior número de crianças avaliadas (27,4%) entre as demais idades, sendo que do total das crianças avaliadas, 75,4%, estavam na escola no período vespertino, e

tinham, em média, 11 horas de sono por dia (29,3%). Observou-se que 61,6% das crianças eram agitadas e não faziam uso de medicação. Foram consideradas pardas 51,5% das crianças. A grande maioria das crianças apresentaram funcionamento intestinal normal (90,2%). De acordo com as características clínicas pregressas, o nascimento prematuro ocorreu em 7% das crianças, tendo o parto cesáreo predominante (54,6%). O peso médio das crianças investigadas, ao nascer, foi de aproximadamente 3,150kg ( $\pm 0,51$ ) e estatura de 48,01 cm ( $\pm 2,39$ ). Em relação ao dado antropométrico atual, a estatura teve média de 93,94 cm ( $\pm 11,87$ ) e, peso médio de 14,5kg ( $\pm 3,88$ ). O estado nutricional das crianças participantes do estudo constou de magreza (3,5%), eutrofia (65%), risco de sobrepeso (18,8%), sobrepeso (8,5%), obesidade (4,1%).

Acerca do consumo alimentar habitual das crianças entre 12 e 23 meses, o maior percentual de consumo foi da comida de sal (99%) e o menor consumo é do mingau com leite, 4,9% do grupo (Tabela 1).



**Tabela 1 – Descrição dos dados sobre o questionário marcador do consumo alimentar, crianças referente à faixa etária um a 2 anos incompletos, Divinópolis/MG, 2019. (n=102)**

Consumo no dia anterior	Não (%)	Sim (%)	Não sabe (%)
Leite materno	64,7	35,3	-
Refeição principal	1,00	99,0	-
Leite animal	31,4	68,6	-
Iogurte	46,5	52,5	1,0
Verdura de folha	53,9	45,1	1,0
Biscoito recheado, doces e guloseimas	58,8	41,2	-
Bebidas adoçadas	65,7	34,3	-
Fígado	78,4	20,6	1,0
Hamburguer e/ou embutidos	82,4	17,6	-
Macarrão instantâneo, salgadinhos e biscoitos	86,3	13,7	-
Mingau com leite	95,1	4,9	-
<b>Consistência da alimentação ofertada</b>		<b>%</b>	
Pedaços		90,2	
Amassada		9,1	
Liquidificada		2,0	
Total		100,0	

Com relação ao consumo alimentar habitual de crianças acima de dois anos, verifica-se um consumo importante de alimentos processados e ultraprocessados (Tabela 2).

**Tabela 2 – Descrição dos dados sobre o questionário marcador do consumo alimentar, crianças acima de dois anos de idade, Divinópolis/MG, 2019. (n=266)**

Consumo no dia anterior	Não (%)	Sim (%)	Não sabe (%)
Biscoito recheado, doces e guloseimas	45,5	54,5	-
Bebidas adoçadas	57,5	42,1	0,4
Hamburguer e/ou embutidos	71,8	27,8	0,4
Macarrão instantâneo, salgadinhos e biscoitos	89,5	9,4	1,1

No que diz respeito às crianças na faixa etária de dois anos ou mais, o alimento mais consumido foi o feijão (92,2%). Mais da metade das crianças nessa faixa etária faziam suas refeições assistindo TV, utilizando computador e/ou celular (51,7%), e realizavam entre cinco a seis refeições por dia (53,4%) (Tabela 3).

**Tabela 3 – Descrição das crianças acima de dois anos, conforme prática alimentar, Divinópolis/MG, 2019. (n=266 )**

Variável	N	%
Refeições em frente à TV, computador ou celular	129	48,3
Não		
Sim	137	51,7
Total	266	100,0

A análise multivariada mostrou que maior consumo de alimentos ultraprocessados pelas crianças ocorreu quando os pais exerciam força física para que a criança comesse ( $p=0,006$ ), usavam recompensa para comer ( $p=0,018$ ) e utilizavam restrição para o controle de peso ( $p=0,011$ ).

Associação negativa, ou seja, menor consumo de ultraprocessados foi identificado quando os pais realizavam orientação para uma alimentação saudável ( $p=0,006$ ), monitoramento autoritativo do consumo de alimentos ricos em gordura ( $p=0,017$ ) e quando promoviam reforço positivo junto às crianças com comportamento considerado adequado ( $p=0,046$ ).

**Tabela 4 – Variáveis associadas ao comportamento alimentar das crianças entre a faixa etária de dois a cinco anos de idade, residentes de zona urbana, representado pelas práticas parentais durante a refeição, conforme modelo de regressão linear multivariada, Divinópolis, 2019. (n=266)**

Variáveis – QEPA	Coefficiente	t	valor p
Uso de força física com a criança para que ela coma	,316	2,759	,006
Uso de recompensa para comer	,319	2,387	,018

\* Teste Regressão linear (valor de  $p < 0,05$ )

\*\* Estrato referência para associações do comportamento alimentar da criança.

\*\*\*QEPA – Questionário estilo parental na alimentação

**Tabela 5 – Variáveis associadas ao comportamento alimentar das crianças na faixa etária de dois a cinco anos de idade, residentes de zona urbana, representado pelas práticas parentais abrangentes, conforme modelo de regressão linear multivariada, Divinópolis, 2019. (n=266)**

<b>Associações com o comportamento alimentar das crianças</b>	<b>Coefficiente</b>	<b>t</b>	<b>valor p</b>
<b>Variável da criança – CPFQ</b>			
Orientação para uma alimentação saudável	-3,277	-2,744	,006
Monitoramento autoritativo	-0,351	-2,404	,017
Restrição para controle de peso	0,312	2,557	,011
Reforço positivo do comportamento infantil adequado	-,213	-2,001	,046

\* Teste Regressão linear (valor de  $p < 0,05$ )

\*\* Estrato referência para associações do comportamento alimentar da criança.

\*\*\* CPFQ – Questionário práticas abrangentes na alimentação

## DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que há associação entre as práticas parentais e o comportamento alimentar das crianças. Práticas exercidas pelos pais como uso de força física para as crianças comerem, recompensa para comer e restrição alimentar tiveram associação positiva ao maior consumo de alimentos ultraprocessados. Resultados semelhantes foram identificados em alguns estudos brasileiros que avaliaram práticas parentais de controle alimentar e o comportamento alimentar.<sup>5, 6, 11, 12</sup>

Em São Luis (MA), um estudo com 114 crianças de escolas públicas e privadas, investigou as práticas parentais de recompensa e uso de alimentos para controle das emoções das crianças e apontou que essa dinâmica foi uma constante no comportamento infantil para lidar com sentimentos negativos.<sup>5</sup> Um estudo realizado com 301 crianças, na faixa etária entre dois e seis anos de idade, em escolas municipais e privadas, distribuídas nas quatro zonas da cidade de Natal, Rio Grande do Norte, verificou que o comportamento imperativo, autoritário dos pais não prediz mudança de comportamento das crianças em médio a longo prazo. Os autores mostraram que a restrição de alimentos para controle do peso realizada pelos pais diminui a autonomia e independência da criança para alimentar-se, em aspectos como escolhas alimentares, horários de comer e quantidade a ser ingerida, caracterizando-se uma prática inadequada.<sup>6</sup>

Na presente investigação identificou-se que quanto mais freqüente o uso da força física praticada pelos pais com os filhos para comerem, maior foi o consumo de alimentos ultraprocessados pelas crianças. Em concordância com nossos achados, alguns autores

constataram que o contexto familiar adquire um papel relevante no processo de aprendizagem, principalmente nas estratégias que os pais utilizam para a criança alimentar-se ou para aprender a comer alimentos específicos.<sup>7,8,9,10</sup> Estas estratégias podem apresentar estímulos inadequados na definição das preferências alimentares das crianças, ocasionando perda do controle da autorregulação do apetite.<sup>11,12</sup> Huçalo et al.<sup>13</sup> mostraram também que quando as crianças possuem pais que usam de castigos corporais, verbais, coerção, os filhos acabam tendo interesse pela comida para além do necessário.

Práticas parentais de recompensas tiveram associação positiva com maior consumo de alimentos ultraprocessados. Resultados similares foram identificados em outras investigações. Acredita-se que a utilização de alimentos como recompensa ou como reforçadores para a criança comer, pode gerar a percepção pela criança de que a comida é um prêmio, e, por conseguinte, algo valioso e objeto de desejo, culminando em uma superalimentação, sendo assim, uma prática educativa negativa, com conseqüências para a saúde, como por exemplo, o aumento do IMC.<sup>5, 14, 22</sup>

O uso de práticas parentais de restrição alimentar favoreceu maior consumo de alimentos ultraprocessados pelos filhos. Esses dados concordam com o estudo de Freitas et al.<sup>11</sup> que evidencia o uso de restrição alimentar pelos pais como metodologia de controle da alimentação infantil e como consequência maior consumo de ultraprocessados, os autores argumentam que tais práticas interferem nos sinais internos de fome e saciedade e na autorregulação do apetite da criança, fomentando a busca por alimentos hiperpalatáveis e até com compulsão alimentar e conseqüente aumento do peso.

Destaca-se que nessa pesquisa, orientações para alimentação saudável, monitoramento autoritativo, ou seja, afetivo e compreensivo e reforço positivo ao comportamento infantil considerado adequado tiveram associação negativa com o consumo de ultraprocessados. Outros estudos apontaram que práticas parentais responsivas como monitoramento e orientação aos filhos sobre alimentação saudável são fatores de proteção para o consumo de produtos industrializados, como os embutidos, presumidamente com alto teor de sódio e açúcar, nos primeiros dois anos de vida.<sup>14</sup>

Investigações recentes corroboram esses achados e destacam que crianças cujos pais as orientavam para uma alimentação saudável, reforçando o consumo de alimentos saudáveis e saborosos, as monitoravam quanto ao consumo de alimentos ricos em gordura, desempenhavam modelagem, comendo alimentos saudáveis com entusiasmo perante aos filhos, esses tiveram um menor interesse por alimentos ultraprocessados. Com isso se explica

a correlação de modelo com ensino sobre nutrição, onde pai/mãe são considerados exemplos para a atitude dos filhos.<sup>16, 17</sup>

De fato, a monitoria positiva se dá quando os pais têm conhecimento sobre o que os filhos fazem, onde estão, suas preferências e gostos e quando demonstram afeto para com eles, em especial nos momentos de aprendizagem, modulação do padrão alimentar. Na direção da crença de que o comportamento moral também é permeado pelo afeto, os modelos positivos com valores morais como justiça, honestidade, caridade, empatia e discriminação de certo e errado favorecem o comportamento alimentar adequado das crianças.<sup>11</sup>

Muitos dos hábitos alimentares das crianças são formados em casa pela ação dos pais que são os primeiros educadores nutricionais, desempenhando um papel único e fundamental no desenvolvimento de hábitos alimentares durante a primeira infância.<sup>18,22,23</sup> O comportamento dos pais pode influenciar diretamente o comportamento alimentar da criança, pois acredita-se que várias estratégias usadas pelos pais para promover o consumo de alimentos mais saudáveis, como pressão para comer e restrição, estão associadas a uma menor regulação da ingestão e maior ingestão de alimentos para crianças.<sup>21</sup>

O consumo alimentar depende da oportunidade da criança para se relacionar com os alimentos de acordo com os indícios internos à fome e à saciedade. Com as mudanças do mundo globalizado, os alimentos estão sendo oferecidos cada vez mais processados com baixo valor nutricional, portanto indivíduos, famílias, gestores e toda a sociedade devem estar atentos e criar oportunidades para o consumo de alimentos saudáveis.<sup>21,23,25</sup>

É importante ressaltar que mais da metade das crianças participantes do estudo se alimentam simultaneamente ao uso de TV, celulares e *tablets*. Apesar de, na contemporaneidade, o acesso à tecnologia estar cada vez mais freqüente, destacam-se os malefícios dessa prática.<sup>24</sup> Especialmente no que tange à mídia televisiva, sabe-se da existência de um *marketing* voltado especificamente para o público infantil, estimulando o consumo de alimentos industrializados, de elevado valor calórico e baixo valor nutricional, se opondo às recomendações atuais do Guia Alimentar Brasileiro.<sup>26</sup> Estudo realizado com o objetivo de analisar o hábito de assistir TV e a alimentação da população brasileira mostrou que, de fato, este hábito está associado ao consumo de alimentos não saudáveis.<sup>27,28</sup>

Destaca-se ainda a prevalência de excesso de peso (somatória de sobrepeso e obesidade) identificada na pesquisa, em que evidenciou-se 12,57% dos participantes com esse agravo. O excesso de peso é um problema de elevada magnitude na atualidade. Sabe-se que 3,9 milhões de crianças na América Latina e no Caribe têm sobrepeso e obesidade.<sup>28</sup> Nessa direção, os achados da presente investigação apontam para medidas governamentais, da

sociedade e da família como um todo para favorecer o acesso e o consumo de uma alimentação que favoreça o crescimento e o desenvolvimento infantis fisiológicos. De fato, entre os dezessete objetivos para o milênio que almejam o desenvolvimento sustentável, destaca-se o segundo que reforça as ações para a fome zero e a agricultura sustentável, visto que a má alimentação causa quase metade das mortes de crianças abaixo dos cinco anos de idade e, investir em pequenos agricultores é um modo importante de aumentar a segurança alimentar e a produção de alimentos saudáveis para mercados locais e globais.<sup>29</sup> Aponta-se também a necessidade da criação e desenvolvimento de programas de intervenção que abarquem as práticas educativas parentais, com enfoque no comportamento alimentar infantil, de forma a prevenir problemas futuros e promover saúde e qualidade de vida às crianças.

Esse estudo apresenta limitações. O delineamento da pesquisa permitiu estimar o comportamento alimentar de crianças residentes de zona urbana do município de Divinópolis, bem como sua associação com as práticas parentais, não sendo possível, em razão de ser transversal, realizar inferências de causa e efeito.

## CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram que houve associação entre práticas parentais e o comportamento alimentar da criança.

## REFERÊNCIAS

- 1 Vaz, Diana Souza Santos; Bennemann, Rose Mari. Comportamento alimentar e hábito alimentar: uma revisão. **Revista Uningá Review**, [S.l.], v. 20, n. 1, out. 2014. ISSN 2178-2571. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php>>
- 2 Carnell S, Benson L, Driggin E, Kolbe L. Parent feeding behavior and child appetite: associations depend on feeding style. *Int J Eat Disord*. 2014;47(7):705–709. doi:10.1002/eat.22324. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/eat.22324>
- 3 Brasil, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf)
- 4 Vanessa BackesV., Leindecker V., Brunelli G.M., Dal'Santo R. Intervenção em alimentação e nutrição com militares para incentivo a mudanças de comportamento alimentar: relato de experiência. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 2019, Junho 7(2): 55-62. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v7i12.5529>
- 5 Carozzo NPP, OLIVEIRA JH. A. Práticas alimentares parentais: a percepção de crianças acerca das estratégias educativas utilizadas no condicionamento do comportamento alimentar. *Psic. Rev. São Paulo*, volume 26, n.1, 187-209, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2017v26i1p.187-209>
- 6 Maranhão HS, Aguiara RC, Liraa DTJ, Salesa MUF, Nóbrega NAN. Dificuldades alimentares em pré-escolares, práticas alimentares progressas e estado nutricional. *Rev*

- Paul Pediatr. 2018;36(1):45-51. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;1;00004>.
- 7 Klazine VDH, Ester FCS. Parenting styles, feeding styles and foodrelated parenting practices in relation to toddlers' eating styles: A cluster-analytic approach. *PLoS One* 2017; 12 (5): e0178149. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28542555>
- 8 Russell CG, Worsley A, Campbell KJ. Strategies used by parents to influence their children's food preferences. *Appetite* 2015; 90:123-130. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25747856>
- 9 Jansen E, Williams KE, Mallan KM, Nicholson JM, Daniels L. Bidirectional associations between mothers' feeding practices and child eating behaviours. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2018; 15(1):3. Disponível em: <https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12966-018-0644-x>
- 10 Remy E, Issanchou S, Chabanet C, Boggio V, Nicklaus S. Impact of adiposity, age, sex and maternal feeding practices on eating in the absence of hunger and caloric compensation in preschool children. *Int J Obes* 2015; 39(6):925-930. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25777357>
- 11 Freitas FR, Moraes DEB, Warkentin S, Mais LA, Ivers JF, Taddei JAAC. Maternal restrictive feeding practices for child weight control and associated characteristics. *J Pediatr (RioJ)*.2019;95:201-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.12.009>
- 12 Leung MCA, Passadore MD, Silva SMCS. Fatores que influenciam os responsáveis pela seleção dos alimentos para crianças da educação infantil: uma reflexão bioética num estudo exploratório. *O Mundo da Saúde, São Paulo* - 2016;40(4):490-497. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-996860>
- 13 Huçalo AP, Ivatuik AL. A relação entre práticas parentais e o comportamento alimentar em crianças. *Revista Psico FAE* 2017; 6(2):113-128. Disponível em: <https://psico.fae.emnuvens.com.br/psico/article/view/141>
- 14 Melo KM, Cruz ACP, Brito MFSF, Pinho L. Influência do comportamento dos pais durante a refeição e no excesso de peso na infância. *Esc Anna Nery* 2017; 21(4):e20170102. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0102.pdf)
- 15 Hellwig N, Neuenfeld TM, Tomasi E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(11):3575-3584, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.19552015>
- 16 Tosatti AM, Ribeiro LW, Machado RHV, Maximino P., Bozzini AB, Ramos CC, Fisberg M. Fazer refeições em família tem efeito protetor para a obesidade e bons hábitos alimentares na juventude? Revisão de 2000 a 2016. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife*, 17 (3): 435-445 jul-set., 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v17n3/pt\\_1519-3829-rbsmi-17-03-0425.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v17n3/pt_1519-3829-rbsmi-17-03-0425.pdf)
- 17 Viana Siqueira FV, Santos Reis DS, Lopes Souza RAL, Pinho S, Pinho L. Excesso de peso e fatores associados entre profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Cad. Saúde Colet.*, 2019, Rio de Janeiro, 27 (2): 138-145. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v27n2/1414-462X-cadsc-1414-462X201900020167.pdf>
- 18 Gomide, PIC. (2014). Inventário de estilos parentais – IEP: modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação. Petrópolis: Vozes.
- 19 Ministério da Saúde (BR). Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília (DF):MS; 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_coleta\\_analise\\_dados\\_antropometricos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf)

- 20 Warkentin S., Mais AA., Latorre MRDO., Carnell S., Taddei JAAC. Fatores associados à subestimação do status do peso da criança pelos pais. J. Pediatr. (Rio J.) vol.94 no.2 PortoAlegre Mar./Apr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2017.05.010>
- 21 Cauduro, GN; Reppold, TC; Pacheco JTB. Adaptação Transcultural do Questionário de Estilos Parentais na Alimentação (QEPA). Aval. psicol., Itatiba , v. 16, n. 3, p. 293-300, jul. 2017 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v16n3/06.pdf>
- 22 Nasreddine L, NAJA F, AKL C, Chamieh MC, Karam S, Sibai AM, et al. Dietary, lifestyle and socio-economic correlates of overweight, obesity and central adiposity in Lebanese children and adolescents. Nutrients [Internet]. 2014 [cited 2018 Nov 25]; ;6:1038-62. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/6/3/1038>
- 23 Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Alimentos e bebidas ultraprocessados na América Latina: tendências, efeito na obesidade e implicações para políticas públicas. Departamento de Doenças não Transmissíveis e Saúde Mental Brasília DF, 2018. Disponível em: <https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2018/05/Alimentos-e-bebidas-ultraprocessados-na-Am%C3%A9rica-Latina-01.pdf>
- 24 Moura Thais Norberta Bezerra de, Moreira Thereza Maria Magalhães, Sousa Alcilene Dalília de, Santos Neto Antonino Calisto dos, Sousa Renan Xavier e, Lima Luisa Helena de Oliveira. ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE JOGO EDUCATIVO PARA SMARTPHONE SOBRE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS PARA ADOLESCENTES. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 05] ; 28: e20180252. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072019000100371&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100371&lng=en). Epub Oct 14, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0252>.
- 25 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança : orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica\\_Nacional\\_de\\_Atencao\\_Integral\\_a\\_Saude\\_da\\_Crianca\\_PNAISC.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf)
- 26 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica. Brasília – DF2015. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores\\_consumo\\_alimentar\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf)
- 27 Maia EG, Gomes FMD, Alves MH, Huth YR, Claro RM. Hábito de assistir à televisão e sua relação com a alimentação: resultados do período de 2006 a 2014 em capitais brasileiras. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 28] ; 32(9) : e00104515. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00104515>
- 28 OPAS. Organização das Nações Unidas para alimentação e a agricultura; 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/agencia/fao/>
- 29 Ministério da Saúde, Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), divulgado em abril de 2015. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2017\\_vigilancia\\_fatores\\_riscos.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf)

## NOTAS

### ORIGEM DO ARTIGO

Dissertação de mestrado, intitulada “Práticas parentais e sua relação com o comportamento alimentar de crianças”, Universidade Federal de São João Del Rei, - Campus Centro - Oeste Dona Lindu; Ano - 2019.

### CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA



Concepção do estudo: Santos KF, Romano MCC, Reis MA

Coleta de dados: Santos KF

Discussão dos resultados: Santos KF, Romano MCC

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Santos KF, Romano MCC

Revisão e aprovação final da versão final: Santos KF, Romano MCC

### **APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João Del Rei, sob parecer consubstanciado de Nº. 3.330.967 e CAAE Nº. 98529018.0.0000.5545.

### **CONFLITO DE INTERESSES**

Não há conflito de interesses.

### **FINANCIAMENTO**

Universidade Federal de São João Del Rei, unidade administrativa:1.97.00.00 -  
Campus Centro - Oeste Dona Lindu

### **CONSENTIMENTO DE USO DE IMAGEM**

Não se aplica.

### **AUTOR CORRESPONDENTE**

Kelly de Freitas Santos

Kellyfreitass83@hotmail.com



## **6 LIMITAÇÕES**

O presente estudo apresenta limitações, dentre elas pode-se destacar o uso do marcador do consumo alimentar, que por se tratar de um inquérito do dia anterior pode não representar a variabilidade da ingestão alimentar do dia a dia. Ademais, pode haver subnotificação e dificuldades quanto à memória do entrevistado. Todavia, como estimativa da realidade do consumo alimentar, o instrumento marcador do consumo alimentar ainda se constitui o método mais apropriado para avaliar a ingestão de alimentos de uma população com faixa etária inferior a cinco anos de idade, apesar de suas limitações. No que tange a investigação do consumo alimentar, é importante salientar a escassez de ferramentas na literatura para essa faixa etária.

O delineamento da pesquisa permitiu estimar o comportamento alimentar de crianças residentes da zona urbana do Município de Divinópolis, bem como sua associação com o comportamento dos pais, não sendo possível, em razão de ser transversal, realizar inferências de causa e efeito. Entretanto, este delineamento respondeu à pergunta de pesquisa e aos objetivos do estudo.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os achados deste estudo evidenciaram uma associação entre práticas parentais e comportamento alimentar de crianças moradoras da zona urbana do município de Divinópolis. Os dados apontam a necessidade de implementação de novas abordagens de ordem coletiva, especialmente para as famílias, o primeiro grupo social que se encarregará de educar com afeto e ensinamento positivo. Isto provavelmente refletirá positivamente na qualidade de vida da criança.

**8 REFERÊNCIAS**

---

## REFERÊNCIAS

ALVES MN, MUNIZ LC, VIEIRA MFA. Consumo alimentar entre crianças brasileiras de dois a cinco anos de idade: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006. **Ciênc Saúde Coletiva.** 2013;18(11):3369-77. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n11/26.pdf>

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). Critério de classificação econômica Brasil. São Paulo: ABEP [Internet]. 2010; [cited 2015 Oct 15]. Available from: <www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=09>. [file:///C:/Users/Kelly/Downloads/01\\_cceb\\_2016\\_11\\_04\\_16\\_final%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Kelly/Downloads/01_cceb_2016_11_04_16_final%20(1).pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança : orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica\\_Nacional\\_de\\_Atencao\\_Integral\\_a\\_Saude\\_da\\_Crianca\\_PNAISC.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf)

BAEK YJ, PAIK HJ, SHIM JE. Association between family structure and food group intake in children. **Nut Res Pract.** 2014;8(4):463-8. [file:///C:/Users/Kelly/Downloads/BaekYJ\\_Assocfamstr\\_NRP2014.pdf](file:///C:/Users/Kelly/Downloads/BaekYJ_Assocfamstr_NRP2014.pdf)

BENETTI IC, VIEIRA ML, CREPALDI AM, SCHNEIDER DR. Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. *Pensando Psicologia.* 2013;9:89-99. <file:///C:/Users/Kelly/Downloads/620-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1271-1-10-20140508.pdf>

BENNETT C, BLISSETT J. Parental monitoring may protect impulsive children from overeating. *Pediatr Obes* 2017; 12(5):414-421. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27229365>

BERGMEIER H, SKOUTERIS H, HORWOOD S, HOOLEY M, RICHARDSON B. Child temperament and maternal predictors of preschool children's eating and body mass index. A prospective study. **Appetite.** 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24345325>

BERGE JM, WALL M, LARSON N, EISENBERG ME, LOTH KA, NEUMARK-SZTAINER D. The unique and additive associations of family functioning and parenting practices with disordered eating behaviors in diverse adolescents. **J Behav Med.** 2014;37:205-17. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23196919>

BERNARD F, CICHELERO C, VITOLO MR. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Rev. Nutr.,** Campinas, 18(1):85-93, jan./fev., 2005. <http://www.scielo.br/pdf/rn/v18n1/23510.pdf>

BIRCH, L. L. (1999). Development of food preferences. **Annual Review of nutrition,** 19, 41-62. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10448516>

BIRCH, L. L. & FISHER, J. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. **Pediatrics**, 101(Suppl.), 539-549.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12224660>

BOCCOLINI C. S., BOCCOLINI P. M. M, MONTEIRO F. R., VENÂNCIO S. I., GIUGLIANI E. R. J. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Rev Saude Publica**. 2017;51:108.  
[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000029.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000029.pdf)

BORTOLINI G, VITOLO M, GUBERT M, SANTOS L. Iniquidades sociais influenciam a qualidade e a diversidade da dieta de crianças brasileiras de 6 a 36 meses. **Cad Saúde Pública** 2015;31:2413-24.  
<https://pdfs.semanticscholar.org/9bcf/759df1a176ee0b1c9198c06524938887e559.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006). Brasília: Ministério da Saúde; 2009. <http://www.saude.gov.br/sctie>

CANELLA SD, LOUZADA MLC, CLARO RM, COSTA JC, BANDONI DH, LEVY RB, MARTINS APB. Consumo de hortaliças e sua relação com os alimentos ultraprocessados no Brasil. **Rev Saude Publica**. 2018;52:50.  
[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000111.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000111.pdf)

CAMILLERI, M. D. Constipation. National Digestive Diseases Information Clearinghouse. v.13, n. 2754, p. 1-12, 2013. Disponível em: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/digestive-diseases>

CARVALHO PHB, FILGUEIRAS JF, NEVES CM, COELHO FD, FERREIRA MEC. Checagem corporal atitude alimentar inadequada, insatisfação com a imagem corporal de jovens universitários. **J Bras Psiquiatr**. 2013;62(2):108-14.  
<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v62n2/v62n2a03.pdf>

CASSONI, C. (2013). Estilos parentais e práticas educativas parentais: revisão sistemática e crítica a literatura. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.  
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-14122013-105111/en.php>

CAUDURO, G. N., REPPOLD, C.T., PACHECO, J. T. B. Adaptação Transcultural do Questionário de Estilos Parentais na Alimentação (QEPA). Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre-RS, Brasil. ARTIGO – DOI: <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2017.1603.12452>

CHAFFEE BW. Fatores nos primeiros anos de vida que influenciam o consumo de frutas e verduras entre crianças. **J Pediatr** (Rio J). 2014;90(5):437-9.  
[http://www.scielo.br/pdf/jped/v90n5/pt\\_0021-7557-jped-90-05-00437.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v90n5/pt_0021-7557-jped-90-05-00437.pdf)

COELHO, C.; AFONSO, L.; OLIVEIRA, A. Práticas parentais de controle alimentar: relação com o peso da criança. **Acta portuguesa de nutrição 09 (2017)** 06-11 | licença: cc-by-nc | <http://www.scielo.mec.pt/pdf/apn/n9/n9a02.pdf>



COLUCCI A.C. A., PHILIPPI S. T., SLATER B. Desenvolvimento de um questionário de frequência alimentar para avaliação do consumo alimentar de crianças de 2 a 5 anos de idade. **Rev. Bras. Epidemiol.** Vol. 7, Nº 4, 2004. <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n4/03.pdf>

CAROZZO N.P.P., OLIVEIRA J. H. A. Práticas alimentares parentais: a percepção de crianças acerca das estratégias educativas utilizadas no condicionamento do comportamento alimentar. **Psic. Rev. São Paulo**, volume 26, n.1, 187-209, 2017. <https://pdfs.semanticscholar.org/8565/780476c9412638be399dc956fa648a2d91e6.pdf>

COSTA FF, BENEDET J, LEAL DB, ASSIS MA. Agregação de fatores de risco para doenças e agravos crônicos não transmissíveis em adultos de Florianópolis, SC. **Rev Bras Epidemiol.** 2013;16:398-408. <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n2/1415-790X-rbepid-16-02-00398.pdf>

COSTA FT, TEIXEIRA MA, GOMES WB. Respondingness and demandingness: two scales to evaluate parenting styles. **Psicol Reflex Crit.** 2000;13:465-73. <http://www.scielo.br/pdf/prc/v13n3/v13n3a14.pdf>

CUDJE, G.; BREISINGER, C.; DIAO, X. Local impacts of a global crisis: food price transmission, consumer, welfare and poverty in Ghana Food Policy. In press, available online, 2010. Disponível em: Acesso em: 20 out. 2013. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306919210000266>

DANTAS, R. R.; SILVA, G. A. P. O papel do ambiente obesogênico e dos estilos de vida parentais no comportamento alimentar infantil. Sociedade de Pediatria de São Paulo. Publicado por **Zeppelini Publishers**, 2019. [http://www.scielo.br/pdf/rpp/2019nahead/pt\\_0103-0582-rpp-2019-37-3-00005.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rpp/2019nahead/pt_0103-0582-rpp-2019-37-3-00005.pdf)

DECOSTA P, MØLLER P, FRØST MB, OLSEN A. Changing children's eating behaviour - A review of experimental research. **Appetite.** 2017;113:327-57. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28286164>

DURAO C, ANDREOZZI V, OLIVEIRA A, MOREIRA P, GUERRA A, BARROS H, ET AL. Maternal child-feeding practices and dietary inadequacy of 4-year-old children. **Appetite.** 2015;92:15-23. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25936289>

FARROW CV, HAYCRAFT E, BLISSETT JM. Teaching our children when to eat: how parental feeding practices inform the development of emotional eating--a longitudinal experimental design. **Am J Clin Nutr.** 2015;101(5):908-13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25787999>

FINISTRELLA V, MANCO M, FERRARA A, RUSTICO C, PRESAGHI F, MORINO G. Cross-sectional exploration of maternal reports of food neophobia and pickiness in preschooler-mother dyads. **J Am Coll Nutr.** 2012;31:152-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23204151>

FREEDMAN DS, SERDULA MK, SRINIVASAN SR, BERENSON GS. Relation of circumferences and skinfold thicknesses to lipid and insulin concentrations in children

and adolescents: the Bogalusa Heart Study. **Am J Clin Nutr.** 1999;69:308-17. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9989697>

FREITAS FR, MORAES DEB, WARKENTIN S, MAIS LA, IVERS JF, TADDEI JAAC. Maternal restrictive feeding practices for child weight control and associated characteristics. **JPediatr** (RioJ).2019;95:201-8. [http://www.scielo.br/pdf/jped/v95n2/pt\\_0021-7557-jped-95-02-0201.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v95n2/pt_0021-7557-jped-95-02-0201.pdf)

FRIES LR, MARTIN N, VAN DER HORST K. Parent-child mealtime interactions associated with toddlers' refusals of novel and familiar foods. **Physiol Behav.** 2017 Jul 1;176:93-100. doi: 10.1016/j.physbeh.2017.03.001. Epub 2017 Mar 14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28315360>

FULCO, M. V. F.; BAAD, V. M. A.; PITANGUI, A. C. R.; MENDES, M. L. M.; MESSIA, C. M. B.O. Comportamento alimentar e seu reflexo sobre o estado nutricional de adolescentes de uma escola pública. **Revista: Adolescência & Saúde.** Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 86-94, agosto 2016. [file:///C:/Users/Kelly/Downloads/v13s1a11%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Kelly/Downloads/v13s1a11%20(1).pdf)

GALLOWAY AT, LEE Y, BIRCH LL. Predictors and consequences of food neophobia and pickiness in Young girls. **J Am Diet Assoc.** 2003;103:692-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2532522/pdf/nihms62059.pdf>

GAMA GGG, MUSSI FC, PIRES CGS, GUIMARÃES AC. Crenças e comportamentos de pessoas com doença arterial coronária. **Cienc Saúde Col.** 2012;17(12):3371-83. [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v17n12/22.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v17n12/22.pdf)

GIESTA JM, ZOCHE E, CORRÊA RS, BOSA VL. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. **Ciência & Saúde Coletiva,** 24(7):2387-2397, 2019. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v24n7/1413-8123-csc-24-07-2387.pdf>

Hellwig N., Neuenfeld T. M., Tomasi E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva,** 21(11):3575-3584, 2016. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n11/1413-8123-csc-21-11-3575.pdf>

HENDY HM, WILLIAMS KE, CAMISE TS, ECKMAN N, HEDEMANN A. The Parent Mealtime Action Scale (PMAS). Development and association with children's diet and weight. **Appetite.** 2009;52(2):328-39. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19059292>

HUGHES, S. O., CROSS, M. B., HENNESSY, E., TOVAR, A., ECONOMOS, C. D., & POWER, T. G. (2012). Caregiver's feeding styles questionnaire. Establishing cutoff points. **Appetite,** 58(1), 393-395. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22119478>

HUGHES SO, FRANKEL LA, BELTRAN A, HODGES E, HOERR S, LUMENG J, ET AL. Food parenting measurement issues: working group consensus report.

Childhood obesity. 2013; 9 **Supplement1**:S95±102.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23944928>

HULLEY, S.B., et al. (2001) Designing clinical research: an epidemiologic approach, 2nded. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. Volume 78 – Issue 8 – p 560.  
[https://journals.lww.com/optvissci/Fulltext/2001/08000/Designing\\_Clinical\\_Research\\_an\\_Epidemiologic.5.aspx](https://journals.lww.com/optvissci/Fulltext/2001/08000/Designing_Clinical_Research_an_Epidemiologic.5.aspx)

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). National Academies, Dietary Reference Intakes (DRIs): Tolerable Upper Intake Levels, Vitamins Food and Nutrition Board, 2009. Disponível em:  
[http://nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2019/DRI-Tables-2019/6\\_DRIVValues\\_Summary.pdf?la=en](http://nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2019/DRI-Tables-2019/6_DRIVValues_Summary.pdf?la=en)

JANSEN PW, DE BARSE LM, JADDOE VW, VERHULST FC, FRANCO OH, TIEMEIER H. Bi-directional associations between child fussy eating and parents' pressure to eat: Who influences whom? **Physiol Behav.** 2017;176:101-6.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28215424>

JANSEN PW, THARNER A, VAN DER ENDE J, WAKE M, RAAT H, HOFMAN A, ET AL. Feeding practices and child weight: is the association bidirectional in preschool children? **Am J Clin Nutr.** 2014;100(5):1329-36.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25332330>

KELLER, K. L.; PIETROBELI A, JOHNSON SL, FAITH M. S. Maternal restriction of children's eating and encouragements to eat as the 'non-shared environment': a pilot study using the child feeding questionnaire. **Int J Obes (Lond).** 2006;30 (11):1670-5.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16568136>

KIEFNER-BURMEISTER AE, HOFFMANN DA, MEERS MR, KOBALL AM, MUSHNER-EIZENMAN DR. Food consumption by young children: a function of parental feeding goals and practices. **Appetite.** 2014;74:6-11.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24275668>

KLOTZ-SILVA, J. Hábitos alimentares e comportamento alimentar: do que estamos falando? **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 26 [ 4 ]: 1103-1123, 2016.  
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n4/1809-4481-physis-26-04-01103.pdf>

LAMOUNIER J.A. Transição epidemiológica nutricional em crianças e adolescentes argentinos de áreas carentes. **Rev Paul Pediatr** 2009;27(2):124-6.  
<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n2/01.pdf>

LARSEN JK, HERMANS RC, SLEDDENS EF, ENGELS RC, FISHER JO, KREMERS SP. How parental dietary behavior and food parenting practices affect children's dietary behavior. Interacting sources of influence? **Appetite.** 2015; 89:246-57.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25681294>

LOBSTEIN T, JACKSON-LEACH R, MOODIE ML, HALL KD, GORTMAKER SL, SWINBURN BA, et al. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. **Lancet.** 2015;385(9986):2510-20.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4594797/pdf/nihms724800.pdf>

MACCOBY E. E. & MARTIN J. A. (1993). Socialization in the contexto f the family: Parent-child interation. Handbook of child psychology: formerly Carmichael's Manual of child psychology/Paul H. Mussen, editor.

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v16n3/06.pdf>

MARINS SS. Percepções, crenças e práticas de pais e educadores acerca de sobrepeso e obesidade em pré-escolares [PhD thesis]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2011.

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-28032011-110221/pt-br.php>

MELLER FO, ARAÚJO CLP, MADRUGA SW. Fatores associados ao excesso de peso em crianças brasileiras menores de cinco anos. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2014;19(3):943-55.

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00943.pdf>

MELO K. M., CRUZ A. C. P., BRITO M. F. S. F., PINHO L. Influência do comportamento dos pais durante a refeição e no excesso de peso na infância. **Esc Anna Nery** 2017;21(4):e20170102.

[http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0102.pdf)

MENDONÇA RD, PIMENTA AM, GEA A, FUENTE-ARRILLA-GA C, MARTINEZ-GONZALES MA, LOPES ACS, BES-RAS-TROLLO M. Ultraprocessed food consumption and risk of overweight and obesity: the University of Navar-ra Follow-up (SUN) cohort study. **Am J Clin Nutr** 2016;104(5):1433-1440.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27733404>

MINI AURÉLIO: DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA. 6ª ed. Curitiba: Positivo; 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília (DF):MS; 2011.

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_coleta\\_analise\\_dados\\_antropometricos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf)

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília (DF):MS; 2012.

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_coleta\\_analise\\_dados\\_antropometricos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf)

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN na assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2008; [cited 2017 Jan 17]; 64 p. Available from:

[http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes\\_basicas\\_sisvan.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_basicas_sisvan.pdf)

MONTEIRO, C.A., et al. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, n.11, p. 2039-2049, 2010. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n11/05.pdf>

MOURA NC. Influência da mídia no comportamento alimentar de crianças e adolescentes. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, 17(1): 113-122, 2010. <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8634805/2724>

NG M, FLEMING T, ROBINSON M, THOMSON B, GRAETZ N, MARGONO C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **Lancet**. 2014;384(9945):766-81. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24880830>

NOWICKA P, SORJONEN K, PIETROBELLI A, FLODMARK CE, FAITH MS. Parental feeding practices and associations with child weight status. Swedish validation of the Child Feeding Questionnaire finds parents of 4-year-olds less restrictive. **Appetite**. 2014;81:232-41. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24972134>

ONIS M. Preventing childhood overweight and obesity. **J Pediatr (Rio J)**. 2015;91:105-7. [http://www.scielo.br/pdf/jped/v91n2/pt\\_0021-7557-jped-91-02-00105.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v91n2/pt_0021-7557-jped-91-02-00105.pdf)

PARENTE ALBUQUERQUE L, MONTENEGRO CAVALCANTE AC, CÉZAR DE ALMEIDA P, DE MAGALHÃES CARRAPEIRO M. Overweight relationship with dietary behavior and lifestyle in brazilian students. **Nutr Clin Diet Hosp**. 2016;36:17-23. [http://www.scielo.br/pdf/rpp/2019nahead/pt\\_0103-0582-rpp2019-37-3-00005.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rpp/2019nahead/pt_0103-0582-rpp2019-37-3-00005.pdf)

PASSOS DR, GIGANTE DP, MACIEL FV, MATIJASEVICH A. Comportamento alimentar infantil: comparação entre crianças sem e com excesso de peso em uma escola do município de Pelotas, RS. **Rev Paul Pediatr**. 2015;33(1):42-9. [http://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n1/pt\\_0103-0582-rpp-33-01-00042.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n1/pt_0103-0582-rpp-33-01-00042.pdf)

PATE RR, O'NEILL JR, LIESE AD, JANZ KF, GRANBERG EM, COLANBIANCHI N, et al. Factors associated with development of excessive fatness in children and adolescents: a review of prospective studies. **Obesity Reviews**. 2013; 14(8): 645-58. <https://core.ac.uk/download/pdf/73938322.pdf>

PEARSON N, GRIFFITHS P, BIDDLE SJ, JOHNSTON JP, HAYCRAFT E. Individual, behavioural and home environmental factors associated with eating behaviours in young adolescents. **Appetite**. 2017;112:35-43. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28062200>

PETTY ML, ESCRIVÃO MA, SOUZA AA. Preliminary validation of the Parent Mealtime Action Scale and its association with food intake in children from São Paulo, Brazil. **Appetite**. 2013;62:166-72. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23219990>

POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO BRASÍLIA, DF, 2013. 84 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_alimentacao\\_nutricao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf)>. Acesso em: 18 abr. 2015. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_alimentacao\\_nutricao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf)

REZENDE, P.S.; MORAESB, D.E.B.; MAISC, L.A.; WARKENTIND, S.; TADDEIE, J.A.A.C. Maternal pressure to eat: Associations with maternal and child characteristics among 2-to 8-year-olds in Brazil. Available online 21 October 2018 0195-6663/ © 2018 Elsevier Ltd. All rights reserved. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0195666317308814>

RODGERS RF, PAXTON SJ., MASSEY R., CAMPBELL KJ., WERTHEIM EH., SKOUTERIS H., GIBBONS K. Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in young children: A prospective study. **Int J Behav Nutr Phys Act.** 2013;10:24. 49. <https://ijbnpa.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1479-5868-10-24>

ROLLINS N. C., LUTTER C. K., BHANDARI N., HAJEEDHOY N., HORTON S., MARTINES J. C., PIWOZ E. G., RICHTER L. M., VICTORA C. G. Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação? **Epidemiol. Serv. Saúde,** Brasília, 2016. <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao2.pdf>

ROSSI A, MOREIRA EAM, RAUEN MS. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Rev. Nutr.**, Campinas, 21(6):739-748, nov./dez., 2008. <http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n6/a12v21n6.pdf>

SCHUCH I, CASTRO TG, VASCONCELOS FAG, DUTRA CLC, GOLDANI MZ. Excess weight in preschoolers: prevalence and associated factors. **J Pediatr.** 2013; 89(2): 179-88. <http://www.scielo.br/pdf/jped/v89n2/v89n2a12.pdf>

SHI L, MAO Y. Excessive recreational computer use and food consumption behaviour among adolescents. **Ital J Pediatr.** 2010;36:52. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2923160/>

SHIM JE, KIM J, MATHAI RA, STRONG KIDS RESEARCH TEAM. Associations of infant feeding practices and picky eating behaviors of preschool children. **J Am Diet Assoc.** 2011;111:1363-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21872699>

SHLOIM N, EDELSON LR, MARTIN N, HETHERINGTON MM. Parenting Styles, Feeding Styles, Feeding Practices, and Weight Status in 4-12 Year-Old Children: A Systematic Review of the Literature. **Front Psychol.** 2015;6:1849. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26696920>

SILVA GA, COSTA KA, GIUGLIANI ER. Infant feeding: beyond the nutritional aspects. **J Pediatr** (Rio J). 2016;92(3 Suppl 1):S2-7. [http://www.scielo.br/pdf/jped/v92n3s1/pt\\_0021-7557-jped-92-03-s1-00S2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v92n3s1/pt_0021-7557-jped-92-03-s1-00S2.pdf)

SILVA MA, MILAGRES LC, CASTRO APP, FILGUEIRAS MDS, ROCHA NP, HERMSDORFF HHM, LONGO GZ, NOVAES JF. O consumo de produtos

ultraprocessados está associado ao melhor nível socioeconômico das famílias das crianças. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(11):4053-4060, 2019. <https://www.scielo.org/pdf/csc/2019.v24n11/4053-4060/pt>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Avaliação nutricional da criança e do adolescente – Manual de Orientação / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. – São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 2009. [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2015/02/manual-aval-nutr2009.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/manual-aval-nutr2009.pdf)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Saúde de Crianças e Adolescentes na Era Digital– Manual de Orientação / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Adolescência, p2 e p3. – São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Adolescência, 2016. [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/EDITAL\\_2019\\_MEDICINA\\_DO\\_ADOLESCENTE-ok.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/EDITAL_2019_MEDICINA_DO_ADOLESCENTE-ok.pdf)

SOUZA NP, OLIVEIRA MR. O ambiente como elemento determinante da obesidade. **Rev Simbio-Logias**. 2008;1:157-73. <http://redesans.com.br/rede/wp-content/uploads/2012/10/o-ambiente-como-elemento-paraleitura.pdf>

SPARRENBERGER K, FRIEDRICH RR, SCHIFFNER MD, SCHUCH I, WAGNER MB. Ultra-processed food consumption in children from a Basic Health Unit. *J Pediatr (RioJ)*.2015;91:535-42. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755715000777?via%3Dihub>

STEINSBEKK S, BELSKY J, WICHSTRØM L. Parental Feeding and Child Eating: An Investigation of Reciprocal Effects. **Child Dev**. 2016 Sep;87(5):1538-49. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27154834>

SUSAN C. P. H. D., LEORA B. M. S., ELISSA D. B. S., LAURA K. M. P. Parent Feeding Behavior and Child Appetite: Associations Depend on Feeding Style. Published in final edited form as: **Int J Eat Disord**. 2014 November; 47(7): 705–709. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4211951/pdf/nihms614605.pdf>

THEME FILHA M. M., SOUZA JUNIOR P. R. B., DAMACENA G. N., SZWARCOWALD C. L. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev Bras Epidemiol** dez 2015; 18 SUPPL 2: 83-96. <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00083.pdf>

THIMMIG LM, CABANA MD, BENTZ MG, POTOCKA K, BECK A, FONG L, ET. AL. Television during meals in the first 4 years of life. **Clin Pediatr (Phila)**. 2017;56:659-66. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28503997>

TOSATTI A. M., RIBEIRO L. W., MACHADO R. H. V., MAXIMINO P., BOZZINI A. B., RAMOS C. C., FISBERG M. Fazer refeições em família tem efeito protetor para a obesidade e bons hábitos alimentares na juventude? Revisão de 2000 a 2016. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 17 (3): 435-445 jul-set., 2017. [http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v17n3/pt\\_1519-3829-rbsmi-17-03-0425.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v17n3/pt_1519-3829-rbsmi-17-03-0425.pdf)

TRIPICCHIO, G. L.; KELLY, K.L.; JOHNSON, C.; PIETROBELLI A., HEO M., FAITH, M. S. Differential maternal feeding practices, eating self-regulation, and adiposity in young twins. **Pediatrics**. 2014;134(5):e1399-404. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25311601>

TSCHANN JM, GREGORICH SE, PENILLA C, PASCH LA, DE GROAT CL, FLORES E, ET AL. Parental feeding practices in Mexican American families: initial test of an expanded measure. **Int J Behav Nutr Phys Act**. 2013;10:6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23324120>

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP. Tabela brasileira de composição de alimentos - TACO. 4. ed. rev. e ampl. Campinas: UNICAMP/NEPA, 2011. 161 p. Disponível em: [http://www.nepa.unicamp.br/taco/contar/taco\\_4\\_edicao\\_ampliada\\_e\\_revisada.pdf?arquivo=taco\\_4\\_versao\\_ampliada\\_e\\_revisada.pdf](http://www.nepa.unicamp.br/taco/contar/taco_4_edicao_ampliada_e_revisada.pdf?arquivo=taco_4_versao_ampliada_e_revisada.pdf)

VAZ, DSS; BENNEMANN RM. Comportamento alimentar e hábito alimentar: uma revisão. **Revista UNINGÁ Review**. Vol.20, n.1, pp.108-112(Out-Dez 2014). [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20141001\\_083919.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20141001_083919.pdf)

VIANA, VICTOR; SINDE, SUSANA - O comportamento alimentar em crianças: adaptação e validação de um questionário para a população portuguesa (CEBQ). **Revista Análise Psicológica**. Lisboa. ISSN 0870-8231. Vol. 26, nº1 (2008), p.111-120. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v26n1/v26n1a09.pdf>

VICTORA CG, BAHNL R, BARROS AJ, FRANÇA GV, HORTON S, MURCH S, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **Lancet**. 2016;387:475-90. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26869575>

WARKENTIN S, MAIS LA, LATORRE MRDO, CARNELL S, TADDEI JAAC. Validation of the comprehensive feeding practices questionnaire in parents of preschool children in Brazil. **BMC Public Health** (2016) 16:603 DOI 10.1186/s12889-016-3282-8. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4952239/pdf/12889\\_2016\\_Article\\_3282.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4952239/pdf/12889_2016_Article_3282.pdf)

WEBBER L, COOKE L, HILL C, WARDLE J. Child adiposity and maternal feeding practices: a longitudinal analysis. **Am J Clin Nutr**. 2010;92(6):1423-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20881070>

WENDT V., BERGMANN S., HERFURTH-MAJSTOROVIC K., KEITEL-KORNDORFER A., KLITZING K., KLEIN A. M. Parent-child interaction during feeding or joint eating in parents of different weights. **ELSEVIER**, Eating Behaviors; volume 18, August 2015, Pages 131-136. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015315000537?via%3Dihub>

WONG DL. A criança com disfunção endócrina. In: Wong DL, editor. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p. 936-49. [https://eu-ireland-custom-media-prod.s3-eu-west-1.amazonaws.com/Brasil/Downloads/22-10/E-sample\\_Wong%20Fundamentos%20Enfermagem%20Pedi%C3%A1trica-min.pdf](https://eu-ireland-custom-media-prod.s3-eu-west-1.amazonaws.com/Brasil/Downloads/22-10/E-sample_Wong%20Fundamentos%20Enfermagem%20Pedi%C3%A1trica-min.pdf)



WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2015). Childhood overweight and obesity. Retrieved from. Unidade de Vigilância e Avaliação do Crescimento, Departamento de Nutrição, Organização Mundial de Saúde, Genebra, Suíça. [http://www.scielo.br/pdf/jped/v91n2/pt\\_0021-7557-jped-91-02-00105.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v91n2/pt_0021-7557-jped-91-02-00105.pdf)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Child growth standarts. Geneva. 2018. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/en/>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). De Onis, M., et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bulletin of the World Health Organization, [S.l], v. 85, p. 660-667, 2007. [https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/essential\\_nutrition\\_actions/en/](https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/essential_nutrition_actions/en/)



## APÊNDICES

### APÊNDICE - A



Universidade Federal de São João Del-Rei – UFSJ/ Campus Centro-Oeste Dona Lindu **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

##### **PAIS/RESPONSÁVEIS**

Seu filho (a) está sendo convidado a participar do estudo "Comportamento dos pais durante a refeição e sua relação com o comportamento alimentar de crianças", sob responsabilidade da mestrandia Kelly de Freitas Santos e da orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Márcia Christina Caetano Romano. A colaboração de seu filho (a) será de grande importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual solicitamos sua participação. É necessário que você, como responsável, tenha conhecimento de algumas informações antes de decidir quanto à participação de seu filho (a).

##### **QUAL É O OBJETIVO DA PESQUISA?**

A pesquisa tem como objetivo avaliar a associação entre comportamento dos pais durante a refeição e comportamento alimentar de crianças no Município de Divinópolis, MG. Ou seja, iremos avaliar a prática e comportamento alimentar dos pais, analisando a possível influência sobre a alimentação dos seus filhos.

##### **QUAL É A JUSTIFICATIVA DA PESQUISA?**

Trazer contribuições acerca das determinações do comportamento alimentar, com o potencial de identificar e compreender os elementos paternos/familiares que envolvem o comportamento alimentar em crianças, para auxiliar no aprimoramento de políticas públicas, visando melhor abordagem do problema.

##### **COMO SERÁ A PARTICIPAÇÃO DE SEU FILHO (A) NESTA PESQUISA? QUE PROCEDIMENTOS SERÃO REALIZADOS?**

Caso concorde em participar deste estudo, será realizada a aferição do peso e estatura do seu filho (a), e você responderá a seis questionários contemplando as variáveis demográficas, estilo de vida, dados clínicos e também questões referentes ao comportamento alimentar das crianças frente as práticas e comportamento dos pais durante a refeição, por meio do Questionário Práticas Abrangentes de Alimentação. Para uma seleção adicional da mensuração das práticas alimentares relatadas, visando compreender a relação entre estilos parentais e comportamento alimentar infantil será utilizado o Questionário de Estilos Parentais na Alimentação (QEPA). A coleta desses dados será em horário de funcionamento da ESF.

##### **QUAIS SÃO OS BENEFÍCIOS ESPERADOS PELA PARTICIPAÇÃO DE SEU FILHO (A) NA PESQUISA?**

Com a participação de seu filho (a) na pesquisa, você estará informado sobre os comportamentos alimentares, situação nutricional, categorização do nível socioeconômico de seu filho (a); portanto, poderá ter um comportamento mais adequado no processo de modulação do comportamento alimentar de seu filho (a). A realização desta pesquisa poderá contribuir para o aprimoramento de políticas públicas, visando melhor abordagem do problema.

### **QUAIS SÃO OS POSSÍVEIS DESCONFORTOS QUE SEU FILHO (A) PODERÁ TER COM A PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA?**

Com a realização das aferições peso e altura, há risco do seu filho (a) sentir algum incômodo. Em relação a aplicação dos questionários, as respostas facultadas por você, poderá causar-lhe constrangimento, para minimizar este desconforto, tais procedimentos serão realizados individualmente em sala separada na ESF, quando realizado em domicílio, será solicitado um ambiente privativo, exclusivamente para essa finalidade, quando não houver um ambiente específico, será convidado para comparecer a unidade de saúde. Caso ocorra alguma reação emocional, a pesquisadora discutirá com a equipe da ESF para direcionamento da questão durante o acompanhamento habitual da família.

### **COMO SERÁ FEITO O ACOMPANHAMENTO DO PARTICIPANTE?**

Todas as atividades serão realizadas pelos pesquisadores que terão a responsabilidade de tomar providências caso ocorra algum desconforto. As crianças participantes do estudo, no momento da avaliação antropométrica, realizada pela pesquisadora, cujo estado nutricional obtido por meio do programa WHO Anthro da Organização Mundial de Saúde (OMS), for classificado como baixo peso, sobrepeso e obesidade, a pesquisadora se reunirá com os profissionais da ESF para discutir sobre essas crianças e se disponibilizará para esclarecimento de dúvidas sobre a abordagem adequada a ser adotada pelos profissionais junto a estes usuários. As crianças de 12 a 59 meses, pertencentes das áreas adscritas nas ESF, naturalmente são acompanhadas pelas equipes de saúde da família, no serviço de puericultura ou atenção domiciliar, com a infra-estrutura e profissionais já existentes, através do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. A realização desta pesquisa poderá potencializar e contribuir para o aprimoramento desse serviço.

### **HÁ GARANTIA DE LIBERDADE AO PARTICIPANTE DA PESQUISA?**

Você e seu filho (a) terão liberdade para desistir da pesquisa, em qualquer momento, sem risco de penalização. Qualquer dúvida poderá ser tirada com os pesquisadores.

### **COMO SERÁ GARANTIDO O ANONIMATO E O SIGILO DAS INFORMAÇÕES?**

Todas as informações obtidas são confidenciais e serão garantidos o anonimato e o sigilo absoluto por parte dos pesquisadores. A utilização dos resultados das informações obtidas será exclusivamente para fins deste estudo. Os dados referentes a esta pesquisa serão

armazenados pelos pesquisadores responsáveis por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

O termo de consentimento será feito em duas vias, sendo uma oferecida para o entrevistado e outra será arquivado pelos pesquisadores. Caso você demande confirmação sobre a seriedade da pesquisa e de suas intenções, os contatos poderão ser feitos com os pesquisadores responsáveis e com o Comitê de Ética de Pesquisa da UFSJ. Este termo deverá ser assinado ao final e rubricado em todas as páginas pelo responsável e pelos pesquisadores.

### **COMO SERÃO COBERTAS AS DESPESAS COM A PESQUISA?**

A participação neste estudo é voluntária e não envolve custos financeiros. Caso ocorra algum custo não previsto por parte do participante o custo será ressarcido e em caso de danos com a pesquisa seu filho (a) tem a garantia de indenização pelos pesquisadores.

**Declaro ter sido informado (a) e concordo em autorizar meu filho (a), como voluntário, a participar desta pesquisa.**

Número de identificação do Participante:

Data: / /

### **ASSINATURAS**

Pais/Responsável: \_\_\_\_\_

Pesquisadores responsáveis: \_\_\_\_\_

Kelly de Freitas Santos e Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Márcia Christina Caetano Romano

Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400, Bairro Chanadour, CEP 35501-296 - Divinópolis.

Fone: 037-36904458

Comitê de Ética de Pesquisa da UFSJ Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400, Bairro Chanadour, CEP 35501-296 - Divinópolis. Fone: 037-36904489

## APÊNDICE-B

**FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO**

Comportamento alimentar de crianças frente as práticas e comportamento dos Pais durante a refeição.

Projeto de Pesquisa Mestrado- PGENF/UFSJ

---

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Bloco A:** Dados demográficos

**PARENTAL**

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO: \_\_\_\_\_

NÚMERO MÃE: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

NÚMERO PAI: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

---

Telefone: \_\_\_\_\_

MÃE TRABALHA: ( ) SIM ( ) NÃO PAI TRABALHA: ( ) SIM ( ) NÃO

Estado marital: ( ) casado/amasiado ( ) solteiro ( ) divorciado ( ) viúvo

Cor da pele:

MÃE ( ) faiodérmico ( ) leucodérmico ( ) melanodérmico

PAI ( ) faiodérmico ( ) leucodérmico ( ) melanodérmico

CONSIDERAÇÕES: \_\_\_\_\_

---



---



---

**CRIANÇA**

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO CRIANÇA: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

SEXO: ( ) FEMININO ( ) MASCULINO

Série escolar atual: \_\_\_\_\_ Período de aula: ( ) Matutino ( ) Vespertino ( ) Integral

Cor da pele: ( ) faiodérmico ( ) leucodérmico ( ) melanodérmico

**CRIANÇA**

Horário de dormir: \_\_\_\_\_ Horário de acordar: \_\_\_\_\_ Horas dormidas: \_\_\_\_\_

Funcionamento intestinal: ( ) Normal ( ) Obstipado

Característica emocional: ( ) Calma ( ) Agitada ( ) Ansiosa

**Bloco C:** Dados clínicos

Medicamentos em uso: ( ) Sim ( ) Não

**CRIANÇA:**

Nascimento: ( ) A termo ( ) Prematuro

Tipo de Parto: ( ) Normal ( ) Cesáreo

Peso ao nascer (kg): \_\_\_\_\_ Estatura ao nascer (cm): \_\_\_\_\_

Amamentou: ( ) sim ( ) não Tempo de amamentação: \_\_\_\_\_

Está em aleitamento materno: ( ) Sim ( ) Não

Amamentação exclusiva até os seis meses: ( ) sim ( ) não

Faz uso de fórmula infantil: ( ) Sim ( ) Não

**FAMILIAR:**

História familiar de doenças: ( ) diabetes mellitus \_\_\_\_\_; ( ) hipertensão arterial \_\_\_\_\_; ( ) excesso de peso \_\_\_\_\_; ( ) câncer \_\_\_\_\_; ( ) distúrbio da tireóide \_\_\_\_\_ ( ) Dislipidemia.

**Bloco D: Dados antropométricos****CRIANÇA**

Estatura (cm): \_\_\_\_\_

Peso Atual (kg): \_\_\_\_\_

IMC (kg/m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

Escore Z (Peso/Altura): \_\_\_\_\_

Escore Z (Peso/Idade): \_\_\_\_\_

Escore Z (Altura/Idade): \_\_\_\_\_

Escore Z (IMC/Idade): \_\_\_\_\_





## ANEXOS

## ANEXO-A

**QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO -ABEP**

**NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA:** \_\_\_\_\_

Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

**INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.**

**Vamos começar? No domicílio tem  
(LEIA CADA ITEM)**

ITENS DE	NÃO POSSU	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso Particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e Seca					

**A água utilizada neste domicílio é proveniente de?**

1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

**Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:**


1	Asfaltada/Pavimentada
---	-----------------------

2	Terra/Cascalho
---	----------------

**Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.**

<b>Nomenclatura atual</b>	<b>Nomenclatura anterior</b>
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II Incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio Incomplete	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo

## ANEXO-B

	<b>MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL:*	CBO:*	Cód. CNES UNIDADE:*	Cód. EQUIPE (INE):*	DATA:*
_____	_____	_____	_____	____/____/____

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA: \_\_\_\_\_

CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:	
	Mingau	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Água/chá	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Leite de vaca	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fórmula infantil	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Suco de fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Outros alimentos/bebidas	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
CRIANÇAS DE 6 A 25 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, e sua comida foi oferecida:	<input type="radio"/> Sim pedaços <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> Só o caldo <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança consumiu:	
	Outro leite que não o leite do peito	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Mingau com leite	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Iogurte	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Legumes (não considerados utilizados como temperos, nem batata, mandioca, alpin, macaxeira, caril e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes-escuras (couve, coum, beldroega, brerita, espinafre, mostarda)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verdura de folha (alfaca, acelga, repolho)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, ou outro) ou ovo	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fígado	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Amor, batata, inhame, alpin/macaxeira/mandioca, feijão ou macarrão (sem ser instantâneo)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutido (presunto, mortadela, salame, linguiça, salchicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante suco de abacaxi, suco em pó, água de coco de abacaxi, saropê de guaraná/groseira, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Biscoito recheado, doce ou guloseimas (bala, pirulito, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia?	<input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia
	Ontem, você consumiu:	
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, alpin, macaxeira, caril e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutido (presunto, mortadela, salame, linguiça, salchicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante suco de abacaxi, suco em pó, água de coco de abacaxi, saropê de guaraná/groseira, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Biscoito recheado, doce ou guloseimas (bala, pirulito, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe

Legenda:  Opção múltipla de escolha  Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

\* Campo obrigatório

\*\* Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polí (Academia da Saúde)

08 - Instituto/Abriço 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

## ANEXO - C

## Anexo 1 – Questionário de Frequência Alimentar (QFA)

*Agora vamos falar sobre a alimentação do seu (sua) filho (a).  
O que nos interessa é saber como tem sido a alimentação desde <mês do ano  
passado>. Vou listar os nomes de alguns alimentos e peço que me digas se ele  
comeu esses alimentos, a quantidade e quantas vezes.*

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA: \_\_\_\_\_

ALIMENTO	QUANTAS VEZES VOCÊ COME	UNIDADE	PORÇÃO MÉDIA	SUA PORÇÃO	CÓDIGO
<b>CEREAIS</b>					
Arroz	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	(100 g) 4CS	P M G E O O O O	-----
Macarrão	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	(87,5 g) 3 CS	P M G E O O O O	-----
Pão	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	(100 g) 2 cacetinhos ou 4 fatias de pão de sanduíche	P M G E O O O O	-----
Biscoito salgado	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	(33 g) 4 unidades	P M G E O O O O	-----
Biscoito doce	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	(39 g) 6 unidades	P M G E O O O O	-----
Bolos	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	(90 g) 1 fatia grande	P M G E O O O O	-----
Batata	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	(100 g) 2 CS cheias	P M G E O O O O	-----
Mandioca/zipim	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	(100 g) 1 pedaço médio	P M G E O O O O	-----
Amido de milho	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	(40 g) 2 CS	P M G E O O O O	-----
Farinha láctea	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	(75 g) 4 CS	P M G E O O O O	-----
<b>LEGUMINOSAS</b>					
Feijão	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	(120 g) 1 concha cheia	P M G E O O O O	-----
<b>VEGETAIS</b>					
Alface	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	(12 g) 2 folhas	P M G E O O O O	-----
Tomate	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	(50 g) 1 unidade pequena ou 3 fatias grandes	P M G E O O O O	-----
Abóbora	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	(72 g) 2 CS	P M G E O O O O	-----
Couve	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	(50 g) 2CS	P M G E O O O O	-----
Brócolis	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	(10 g) 1CS	P M G E O O O O	-----
Cenoura crua	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	(35 g) 3 CS	P M G E O O O O	-----
Cenoura cozida	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O O O O O O O O O O O	D S M A O O O O	(35 g) 1CA	P M G E O O O O	-----

Beterraba crua	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	D S M A 0 0 0 0	(10g) 1 C Sobreemsa	P M G E 0 0 0 0	-----
Beterraba cozida	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	D S M A 0 0 0 0	(10g) 1 fatia média	P M G E 0 0 0 0	-----
Chuchu	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	D S M A 0 0 0 0	(48g) 2 CS cheias	P M G E 0 0 0 0	-----
<b>FRUTAS</b>					
Laranja	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	D S M A 0 0 0 0	(320 g) 1 unidade grande	P M G E 0 0 0 0	-----
Banana	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	D S M A 0 0 0 0	(60 g) 1 unidade grande	P M G E 0 0 0 0	-----
Maçã	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	D S M A 0 0 0 0	(130 g) 1 unidade média	P M G E 0 0 0 0	-----
Mamão	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	D S M A 0 0 0 0	(110 g) 1 fatia	P M G E 0 0 0 0	-----
Bergamota	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	D S M A 0 0 0 0	(320g) 1 unidade grande	P M G E 0 0 0 0	-----
Pêra	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	D S M A 0 0 0 0	(80 g) 1 unidade	P M G E 0 0 0 0	-----
Suco natural	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	D S M A 0 0 0 0	(200 ml) 1 copo	P M G E 0 0 0 0	-----
Suco de laranja/limão na hora da comida	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	D S M A 0 0 0 0	(200 ml) 1 copo	P M G E 0 0 0 0	-----
<b>LEITE E DERIVADOS</b>					
Leite integral	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	D S M A 0 0 0 0	(520 ml) 2 copos cheios	P M G E 0 0 0 0	-----
Leite desnatado	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	D S M A 0 0 0 0	(480 ml) 2 copos	P M G E 0 0 0 0	-----
Queijo	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	D S M A 0 0 0 0	(15 g) 1 fatia média	P M G E 0 0 0 0	-----
Iogurte bebida láctea	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	D S M A 0 0 0 0	(200 ml) 1 pote ou 1 copo	P M G E 0 0 0 0	-----
<b>CARNE E DERIVADOS</b>					
Presunto	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	D S M A 0 0 0 0	(20 g) 1 fatia grande	P M G E 0 0 0 0	-----
Mortadela	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	D S M A 0 0 0 0	(30 g) 2 fatias médias	P M G E 0 0 0 0	-----
Carne de boi com osso: Agulha, paleta, etc	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	D S M A 0 0 0 0	(200g) 1 pedaço médio	P M G E 0 0 0 0	-----
Carne de boi sem osso	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	D S M A 0 0 0 0	(80 g) 1 bife médio ou 1 pedaço médio ou 3 CS de carne moída	P M G E 0 0 0 0	-----
Fígado	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	D S M A 0 0 0 0	(81 g) 2 fígados de frango ou 1 bife de fígado de res	P M G E 0 0 0 0	-----
Frango	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	D S M A 0 0 0 0	(62,5 g) 1 pedaço de peito ou 1 coxa ou 1 sobrecoxa	P M G E 0 0 0 0	-----
Salsichão ou lingüiça	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	D S M A 0 0 0 0	(60 g) 1 gomo	P M G E 0 0 0 0	-----
Ovos	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	D S M A 0 0 0 0	(40 g) 1 unidade	P M G E 0 0 0 0	-----

<b>GORDURAS</b>																					
Manteiga/margarina	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	(10 g) 1 C chá cheia	P	M	G	E	-----
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	
Maionese	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	(10 g) 1 C chá cheia	P	M	G	E	-----
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	
<b>AÇÚCARES</b>																					
Bala/pirulito/chiclete	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	(10 g) 5 unidades	P	M	G	E	-----
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	
Chocolate em barra ou bombom	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	(45 g) 2 bombons ou 6 quadrinhos	P	M	G	E	-----
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	
Brigadeiro	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	(15g) 1 unidade média ou 1 C chá	P	M	G	E	-----
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	
Sorvete ou picolé	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	(80 g) 1 unidade ou bola	P	M	G	E	-----
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	
Achocolatado em pó (Nescau)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	(31 g) 2CS	P	M	G	E	-----
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	
Geléia/doce de frutas	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	(102 g) 3 CS	P	M	G	E	-----
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	
Açúcar	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	(25 g) 1 CS ou 5 C chá	P	M	G	E	-----
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	
Refrigerante normal	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	(300 ml) 1 copo cheio	P	M	G	E	-----
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	
Refrigerante light	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	(300 ml) 1 copo cheio	P	M	G	E	-----
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	
Suco artificial (em pó)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	(400 ml) 2 copos	P	M	G	E	-----
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	
<b>OUTROS ALIMENTOS</b>																					
Salgadinhos tipo chips	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	(93 g) 1 pacote médio	P	M	G	E	-----
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	
Café solúvel	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	O	(8 g) 2 C chá	P	M	G	E	-----
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	
Gelatina	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	(37,5 g) 2 C Sobremesa	P	M	G	E	-----
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	

**ANEXO-D**  
**QUESTIONÁRIO DE PRÁTICAS ABRANGENTES DE ALIMENTAÇÃO**  
**NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA: \_\_\_\_\_**

*Comprehensive Feeding Practices Questionnaire*

Versão validada em Português para crianças pré-escolares

*Sarah Warkentin, Laís Amaral Mais, Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre, Susan Carnell, José Augusto de Aguiar Carrazedo Taddei*

<i>Healthy Eating Guidance (Orientação para uma Alimentação Saudável)</i>	
1. Você estimula seu(sua) filho(a) a comer alimentos saudáveis antes dos não saudáveis?	( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Às vezes ( ) Muitas vezes ( ) Sempre
2. Eu estímulo meu(minha) filho(a) a experimentar novos alimentos.	( ) Discordo totalmente ( ) Discordo parcialmente ( ) Não concordo e nem discordo ( ) Concordo parcialmente ( ) Concordo totalmente
3. Eu falo para meu(minha) filho(a) que alimentos saudáveis são saborosos.	( ) Discordo totalmente ( ) Discordo parcialmente ( ) Não concordo e nem discordo ( ) Concordo parcialmente ( ) Concordo totalmente
4. Eu estímulo meu(minha) filho(a) a comer alimentos variados.	( ) Discordo totalmente ( ) Discordo parcialmente ( ) Não concordo e nem discordo ( ) Concordo parcialmente ( ) Concordo totalmente
5. A maioria dos alimentos que mantenho em casa é saudável.	( ) Discordo totalmente ( ) Discordo parcialmente ( ) Não concordo e nem discordo ( ) Concordo parcialmente ( ) Concordo totalmente
6. Em cada refeição servida em casa, uma variedade de alimentos saudáveis está disponível para meu(minha) filho(a).	( ) Discordo totalmente ( ) Discordo parcialmente ( ) Não concordo e nem discordo ( ) Concordo parcialmente ( ) Concordo totalmente
7. Eu envolvo meu(minha) filho(a) no planejamento das refeições da família.	( ) Discordo totalmente ( ) Discordo parcialmente ( ) Não concordo e nem discordo ( ) Concordo parcialmente ( ) Concordo totalmente
8. Eu permito que meu(minha) filho(a) ajude na preparação das refeições da família.	( ) Discordo totalmente ( ) Discordo parcialmente ( ) Não concordo e nem discordo ( ) Concordo parcialmente ( ) Concordo totalmente
9. Eu incentivo meu(minha) filho(a) a participar nas compras dos alimentos.	( ) Discordo totalmente ( ) Discordo parcialmente ( ) Não concordo e nem discordo ( ) Concordo parcialmente ( ) Concordo totalmente
10. Ao me alimentar de maneira saudável, eu dou exemplo de alimentação saudável.	( ) Discordo totalmente ( ) Discordo parcialmente ( ) Não concordo e nem discordo ( ) Concordo parcialmente ( ) Concordo totalmente
11. Eu tento comer alimentos saudáveis na frente do(a) meu(minha) filho(a), mesmo que estes não sejam os meus favoritos.	( ) Discordo totalmente ( ) Discordo parcialmente ( ) Não concordo e nem discordo ( ) Concordo parcialmente ( ) Concordo totalmente

12. Eu tento mostrar entusiasmo sobre o consumo de alimentos saudáveis.

Discordo totalmente  Discordo parcialmente  Não concordo e nem discordo  Concordo parcialmente  Concordo totalmente

13. Eu mostro ao(a) meu(minha) filho(a) o quanto eu gosto de consumir alimentos saudáveis.

Discordo totalmente  Discordo parcialmente  Não concordo e nem discordo  Concordo parcialmente  Concordo totalmente

14. Eu converso com meu(minha) filho(a) sobre a importância de comer alimentos saudáveis.

Discordo totalmente  Discordo parcialmente  Não concordo e nem discordo  Concordo parcialmente  Concordo totalmente

15. Eu converso com meu(minha) filho(a) sobre o valor nutricional dos alimentos.

Discordo totalmente  Discordo parcialmente  Não concordo e nem discordo  Concordo parcialmente  Concordo totalmente

16. Eu falo para meu(minha) filho(a) o que comer e o que não comer sem dar explicações.

Discordo totalmente  Discordo parcialmente  Não concordo e nem discordo  Concordo parcialmente  Concordo totalmente

#### *Monitoring (Monitoramento)*

17. Com que frequência você monitora os doces (bala, sorvete, bolo, doce de padaria) que seu(sua) filho(a) come?

Nunca  Raramente  Às vezes  Muitas vezes  Sempre

18. Com que frequência você monitora os salgadinhos (batatas chips, Doritos®, Cheetos®) que seu(sua) filho(a) come?

Nunca  Raramente  Às vezes  Muitas vezes  Sempre

19. Com que frequência você monitora os alimentos ricos em gordura que seu(sua) filho(a) come?

Nunca  Raramente  Às vezes  Muitas vezes  Sempre

20. Com que frequência você monitora as bebidas açucaradas (refrigerante, refresco em pó) que seu(sua) filho(a) bebe?

Nunca  Raramente  Às vezes  Muitas vezes  Sempre

#### *Restriction for Weight Control (Restrição para Controle de Peso)*

21. Eu incentivo meu(minha) filho(a) a comer menos para que ele(a) não fique gordo(a).

Discordo totalmente  Discordo parcialmente  Não concordo e nem discordo  Concordo parcialmente  Concordo totalmente

22. Nas refeições, eu dou ao(a) meu(minha) filho(a) pequenas porções para controlar seu peso.

Discordo totalmente  Discordo parcialmente  Não concordo e nem discordo  Concordo parcialmente  Concordo totalmente



36. Como recompensa por um bom comportamento, eu ofereço doces (bala, sorvete, bolo, doce de padaria) ao(a) meu(minha) filho(a).

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo parcialmente ( ) Não concordo e nem discordo ( ) Concordo parcialmente ( ) Concordo totalmente

37. Eu ofereço ao(a) meu(minha) filho(a) seu alimento favorito em troca de um bom comportamento.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo parcialmente ( ) Não concordo e nem discordo ( ) Concordo parcialmente ( ) Concordo totalmente

38. Eu falo para meu(minha) filho(a) que alimentos saudáveis são saborosos.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo parcialmente ( ) Não concordo e nem discordo ( ) Concordo parcialmente ( ) Concordo totalmente

#### *Pressure (Pressão)*

39. Meu(minha) filho(a) deve sempre comer toda a comida do seu prato.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo parcialmente ( ) Não concordo e nem discordo ( ) Concordo parcialmente ( ) Concordo totalmente

40. Se meu(minha) filho(a) diz "Não estou com fome", eu tento fazer com que ele(a) coma mesmo assim.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo parcialmente ( ) Não concordo e nem discordo ( ) Concordo parcialmente ( ) Concordo totalmente

41. Se meu(minha) filho(a) comer apenas uma pequena porção de comida, eu tento fazer com que ele(a) coma mais.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo parcialmente ( ) Não concordo e nem discordo ( ) Concordo parcialmente ( ) Concordo totalmente

42. Quando meu(minha) filho(a) diz que terminou de comer, eu tento fazer com que ele(a) coma mais (uma, duas, etc) colherada(s) de comida.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo parcialmente ( ) Não concordo e nem discordo ( ) Concordo parcialmente ( ) Concordo totalmente

#### *Itens Excluídos*

- Você deixa seu(sua) filho(a) comer o que ele(a) quiser?

( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Às vezes ( ) Muitas vezes ( ) Sempre

- Durante as refeições, dentre os alimentos que estão servidos, você deixa seu(sua) filho(a) escolher aqueles que ele(a) quiser?

( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Às vezes ( ) Muitas vezes ( ) Sempre

- Se seu(sua) filho(a) não gosta do que está sendo servido, você prepara outra coisa?

( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Às vezes ( ) Muitas vezes ( ) Sempre

- Você permite que seu(sua) filho(a) coma lanchinhos quando ele(a) quiser?

( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Às vezes ( ) Muitas vezes ( ) Sempre

- Você permite que seu(sua) filho(a) deixe a mesa quando satisfeito(a), mesmo que sua família não tenha terminado de comer?

( ) Nunca ( ) Raramente ( ) Às vezes ( ) Muitas vezes ( ) Sempre

- Eu mantenho muitos salgadinhos (batatas chips, Doritos®, Cheetos®) na minha casa.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo parcialmente ( ) Não concordo e nem discordo ( ) Concordo parcialmente ( ) Concordo totalmente

- Eu mantenho muitos doces (bala, sorvete, bolo, doce de padaria) na minha casa.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo parcialmente ( ) Não concordo e nem discordo ( ) Concordo parcialmente ( ) Concordo totalmente

**ANEXO- E**  
**QUESTIONÁRIO DE ESTILOS PARENTAIS NA ALIMENTAÇÃO (QEPA)**  
 NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA: \_\_\_\_\_

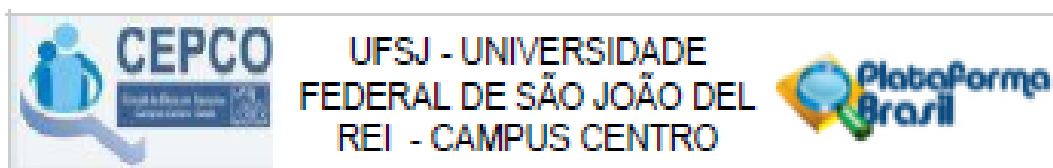
(Adaptação Cauduro, G. N., Reppold, C. T., & Pacheco, J. T. B. (2017). Adaptação Transcultural do Questionário de Estilos Parentais na Alimentação (QEPA). *Avaliação Psicológica*, 16(3), 293-300)

Instruções: este questionário tem como objetivo conhecer a forma como você interage com seu (sua) filho (a) na hora da refeição. Circule a resposta que melhor descreve a frequência com que essas situações ocorrem. Se você não tem certeza, circule a resposta que mais se aproxima da forma como você interage com seu (sua) filho (a), em cada situação descrita.

	Quantas vezes durante a refeição você:	Nenhuma	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1	Usa de força física com a criança para que ela coma (por exemplo, fazendo com que a criança fique na cadeira para comer).	1	2	3	4	5
2	Promete algo à criança, que não seja comida, como recompensa por comer (por exemplo, "se você comer o feijão, podemos jogar bola depois do almoço").	1	2	3	4	5
3	Incentiva a criança a comer, "enfeitando" a comida para torná-la mais interessante (por exemplo, fazendo figuras/desenhos com os legumes ou verduras).	1	2	3	4	5
4	Faz perguntas para a criança sobre a comida, durante a refeição (por exemplo, pergunta à criança se a comida está gostosa)	1	2	3	4	5
5	Pede para a criança comer, pelo menos, um pouco da comida que está no prato	1	2	3	4	5
6	Explica os benefícios da comida para que a criança coma (por exemplo, "o leite é bom para a sua saúde, porque ele vai fazer você ficar forte").	1	2	3	4	5
7	Diz algo à criança que demonstre a sua desaprovação pelo fato dela não ter comido a refeição.	1	2	3	4	5
8	Permite que a criança escolha o que ela quer comer na refeição, entre os alimentos que já estão servidos .	1	2	3	4	5
9	Elogia a criança quando ela come (por exemplo, "Que menino(a) legal! Você está comendo o seu feijão!").	1	2	3	4	5
10	Sugere que a criança coma, dizendo, por exemplo, "a comida está esfriando".	1	2	3	4	5

	Quantas vezes durante a refeição você:	Nenhuma	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
11	Apressa a criança no momento da refeição (por exemplo, fala para a criança: "Vamos mais rápido, coma logo a sua comida").	1	2	3	4	5
12	Diz para a criança que irá tirar alguma coisa dela, se ela não comer a comida (por exemplo, "Se você não comer a comida não vai brincar depois do jantar").	1	2	3	4	5
13	Diz para a criança comer algum dos alimentos que está no prato (por exemplo, "coma o macarrão").	1	2	3	4	5
14	Avisa a criança que vai tirar dela algum alimento, se ela não comer a refeição (por exemplo, "Se você não comer, você não vai ganhar a sobremesa").	1	2	3	4	5
15	Diz alguma coisa positiva sobre a comida que a criança está comendo, durante a refeição (por exemplo, "como está gostoso o arroz")	1	2	3	4	5
16	Dá comida na boca da criança para que ela coma a refeição.	1	2	3	4	5
17	Ajuda a criança a comer durante a refeição (por exemplo, cortando o alimento em pedaços menores).	1	2	3	4	5
18	Incentiva a criança a comer usando outros alimentos como recompensa (por exemplo: "Se você comer, você vai ganhar a sobremesa").	1	2	3	4	5
19	Implora para que a criança coma a refeição	1	2	3	4	5

## ANEXO F



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** COMPORTAMENTO DOS PAIS DURANTE A REFEIÇÃO E SUA RELAÇÃO COM O COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE CRIANÇAS

**Pesquisador:** MÁRCIA CHRISTINA GAETANO DE SOUZA

**Área Temática:**

**Versão:** 5

**CAAE:** 98529018.0.0000.5545

**Instituição Proponente:** Fundação Universidade Federal de São João Del Rei - C. C. Oeste Dona

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.330.967

**Apresentação do Projeto:**

**Tipo de Estudo:** quantitativo, analítico e descritivo, de caráter transversal.

**Local:** essa investigação será realizada nas seis regiões de planejamento das ESFs localizadas na zona urbana do município de Divinópolis/MG, tendo a Secretaria Municipal de Saúde como coparticipante no estudo. **População e amostra:** este estudo será realizado com crianças cadastradas nas ESFs de Divinópolis, na faixa etária entre 12 a 59 meses, de ambos os sexos, que realize as refeições principais pelo menos duas vezes na semana com a família. Considerando uma população de 8.243, um nível de confiança de 95%, precisão de 5%, proporção de 50% para desfechos com prevalência desconhecida, valor este que fornece o maior tamanho amostral, para população finita ( $n=8243$ ), segundo os critérios de Hulley e Cummings (2001). Calcula-se uma amostra de 368 crianças. O cálculo executado pelo programa OpenEpi versão 3.01. Será realizada uma amostragem por conglomerados, considerando as seis regiões de planejamento do município, região Sudeste ( $n=1492$ ), região Noroeste ( $n= 1527$ ), região Nordeste ( $n= 1653$ ), região Oeste ( $n=565$ ), região Sudoeste ( $n= 1443$ ) e região Central ( $n=950$ ). O tamanho da amostra será distribuído proporcionalmente ao tamanho desses conglomerados, isto é, à população de crianças em cada conglomerado. O recrutamento dos participantes se dará a partir de uma randomização, sendo o sorteio realizado de forma aleatória por conglomerado em dois estágios: primeiro por unidades de ESFs e o segundo entre as crianças cadastradas em cada ESF, por meio de uma lista

**Endereço:** SEBASTIÃO GONÇALVES COELHO

Bairro: CHANADOUR

CEP: 35.501-296

UF: MG

Município: DIVINÓPOLIS

Telefone: (37)3830-4491

Fax: (37)3830-4491

E-mail: cepco@ufsj.edu.br

## ANEXO G



## ANEXO H

# CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho intitulado *COMPORTEAMENTO DOS PAIS DURANTE AS REFEIÇÕES E SUA RELAÇÃO COM O COMPORTEAMENTO ALIMENTAR DE CRIANÇA* de autoria de *Kelly de Freitas Santos, Márcia Christina Caetano de Sousa, Gabriela Gonçalves Amaral e Erika Lagares Barbosa*, foi apresentado no formato pôster no V Simpósio do Núcleo de Estudos sobre Crianças e Adolescentes e I Encontro Regional de Atenção à saúde da Criança e do Adolescente - *O fortalecimento do SUS na atenção multiprofissional à criança e adolescente com condições crônicas: uma análise política*, realizado em Divinópolis – MG na Universidade Federal de São João del-Rei nos dia 30 e 31 de agosto de 2018.

Divinópolis, 31 de agosto de 2018.



Patrícia Pinto Braga



Márcia Christina Caetano Romano



## REALIZAÇÃO:



Universidade Federal  
de São João del-Rei



Núcleo de Estudos sobre a Criança e  
o Adolescente



RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

## APOIO:

Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis  
Secretaria de Estado de Saúde de MG



## ANEXO I



## ANEXO J

### NORMAS DE SUBMISSÃO REVISTA CUIDARTE

## Revista Cuidarte

### INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES/AS

Se você desejar realizar um novo envio, deverá se cadastrar na Revista; se já estiver cadastrado, você poderá simplesmente se identificar com o seu nome de usuário e acessar. Caso tiver algum inconveniente na hora de acessar, entre em contato através do correio eletrônico [revistaenfermeria@ufes.edu.br](mailto:revistaenfermeria@ufes.edu.br)

A Revista Cuidarte publica artigos inéditos em espanhol, português e inglês, sobre matérias de interesse para Enfermagem e Ciências da Saúde, que contribuam para a geração de novos conhecimentos e sejam úteis para a solução de problemas de Saúde, e que não tenham sido enviados a outras publicações (eletrônicas ou impressas). O conteúdo dos artigos deverá cumprir com os critérios de originalidade, novidade e metodologia. Cada artigo da revista será editado exclusivamente na versão digital no site da Revista Cuidarte, bem como nos repositórios e bancos de dados onde estiver indexada a Revista.

As opiniões emitidas pelos autores são exclusiva responsabilidade dos próprios e não refletem a política da Revista.

#### ■ Requerimentos sujeitos a revisão para a publicação dos manuscritos

Todos os artigos deverão incluir os seguintes documentos:

1. Declaração de originalidade do manuscrito, assinada por cada um dos autores, onde especifique o fato de ser um trabalho inédito e não será apresentado a nenhum outro órgão de divulgação antes de conhecer a decisão da Revista. Além disso, incluir uma declaração assinada com a cessão dos direitos autorais e de reprodução para a revista, caso o artigo seja aceito para sua publicação. A contribuição, também, de cada indivíduo para a pesquisa desse manuscrito. [Descarregar PDF](#).
2. Declarar se o trabalho é resultado de uma pesquisa, indicar o nome do estado, bem como informações sobre qualquer bolsa ou subvenção recebida por parte de instituições ou órgãos que tenham financiado o trabalho que serve de base para os resultados apresentados no artigo.

#### ■ Organização e apresentação dos artigos

Os trabalhos de texto completo em espanhol, português e inglês deverão ter no máximo 25 páginas, em Microsoft Word, tamanho carta, espaço 1,5, sem espaços adicionais entre parágrafos e título. Tipo de letra: Times New Roman; tamanho: 12; com margens de 2,5 cm nos quatro lados.

#### ■ Estrutura dos artigos

**Primeira Folha:**

1. **Título:** Deve ser curto, no máximo 12 palavras, usar maiúsculas só no início da criação e estar em 3 línguas: espanhol, português e inglês. Não deve conter abreviaturas, parênteses ou fórmulas (devem ser utilizados termos chave para facilitar a localização através de motores eletrônicos de pesquisa).



---

**Instruções para os autores**


---

2. **Nome dos autores:** Eles devem ir após o título, são ordenados de acordo com o nível de participação na elaboração do artigo. Incluem-se os nomes e sobrenomes completos, filiação institucional, cidade, país, correio eletrônico de cada um dos autores acompanhado do código ORCID <https://orcid.org/> de cada autor e indicando o autor de correspondência. Devem estar na mesma ordem como aparecem na declaração de originalidade e autoria.
3. **Informações sobre financiamento:** Entidade ou entidades financiadoras e nome do projeto associado sobre o qual o artigo é baseado. (Se aplicável)

**Segunda Folha:**

4. **Resumo:** O trabalho deverá incluir um resumo estruturado (Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões) em 3 línguas: espanhol, português e inglês, no máximo 250 palavras cada um deles. Não é permitido o uso de referências nem é recomendável a inclusão de acrônimos nos resumos. Caso os dados tiverem sido depositados em repositório público, os autores deverão declarar no final do resumo o nome do banco de dados e o nome e número do repositório.
5. **Palavras chave:** Dentre três a cinco palavras; são os conceitos chave e articuladores do desenvolvimento do artigo. Devem ser apresentados em três línguas: espanhol, português e inglês, diretamente relacionados à matéria apresentada no artigo. Devem estar inscritas nos **Descritores na área das Ciências da Saúde (DeCS)**, de Bireme.

**Terceira Folha em Diante:**

6. **Texto ou corpo do trabalho:** O desenvolvimento e estrutura do artigo dependem do tipo de artigo e seção escolhida para ele.

Aqueles trabalhos apresentados para serem publicados, especialmente artigos de Pesquisa e Inovação, deverão seguir o formato IMRED: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões:

**Introdução.** O objetivo da introdução é a contextualização do leitor sobre o conteúdo do artigo, e deverá incluir os objetivos do estudo ou a hipótese examinada pelo estudo ou a observação. Cite apenas as referências pertinentes e não inclua dados ou conclusões do trabalho que está sendo apresentado.

**Materiais e Métodos.** É preciso escrever o desenho do estudo, as características da população onde foi realizado, os grupos que foram conformados e a forma como foi construído; descrevem-se todas as técnicas e elementos que foram utilizados durante a realização do trabalho, a escolha e descrição dos participantes. Devem ser escritos os métodos e/ou estratégias para atingir os resultados e sua interpretação. Especifique o software estatístico e as versões utilizadas.

**Resultados.** Devem ser apresentados de forma lógica e cronológica os resultados obtidos no momento da aplicação dos métodos descritos no item acima; para isso é possível utilizar no máximo 6 quadros, figuras e/ou gráficos. Não repita todos os dados dos quadros ou figuras no texto, resalte ou resume apenas as observações mais relevantes.

**Discussão.** Descreva brevemente os principais resultados e explore seus possíveis mecanismos ou explicações. É preciso realizar uma interpretação dos resultados descritos e destacar aspectos novos e importantes já descritos no artigo e, além, comparar esses resultados com outros estudos. Quando corresponder, é preciso discutir a influência das variáveis, tais como sexo e/ou gênero, sobre os resultados, bem como a limitação dos dados. Não repita em detalhe dados ou outras informações apresentadas em outras partes do manuscrito, como na Introdução ou na seção de Resultados.

**Conclusões.** Nesta seção são emitidas opiniões e conceitos sustentados nos resultados, atingidos após a realização da discussão. Evite a reclamação de prioridade ou aludir que o trabalho ainda não foi terminado. Declare novas hipóteses quando estiverem justificadas, mas deixe claro que são hipóteses.

- 7. Os Quadros e as Figuras.** No máximo seis (6) quadros e/ou figuras. Devem estar numerados, conter um título curto, específico e citar a fonte ou esclarecer se é uma elaboração própria. Verifique que cada quadro esteja citado no texto. As explicações devem ser colocadas em notas na parte inferior dos quadros, não no título. Explique todas as abreviaturas em notas de rodapé e utilize símbolos para explicar as informações se necessário. As imagens digitais das ilustrações devem ser apresentadas em formato que seja visto claramente e que permita sua subsequente maquetização. As figuras devem ser tão autoexplicativas quanto possível. Os títulos e explicações em detalhe serão incluídos nas legendas e não sobre as próprias ilustrações.
- 8. Aspectos Éticos.** Esta revista segue as recomendações do Comitê de Ética em Publicação (COPE) em relação as boas práticas na ética das publicações. Quando a publicação implicar o contato com seres humanos, especificamente durante experimentos, é preciso indicar os procedimentos realizados de conformidade com os padrões do Comitê de Ética que confirmou o trabalho, a Declaração de Helsinque, as Diretrizes das Boas Práticas Clínicas da Conferência Internacional de Harmonização e as Pautas Éticas Internacionais para a Pesquisa Biomédica em Seres Humanos preparadas pelo Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas, em colaboração com a Organização Mundial da Saúde. Além disso, é recomendado ao autor (autores) revisar: as Normas Científicas, Técnicas e Administrativas para a Pesquisa em Saúde da Resolução 008430 de 04 de outubro de 1993 do Ministério da Saúde da República da Colômbia. De qualquer forma, no final da seção de materiais e métodos deve ser informado o tipo de consentimento informado obtido e o nome do Comitê de Ética que aprovou o estudo.
- 9. Declaração de Conflitos de Interesse.** Os autores deverão informar expressamente no final do manuscrito se durante o desenvolvimento do trabalho existiu ou não conflito de interesse, e declarar as fontes de financiamento se for o caso.
- 10. Referências Bibliográficas.** Elas indicam as fontes originais dos conceitos, métodos e técnicas referidos no texto, resultado das pesquisas, estudos e experiências prévias. São citadas com números consecutivos em sobrescrito segundo a ordem de aparição no texto. Os resumos não serão utilizados como referências. As referências são incluídas e numeradas no final do artigo, seguindo o formato Vancouver, todos os artigos publicados em formato eletrônico devem ter o DOI correspondente.

### ■ Artigos em revistas (jornais)

**Artigo padrão.** Torres CC, Pérez AN, Rincón L, Rojas D, Mendoza EP. Reproducibilidad del cuestionario: calidad de cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados. *Rev Cuid.* 2016; 7(2): 1338-44. <http://dx.doi.org/10.13649/cuidarte.v7i2.338>

**Mais de seis autores.** Cañón W, Agudelo N, Mancalva J, Rincón F, Rivera LN, Parra M, et al. Critical care nursing in Colombia: the formation of a new critical care nursing association. *CONNECT: The World of Critical Care Nursing.* 6(3): 51-3.

**Autor coletivo (o autor é uma equipe).** Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension.* 2002; 40(5): 679-86.

**O autor não é mencionado.** 21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ* 2002; 325 (7357): 184.

**Suplemento de volume.** Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. *Headache.* 2002; 42 Suppl 2: S93-9.

**Parte de um volume.** Abend SM, Kulish N. The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. *Int J Psychoanal.* 2002; 83(Pt 2): 491-5.

**Parte de um número.** Akrar K, Madoff DC, Gupta S, Wallace MJ, Price RE, Wright KC. Development of a large animal model for lung tumors. *J Vasc Interv Radiol.* 2002; 15(9 Pt 1): 925-8.

**Número sem volume.** Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop.* 2002; (401): 230-8.

**Sem volume nem número.** Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *MRSA Care Action* 2002 Jun: 1-6.

**Páginas em números romanos.** Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. *Bioethics.* 2002; 16 (2): iii-v.

**Indicação do tipo de artigo quando necessário.** Ter M, Turker H. International approaches to the prescription of long-term oxygen therapy [letter]. *Eur Respir J* 2002; 20 (1): 242. (N. del T.: en español [carta]) Lofwall NR, Strain EC, Brooner RK, Kindbom KA, Bigelow GE. Characteristics of older methadone maintenance (MM) patients [abstract]. *Drug Alcohol Depend* 2002; 66 Suppl 1: S105. (N. del T.: En español [resumen]).

### ■ Livros e outras monografias

**Autores individuais.** Kingsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

**Editor (es).** Norman LJ, Redfern SJ editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

**Capítulo de livro.** Williams GF, Fulbrook PR, Alexandrow AW, Cañón-Montañez W, Haliu-Kabara H, Chan D. *Intensive and Critical Care Nursing Perspectives*. In: Gullo A, Besso J, Lamb PD, Williams GF, editors. *Intensive and Critical Care Medicine*. WFSICCM World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. Milan: Springer Verlag; 2009. p. 119-32.

**Organização (es) como autor.** Royal Adelaide Hospital; University of Adelaide, Department of Clinical Nursing. *Compendium of nursing research and practice development, 1999-2000*. Adelaide (Australia): Adelaide University; 2001.

### ■ Memórias de conferências ou eventos acadêmicos

Kimura J, Shibasaki H, editors. *Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

### ■ Material Eletrônico

Morse SS. *Factors in the emergence of infectious diseases*. *Emerg Infect Dis* [serial on line] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [24 screens]. Available from: URL: <http://stacks.cdc.gov/view/cdc/13234>

**Capacitación y desarrollo de los recursos humanos.** Capítulo 7: Principios de aprendizaje. Disponible en: <http://www.mailxmail.com/curso-capacitacion-desarrollo-recursos-humanos/principios-aprendizaje> Consulta: Enero 30, 2010.

### ■ A forma de citar um trabalho publicado sob o modelo de publicação continuada

**Autores.** Título. Revista. Ano; Volume: Dia e Mês. Número de páginas precedido da letra e. DOI

**Se não tiver volume:** Sobrenome e inicial dos autores. Título do trabalho. Nome abreviado da revista. Ano; dia e Mês da data de publicação e DOI.

### ■ Seções da revista e tipos de artigos

Foram levadas em conta as pautas e as recomendações para a preparação, apresentação, edição e publicação do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICJME pelas siglas em inglês) ou [Consultar](#).

---

**Instruções para os autores/as**


---

**Artigos de pesquisa e inovação.** Documento que apresenta a produção original e inédita, resultado de processos de pesquisa. Em nenhum dos casos será aceite como e-artigos de pesquisa e inovação aquelas contribuições como publicações não derivadas de pesquisa, resumos, comunicações ou congressos, resenhas de livros, notícias ou traduções de artigos já publicados em outros canais.

- Para estudos observacionais é recomendada a **checklist de STROBE** ou **Consultar**.
- Para pesquisa qualitativa é recomendado: **COREQ** ou **Consultar**.

**Recomendação para a publicação de ensaios clínicos.** A Revista Cuidarte apoia as políticas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) para o registro dos ensaios clínicos, reconhecendo a importância destas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre ensaios clínicos em acesso aberto. Portanto, Revista Cuidarte unicamente irá aceitar para sua publicação, aqueles artigos de pesquisa que tenham recebido um número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados e reconhecidos pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE. O número ou código do registro do ensaio deverá ser colocado no final do resumo do artigo na segunda folha.

- Para os ensaios clínicos aleatórios a revista sugere seguir o guia **CONSORT** Ou recomenda **Consultar**.

**Artigos de revisão sistemática.** São revisões sistemáticas da literatura científica. Refere-se aos estudos detalhados, seletivos e críticos que tentam analisar a informação essencial dos estudos primários de pesquisa sobre um problema de saúde específico, com o intuito de prestar contas dos avanços e das tendências de desenvolvimento. São caracterizados pela apresentação de cuidadosas análises baseados em uma revisão bibliográfica estruturada, com aplicação de critérios de qualidade e avaliação dos artigos selecionados. Diferencia-se de um artigo de meta-análise onde os autores apresentam uma síntese razoável com uma análise estatística dos resultados encontrados nos estudos. Revisa e examina amplamente a bibliografia pertinente, a coloca em certa perspectiva, e apresenta tendências e avanços. Ambos os casos implicam uma rigorosa e ampla revisão bibliográfica.

- No caso das Revisões sistemáticas serão seguidas as diretrizes da Declaração **PRISMA**.

**Relatórios de caso.** Revisão e apresentação de casos de interesse para enfermagem e as ciências da saúde. Incorpora, além disso, uma revisão e apresentação de casos semelhantes.

- Para relatório de casos guia **CARE**.

**Cartas ao editor.** Posições críticas, analíticas ou interpretativas sobre os documentos publicados na revista que, na opinião do Comitê editorial constituem um aporte importante para a discussão do tema por parte da comunidade científica de referência.

**Editorial.** Documento escrito pelo editor, por um membro do comitê editorial ou um pesquisador convidado sobre temas de atualidade e interesse científico e/ou orientações no domínio temático da revista.

## ANEXO K

**[Cuidarte] Agradecimento pela submissão**

① Sinalizar para acompanhamento.



Claudia Consuelo Torres Contreras via Revistas UDES <notificaciones@biteca.online>

Ter, 29/10/2019 11:00

Você



kelly Freitas Santos,

Agradecemos a submissão do trabalho "COMPORTAMENTO DOS PAIS E SUA RELAÇÃO COM O COMPORTAMENTO ALIMENTAR DA CRIANÇA: REVISÃO SISTEMÁTICA: PARENT BEHAVIOR AND ITS RELATIONSHIP WITH CHILD FOOD BEHAVIOR: SYSTEMATIC REVIEW" para a revista Revista Cuidarte.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/authorDashboard/submission/1041>

Login: kelly-freitas83

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Claudia Consuelo Torres Contreras

## ANEXO I



ISSN 0104-0707 *versão impressa*  
ISSN 1980-265X *versão online*

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Informações Gerais](#)
- [Fluxo editorial](#)
- [Normas e instruções para submissão dos manuscritos](#)
- [Envio de manuscritos](#)
- [Taxas de Processamento de Artigos](#)

#### Informações gerais

A submissão de manuscritos é feita na plataforma *ScholarOne*. O manuscrito é analisado por pares de consultores *ad hoc* (*peer review*).

Os manuscritos submetidos à revista **Texto & Contexto Enfermagem** devem atender à sua política editorial e às instruções aos autores, que seguem a Rede EQUATOR, *Uniform Requirements for Manuscripts* ([https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)); Requisitos uniformes para manuscritos submetidos a periódicos biomédicos do Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos está disponível no site ([http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S0104-16731999000200002&script=sci\\_arttext](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S0104-16731999000200002&script=sci_arttext)).

Os manuscritos deverão seguir as normas editoriais da revista, caso contrário, serão recusados. Os autores dos manuscritos recusados em qualquer uma das etapas do processo de avaliação e publicação serão informados imediatamente.

Opiniões e conceitos emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a posição do Conselho Diretor.

A **Texto & Contexto Enfermagem** desencoraja a submissão de artigos originais, cujos dados foram coletados há mais de quatro anos, e de artigos de revisão, cujos dados foram coletados há mais de um ano. A veracidade das informações e das citações bibliográficas é de responsabilidade exclusiva dos autores.

#### Fluxo Editorial

##### Fluxo Editorial

O processo de avaliação tem o seguinte fluxo:

- 1. Recepção.** O escritório editorial classifica o manuscrito pelo tipo de estudo, encaminhando-o para a pré-análise.
- 2. Pré-análise.** A editora-chefe e as editoras de submissão realizam a primeira avaliação do manuscrito, visando apreciar sua contribuição ao conhecimento quanto ao teor, ao avanço que representa para a prática, ensino e/ou pesquisa em enfermagem e em saúde, à qualidade teórica, metodológica e estrutural do texto e à adequação à política editorial da revista. Lembramos, aos autores, a importância da aplicação correta das regras de ortografia e gramática na redação. Os manuscritos serão rejeitados imediatamente após a submissão caso não atendam a essas normas. Sugerimos que os manuscritos sejam encaminhados para revisão de português a um profissional especializado antes mesmo da primeira submissão.
- 3. Check list.** Após a pré-análise, o escritório editorial realiza o *check list* do manuscrito que inclui a conferência de toda a documentação apresentada na submissão *on-line* esua adequação às normas da revista. Os casos de não conformidade são devolvidos ao autor correspondente para ajustes. São aceitos, no máximo, dois retornos do manuscrito pós-*check list*. Após este período, caso não sejam cumpridos os prazos e as recomendações, o manuscrito é recusado. Estando em conformidade será solicitado o pagamento da taxa de avaliação do manuscrito, para continuidade do processo de análise.
- 3.1. Acompanhamento do processo de avaliação do manuscrito**  
Os autores poderão acompanhar o fluxo editorial do manuscrito pelo sistema *ScholarOne*. As decisões sobre o manuscrito serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema *ScholarOne*.
- 4. Processo de Revisão por Pares - duplo cego (*double blinded review*).** Após a etapa do *check list*, o manuscrito retorna às editoras de submissão, que selecionam os consultores conforme a área de atuação e o tema. Em seguida, o manuscrito é enviado para os consultores *ad hoc*. São selecionados dois consultores nacionais ou internacionais, para a avaliação do texto. O convite é realizado via sistema *ScholarOne*, sendo que cada consultor, após o aceite, recebe a cópia do manuscrito, o instrumento de análise e o *link* de acesso ao sistema. A identidade dos autores e de sua instituição de origem são mantidas sob sigilo, bem como a dos consultores.
- 5. Parecer preliminar.** Após a devolução da avaliação do manuscrito pelos dois consultores *ad hoc*, as editoras de seleção e a editora-chefe analisam os pareceres emitidos e prosseguem com os seguintes possíveis encaminhamentos:

**5.1. Terceiro consultor.** Se um dos consultores indicar o manuscrito para publicação e o outro rejeitá-lo, as editoras de submissão elegem um terceiro consultor, que emitirá parecer de indicação para sua publicação ou não;

**5.2. Recusa.** Se os dois consultores rejeitarem o manuscrito, os autores receberão uma carta para ciência da decisão tomada, juntamente com os pareceres dos consultores *ad hoc*;

**5.3. Indicação de revisão.** Se o manuscrito tiver dois pareceres positivos, as editoras de seleção procedem a avaliação quanto à pertinência da avaliação e de outras pendências que não tenham sido detectadas pelos pareceristas. Os autores receberão uma carta, indicando o que é necessário para dar continuidade ao processo de publicação, juntamente com os pareceres e o próprio manuscrito, quando houver marcações no texto original. Os autores deverão restringir-se somente às correções solicitadas. Aceitam-se, no máximo, dois retornos de revisão das exigências necessárias à publicação. Se os autores não atenderem ao solicitado, o manuscrito é rejeitado;

#### **5.4. Indicação de aceite**

Após a indicação de aceite do manuscrito pelas editoras de seleção, é feita a verificação do texto em termos de sua autenticidade, aplicando-se o software *CrossRef Similarity Check - iThenticate*. Se for detectado um percentual elevado de similaridade com outras publicações, o manuscrito poderá ser rejeitado pela revista e devolvido aos autores. Após a aplicação do *CrossRef Similarity Check - iThenticate*, o autor receberá uma carta, indicando a aceitação, reformulação ou recusa. A conduta editorial para o caso de plágio detectado segue as orientações do *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors* do *Committee on Publication Ethics (COPE)* (<http://publicationethics.org/>).

Todos os manuscritos selecionados para publicação são analisados pela bibliotecária da **Texto & Contexto Enfermagem**, que revisa o completo atendimento às normas da revista e das referências.

**6. Texto e Layout.** A verificação final dos manuscritos selecionados para publicação é realizada pelas editoras de texto e *layout* e pela editora-chefe, que avaliam a qualidade da versão final de cada manuscrito. **Nessa etapa, se ainda forem detectadas inconsistências no texto, podem ser solicitadas complementações e correções.**

**7. Taxa de publicação.** Após a indicação do Conselho Diretor, os autores receberão uma carta, indicando a aprovação final (no prelo), juntamente com as orientações para pagamento da taxa de publicação e para a tradução do manuscrito.

**8. Tradução obrigatória.** A **Texto & Contexto Enfermagem** apresenta um corpo de tradutores credenciados, cujos nomes são enviados para o autor correspondente, que elegerá, dentre estes, o responsável pela tradução em inglês da versão final aprovada na etapa de texto e *layout*. É da responsabilidade dos autores a conferência da qualidade da tradução realizada. Os tradutores são responsáveis pelo envio da versão traduzida à revista, após a conferência pelos autores.

**5.1. Terceiro consultor.** Se um dos consultores indicar o manuscrito para publicação e o outro rejeitá-lo, as editoras de submissão elegem um terceiro consultor, que emitirá parecer de indicação para sua publicação ou não;

**5.2. Recusa.** Se os dois consultores rejeitarem o manuscrito, os autores receberão uma carta para ciência da decisão tomada, juntamente com os pareceres dos consultores *ad hoc*;

**5.3. Indicação de revisão.** Se o manuscrito tiver dois pareceres positivos, as editoras de seleção procedem a avaliação quanto à pertinência da avaliação e de outras pendências que não tenham sido detectadas pelos pareceristas. Os autores receberão uma carta, indicando o que é necessário para dar continuidade ao processo de publicação, juntamente com os pareceres e o próprio manuscrito, quando houver marcações no texto original. Os autores deverão restringir-se somente às correções solicitadas. Aceitam-se, no máximo, dois retornos de revisão das exigências necessárias à publicação. Se os autores não atenderem ao solicitado, o manuscrito é rejeitado;

#### **5.4. Indicação de aceite**

Após a indicação de aceite do manuscrito pelas editoras de seleção, é feita a verificação do texto em termos de sua autenticidade, aplicando-se o software *CrossRef Similarity Check - iThenticate*. Se for detectado um percentual elevado de similaridade com outras publicações, o manuscrito poderá ser rejeitado pela revista e devolvido aos autores. Após a aplicação do *CrossRef Similarity Check - iThenticate*, o autor receberá uma carta, indicando a aceitação, reformulação ou recusa. A conduta editorial para o caso de plágio detectado segue as orientações do *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors* do *Committee on Publication Ethics (COPE)* (<http://publicationethics.org/>).

Todos os manuscritos selecionados para publicação são analisados pela bibliotecária da **Texto & Contexto Enfermagem**, que revisa o completo atendimento às normas da revista e das referências.

**6. Texto e Layout.** A verificação final dos manuscritos selecionados para publicação é realizada pelas editoras de texto e *layout* e pela editora-chefe, que avaliam a qualidade da versão final de cada manuscrito. **Nessa etapa, se ainda forem detectadas inconsistências no texto, podem ser solicitadas complementações e correções.**

**7. Taxa de publicação.** Após a indicação do Conselho Diretor, os autores receberão uma carta, indicando a aprovação final (no prelo), juntamente com as orientações para pagamento da taxa de publicação e para a tradução do manuscrito.

**8. Tradução obrigatória.** A **Texto & Contexto Enfermagem** apresenta um corpo de tradutores credenciados, cujos nomes são enviados para o autor correspondente, que elegerá, dentre estes, o responsável pela tradução em inglês da versão final aprovada na etapa de texto e *layout*. É da responsabilidade dos autores a conferência da qualidade da tradução realizada. Os tradutores são responsáveis pelo envio da versão traduzida à revista, após a conferência pelos autores.



**9. Publicação.** Após o recebimento da versão em inglês do manuscrito com a devida checagem pelos autores, as editoras de texto e *layout* realizam a revisão do texto e orientam seu encaminhamento para editoração e publicação gradativamente pelo sistema de fluxo contínuo.

#### Tipos de manuscritos e escopo

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade na avaliação por pares, são publicados relatos de experiência, reflexão e revisão de literatura.

**Artigo original:** contribuição destinada a divulgar resultados de pesquisa científica concluída. A criatividade e o estilo dos autores no formato do manuscrito serão respeitados, no entanto o conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, método, resultados, discussão e conclusão. A **introdução** deve ser breve, definir o problema estudado e sua importância, além de destacar as lacunas do conhecimento o "estado da arte" e os objetivos do estudo. O **método** empregado (tipo de estudo), o contexto/população estudada, as fontes de dados e os critérios de seleção amostral, instrumento de medida (com informações sobre validade e precisão), a coleta de dados, os processos de análise, entre outros. Devem ser descritos de forma compreensiva e completa. Em pesquisas qualitativas, a descrição do processo de análise deve contemplar o detalhamento dos passos específicos do estudo, não bastando indicar o tipo de análise efetuada. Informar que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos. Os **resultados** devem ser descritos em uma sequência lógica. Quando forem apresentadas ilustrações (tabelas, figuras e quadros), o texto deve ser complementar e não repetir o conteúdo nelas contido. A **discussão, separada dos resultados**, deve conter comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores, as recomendações dos achados, as limitações e implicações para pesquisa futura. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo. As **conclusões** devem responder aos objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Não citar referências bibliográficas. A extensão total do artigo limita-se a 15 páginas, incluindo resumo, tabelas e figuras, e excluindo as referências.

**Relato de experiência ou Inovação tecnológica:** descrição de experiências de práticas de ensino, extensão ou assistência, ou descrição de produtos de inovação tecnológica. O conteúdo deve apresentar introdução, método, resultados da experiência ou inovação e conclusão. Sua extensão limita-se a 10 páginas, incluindo resumo, tabelas e figuras, e excluindo as referências.

**Reflexão:** matéria de caráter opinativo ou análise de questões que possam contribuir para o aprofundamento de temas relacionados à área de saúde e de enfermagem. O conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, desenvolvimento da reflexão e conclusão. Sua extensão limita-se a 12 páginas, incluindo resumo e excluindo as referências.

**Revisão:** estudo que identifica, analisa e sintetiza resultados de estudos independentes sobre um determinado assunto. Estão incluídos nesta categoria: revisão sistemática com e sem meta-análise, revisão integrativa e *scoping review*. Sua extensão limita-se a 20 páginas incluindo resumo, tabelas, quadros e referências.

#### Guias de publicação e registros prévios

A **Texto & Contexto Enfermagem** apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, os manuscritos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis *site* do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

[Australian New Zealand Clinical Trials Registry](http://www.anzctr.org.au/) (ANZCTR)

[ClinicalTrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov/)

[International Standard Randomised Controlled Trial Number](http://www.isrctn.com/) (ISRCTN)

[Nederlands Trial Register](http://www.trialregister.nl/) (NTR)

[UMIN Clinical Trials Registry](http://www.umin.ac.jp/ctr/) (UMIN-CTR)

[WHO International Clinical Trials Registry Platform](http://www.who.int/clinical-trials-registry-platform/) (ICTRP)

[Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos](http://www.rebec.org.br/) (ReBEC)

A **Texto & Contexto Enfermagem** defende as iniciativas destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de estudos científicos, por meio do incentivo à utilização de guias internacionais pelos autores, na preparação dos artigos de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, metanálises, estudos observacionais em epidemiologia e estudos qualitativos. Os guias internacionais são compostos por *check lists* e fluxogramas publicados em declarações internacionais. Seu uso na preparação do manuscrito pode aumentar o potencial de publicação e, uma vez publicado, aumentar a utilização da referência em pesquisas posteriores.

Estudos/Ensaios	Guias Internacionais
Ensaio clínico randomizado	<a href="#">CONSORT</a>
Revisões sistemáticas e metanálises	<a href="#">PRISMA</a>
Estudos observacionais em epidemiologia	<a href="#">STROBE</a>
Estudos qualitativos*	<a href="#">COREQ*</a>

#### Estudos de tradução e validação de instrumentos

Nas versões inglesa e espanhola, os estudos de tradução e validação de instrumentos devem preservar os itens do instrumento em português, idioma em que o estudo foi realizado.

O manuscrito submetido à análise da revista **Texto & Contexto Enfermagem** não pode ter sido encaminhado ou publicado simultaneamente em outro periódico. Caso seja identificada publicação ou submissão simultânea a outro periódico, em qualquer uma das etapas do processo de submissão, o manuscrito será rejeitado.

#### Considerações éticas

A **Texto & Contexto Enfermagem** segue o *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors* do *Committee on Publication Ethics (COPE)* (<http://publicationethics.org/>).

O manuscrito resultante de pesquisa que envolver seres humanos deverá indicar se os procedimentos respeitaram o constante na Declaração de Helsinque (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Para os artigos originais decorrentes de pesquisa realizada no Brasil, respeitar os preceitos da Resolução N.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Quando se tratar de resultados de pesquisa, os autores deverão anexar uma cópia da aprovação emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa e mencionar, na página de identificação, o número de aprovação. Para manuscritos brasileiros, o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE). Não é necessário incluir a Resolução como referência bibliográfica do manuscrito.

#### Licença de Uso

Para a utilização do artigo em acesso aberto, a **Texto & Contexto Enfermagem** adota a Licença *Creative Commons*, do tipo atribuição CC-BY. Esta licença permite que outros distribuam, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que atribuam o devido crédito pela criação original ao autor e conferindo os devidos créditos de publicação à **Texto & Contexto Enfermagem**. Os artigos da **Texto & Contexto Enfermagem** são disponibilizados em acesso aberto e gratuito na íntegra na página do SciELO.

#### Autoria e agradecimentos

O conceito de autoria adotado pela **Texto & Contexto Enfermagem** se orienta pela contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autor, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, à obtenção ou análise e interpretação dos dados, à redação e revisão crítica. A quantidade de autores é limitada a **seis**. Excepcionalmente para estudos multicêntricos será examinada a possibilidade de inclusão de mais autores, considerando a pertinência das justificativas apresentadas.

Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição esteja em desacordo aos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos. Não será aceita a inclusão de novos autores após o início do processo de submissão.

#### Direitos autorais e autorização para publicação

Os autores devem ceder os direitos autorais patrimoniais do artigo à **Texto & Contexto Enfermagem** por meio da Declaração de responsabilidade e transferência dos direitos autorais, assinada por todos os autores (*Supplemental files not for review*), conforme modelo 3 no site da revista.

Os manuscritos apresentados em eventos (congressos, simpósios, seminários, dentre outros) poderão ser aceitos, desde que não tenham sido publicados integralmente em anais e que tenham autorização, por escrito, da entidade organizadora do evento. Poderá ser aceito manuscrito já publicado em periódicos estrangeiros, desde que aprovado pelo Conselho Diretor da **Texto & Contexto Enfermagem** e autorizado pelo periódico em que o manuscrito foi originalmente publicado. Esta orientação é válida para os artigos na íntegra, parte deles ou ilustrações. É da responsabilidade dos autores solicitar esta autorização por escrito.

#### Conflito de interesse

A confiança pública do processo de revisão de especialistas e a credibilidade dos artigos publicados dependem de como o conflito de interesse é administrado durante a redação, revisão por pares e a tomada de decisão editorial. Os conflitos de interesse podem ser de ordem pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Relações financeiras, como, emprego, consultorias, posse de ações, honorários, depoimento ou parecer de especialista são conflitos de interesse mais facilmente identificáveis e que têm maior chance de abalar a credibilidade da revista, dos autores e da própria ciência. Contudo, conflitos podem ocorrer por outras razões, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual.

Os autores são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar seu trabalho para que o Conselho Diretor possa decidir sobre o manuscrito. Os autores devem informar o apoio financeiro e outras conexões financeiras ou pessoais em relação ao seu trabalho, quando houver. As relações financeiras ou de qualquer outro tipo que possam levar a conflitos de interesse devem ser informadas pelos autores em declarações individuais (automático no sistema *ScholarOne*).

## Normas e instruções para submissão dos manuscritos

### Preparo dos documentos: manuscrito e estrutura dos textos

Para submissão do manuscrito, os autores deverão compor dois documentos: 1) Página de identificação; e 2) Documento principal (*Main document*).

#### 1) Página de identificação ([Modelo 1](#))[Modelo1](#)

Deve conter título do manuscrito (conciso, mas informativo, com no máximo 15 palavras) somente no idioma original; nome completo de cada autor, registro do [ORCID](#), afiliação institucional, cidade, estado, país; nome e endereço eletrônico do autor correspondente.

**Origem do manuscrito:** extraído de tese, dissertação, trabalho de conclusão de curso, projetos de pesquisa, informando o título do trabalho, programa vinculado e ano da apresentação.

**Agradecimentos:** incluem instituições que, possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

**Contribuição de autoria:** Os critérios devem corresponder às deliberações do [ICMJE](#) nos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto, coleta, análise, interpretação dos dados e participação ativa na discussão dos resultados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Revisão e aprovação final da versão a ser publicada; 4. Concordância com todos os aspectos do manuscrito em termos de veracidade ou integridade das informações. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

**Fontes de financiamento:** informar o nome das instituições públicas ou privadas que deram apoio financeiro, assistência técnica e outros auxílios.

**Aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa:** informar o número de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), quando pesquisa envolvendo seres humanos.

**Conflito de interesses:** relacionar, se houver, os conflitos de interesse de todos os autores.

**Conflito de interesses:** relacionar, se houver, os conflitos de interesse de todos os autores.

#### 2) Manuscrito (Documento principal) ([Modelo 2](#))

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço entrelinhas de 1,5 cm, justificado, sem espaço entre parágrafos em papel A4 e com numeração no rodapé das páginas, margem 2 cm. Letra *Arial* tamanho 12, utilizando editor *Word for Windows* 97-2003 ou editores compatíveis.

#### Estrutura/seções

- Título somente no idioma do manuscrito
- Resumo estruturado somente no idioma do manuscrito
- Descritores somente no idioma do manuscrito
- Introdução
- Método
- Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Referências

Observação: O manuscrito deverá ser encaminhado no idioma original do primeiro autor. Caso o manuscrito esteja versado na língua inglesa e os autores sejam brasileiros, o manuscrito deve ser encaminhado também na versão em português para avaliação da qualidade da tradução pelo corpo editorial da **Texto & Contexto Enfermagem**.

**Resumo:** o resumo deve ser apresentado na primeira página, somente no idioma do manuscrito, com limite máximo de 250 palavras. Deve ser estruturado com as seguintes seções: objetivo(s), método, resultados e conclusão. Os ensaios clínicos devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo. Itens **não** permitidos no resumo: siglas e citações de autores.

**Descritores:** abaixo do resumo, incluir cinco a oito descritores no idioma original. Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em <http://decs.bvs.br> ou o *Medical Subject Headings* (MeSH) do *Index Medicus*, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.

**Apresentação das seções:** o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**

Segundo subtítulo = **A cura pela prece**

**Ilustrações:** as tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a cinco no total. Configuradas na mesma fonte do texto, com espaçamento simples entre linhas, negrito apenas no cabeçalho, caixa alta apenas nas iniciais da variável, exceto tabelas e quadros, todas as demais ilustrações devem ser designadas como figuras.

**Tabelas:** devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>

- devem apresentar dado numérico como informação central;
- título informativo, conciso e claro, contendo "o que", "de quem", cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados, seguido de ponto. Na sequência, informar o tamanho da amostra estudada entre parênteses precedido da letra n.
- exemplo: **Tabela 1 - Distribuição das mulheres vítimas de violência doméstica, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade. Salvador, BA, Brasil, 2014. (n=209)**
- os dados devem estar separados corretamente por linhas e colunas de forma que esteja, cada dado, numa casela;
- devem possuir traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior. Devem ser abertas lateralmente.
- não são permitidos: quebras de linhas utilizando a tecla *Enter*, recuos utilizando a tecla *Tab*, espaços para separar os dados, sublinhado, marcadores do *Microsoft® Office Word* e cores nas células;
- evitar tabelas extensas, com mais de uma página;
- tabelas curtas devem ser convertidas em texto;
- As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na sequência: \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡.
- as legendas devem estar localizadas após a linha inferior da tabela, restritas ao mínimo necessário, sem negrito, apresentando o termo em caixa alta separado da descrição por dois pontos (ex.: VCM: volume corpuscular médio). Entre as legendas, deve-se usar ponto e vírgula e fonte *Arial*, tamanho 10.
- o teste estatístico utilizado deve ser mencionado na legenda;
- os resultados não devem ser colocados no corpo da tabela, mas sim no cabeçalho sob a forma de %, n, média, mediana, p-valor, entre outros;
- citar a fonte no rodapé da tabela, abaixo da legenda (se existir) ou abaixo da linha inferior da tabela. Ex.: Fonte: DATASUS<sup>12</sup>

**Quadros:** devem apresentar as informações na forma discursiva, contendo:

- título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo e localizado na parte superior do quadro;
- difere das tabelas principalmente por conter dados textuais, são fechados nas laterais e contém linhas internas;
- evitar quadros extensos, com mais de uma página;
- quando o quadro não for de autoria própria, deve ter a fonte citada em rodapé. A legenda, se existir, segue o mesmo formato que o descrito para tabelas e deve estar localizada antes da fonte do quadro, em linha diferente.

**Figuras:** não devem repetir os dados representados em textos ou tabelas. Além de estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária à publicação. Se forem extraídas de outra fonte, publicada ou não, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para sua utilização. Devem conter legenda, quando necessário, e fonte, sempre que for extraída de obra publicada, que deverá constar nas referências.

- título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo e localizado na parte inferior;
- devem estar totalmente legíveis, nítidas e autoexplicativas;
- vários gráficos em uma só figura serão aceitos somente se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura.
- devem possuir alta resolução (mínimo de 300 dpi)
- podem estar em preto e branco ou coloridas;
- fotos de pessoas devem ser tratadas para impedir a identificação;
- se a foto tiver proteção de direitos autorais, deverá ser acompanhada de uma carta de autorização para publicação.

#### Citações no texto

**Citações indiretas:** deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito, sem espaço entre ponto final e número da citação. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.<sup>7</sup>

Quando as citações oriundas de dois ou mais autores estiverem apresentadas de forma sequencial na referência (por exemplo, 1, 2, 3, 4 e 5), deverão estar em sobrescrito, separadas por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.<sup>1-5</sup>

**Citações diretas** (transcrição textual): devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independentemente do número de linhas. Exemplo: [...] "o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos".<sup>1:30-31</sup>

**Verbatins:** as citações de pesquisa qualitativa devem estar em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. A identificação da autoria deve ser **sem** itálico. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade* (e7).

**Notas de rodapé:** o texto deverá conter, no máximo, três notas de rodapé, que serão indicadas por: \* primeira nota, \*\* segunda nota, \*\*\* terceira nota.

## REFERÊNCIAS

As referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com o (*International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE*). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus* e *International Nursing Index*.

O número de referências nos manuscritos limita-se a 30, exceto em artigos de Revisão de Literatura.

Atentar para: atualidade das referências (preferencialmente dos últimos cinco anos); prioridade de referências de artigos publicados em periódicos científicos.

Não há necessidade de referenciar a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), os autores deverão converter as referências para texto.

Referências de artigos publicados na Revista Texto & Contexto Enfermagem e em outros periódicos brasileiros bilingues devem ser citadas no idioma INGLÊS e no formato eletrônico.

Devem ser citados responsáveis de dados de pesquisa, bem como métodos e programas de computador.

**Literatura cinzenta:** devem ser evitadas citações de publicações, não convencionais, não indexadas, de difusão restrita e que em regra geral não apresentem ISBN, ISSN, ISAN ou DOI (teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, apostilas, anais, portarias e publicações oficiais).

**Observação:** trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português, consultar: <http://www.ibict.br>.

**Errata:** após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata devem enviá-la imediatamente à Secretaria da Revista por *e-mail*. O prazo máximo para a solicitação de errata é de 30 dias após a publicação do artigo.

## Envio de manuscritos- Sistema ScholarOne

A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação da revista **Texto & Contexto Enfermagem**.

### Documentos exigidos para submissão dos manuscritos:

Documento principal (**Documento principal**): manuscrito completo, atendendo as normas da revista para cada de categoria. Não incluir a página de identificação;

Página de identificação (**Página de Título**): redigido conforme as normas da revista;

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (**Arquivo complementar que NÃO é para avaliação**):

Autorização para publicação e transferência dos direitos autorais (**Arquivo complementar que NÃO é para avaliação**): ([Modelo 3](#))

## Taxas de Processamento de Artigos

A cobrança de **taxas de processamento de artigos** é necessária para subsidiar todo o processo editorial da Revista Texto & Contexto. Entre os custos está o repasse de recursos para o SciELO, pelo contrato de prestação de serviços de apoio à editoração, publicação, indexação e disseminação de periódicos científicos na coleção Rev@Enf, da qual a Texto & Contexto Enfermagem faz parte.

1 - A **Taxa de Avaliação** deverá ser paga após a aprovação do manuscrito na pré-análise e no atendimento às correções solicitadas no *checklist* no tempo determinado. O comprovante de pagamento deverá ser anexado como "*Supplemental file NOT for review*". O valor será de R\$ 300,00 por manuscrito, e não será devolvido se não forem cumpridas as correções solicitadas no *checklist* no tempo determinado.

2 - A **Taxa de Publicação** será de R\$1.100,00, cujo pagamento será efetuado no momento do aceite do manuscrito para publicação.

3 - O **pagamento da tradução** do manuscrito para o inglês; do abstract e resumen são responsabilidade do autor, a partir da escolha do tradutor dentre os diversos que a **Texto & Contexto Enfermagem** disponibiliza para esta finalidade.

4 - Será solicitada revisão de português naqueles manuscritos que apresentarem esta necessidade, e também serão de responsabilidade dos autores.

5- São isentos de pagamento artigos de autores convidados e editoriais.

### PROCEDIMENTOS PARA PAGAMENTO DAS TAXAS:

Para acessar o *link*, basta entrar a página da Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU): <https://fap6.fapeu.org.br/scripts/fapeufap.pl/swfwfap299>

Preencha o formulário de forma completa (todos os campos);

Indique com **X** qual a taxa está efetuando o pagamento: de **avaliação** ou de **publicação**.

Selecione a opção de pagamento: Boleto Bancário.

Clique no botão "Enviar inscrição".

Imprima o boleto bancário.

Efetue o pagamento referente à sua taxa.

Após o pagamento você receberá um e-mail da FAPEU comprovando seu depósito. **O seu comprovante, ou o e-mail, deverá ser anexado ao sistema na etapa de submissão.**

Em caso de pagamento internacional, selecionar a opção **Cartão de Crédito**.

Caso necessite, entre em contato com a revista, através do e-mail [textoecontexto@contato.ufsc.br](mailto:textoecontexto@contato.ufsc.br).

**Obs: não será devolvida a taxa de avaliação para os manuscritos não aceitos para publicação.**

**ANEXO M**

## Confirmação da submissão

---

Obrigado pela sua submissão

---

**Submetido para** Texto & Contexto Enfermagem

**ID do manuscrito** TCE-2020-0004

**Título** PRÁTICAS PARENTAIS E COMPORTAMENTO ALIMENTAR DA CRIANÇA

**Autores** Santos, Kelly de Freitas Santos

**Data da submissão** 06-jan-2020

---