

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Melina Gabriela Monteiro

**A influência do comportamento alimentar dos pais no estado nutricional
dos filhos**

Juiz de Fora
2024

Melina Gabriela Monteiro

A influência do comportamento alimentar dos pais no estado nutricional dos filhos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Processo Saúde-Doecimento e seus determinantes.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Paula Carlos Cândido Mendes

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Eliane Rodrigues de Faria

Juiz de Fora

2024

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Gabriela Monteiro, Melina.

A influência do comportamento alimentar dos pais no estado nutricional dos filhos / Melina Gabriela Monteiro. -- 2024.
119 f.

Orientadora: Ana Paula Carlos Cândido Mendes

Coorientadora: Eliane Rodrigues de Faria

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2024.

1. Comportamento alimentar infantil. 2. Ultraprocessados. 3. Guia alimentar. 4. Alimentação infantil. 5. Parentalidade alimentar. I. Carlos Cândido Mendes, Ana Paula, orient. II. Rodrigues de Faria, Eliane, coorient. III. Título.

Melina Gabriela Monteiro

A influência do comportamento alimentar dos pais no estado nutricional dos filhos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovada em 19 de fevereiro de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Ana Paula Carlos Cândido Mendes - Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Eliane Rodrigues de Faria

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Felipe Silva Neves

Ministério da Saúde

Prof.^a Dra. Renata Maria Souza Oliveira e Silva

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Ana Livia de Oliveira

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Priscila Moreira de Lima Pereira

UniAcademia

Juiz de Fora, 05/02/2024.



Documento assinado eletronicamente por **Ana Paula Carlos Candido Mendes, Professor(a)**, em 19/02/2024, às 12:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eliane Rodrigues de Faria, Professor(a)**, em 20/02/2024, às 07:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Felipe Silva Neves, Usuário Externo**, em 20/02/2024, às 14:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Renata Maria Souza Oliveira e Silva, Professor(a)**, em 08/04/2024, às 14:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1694006** e o código CRC **86E52C62**.

AGRADECIMENTOS:

Agradeço primeiramente a Deus, por todos os desafios que me fizeram chegar até aqui! Hoje estou realizando um grande sonho que foi colocado no meu coração há muito tempo e tenho certeza de que o Senhor abriu os caminhos para que eu pudesse chegar até aqui!

Aos meus pais, Heli e Rosilene que sempre estiveram ao meu lado e nunca mediram esforços para me ajudar, apesar da distância e da saudade o incentivo e força para que eu continuasse nunca faltaram, vocês são tudo para mim;

Aos meus irmãos, Henrique e Gabriel, pela companhia, pela força, conselhos, paciência, escutas e reclamações, vocês me fizeram ser uma pessoa melhor e sempre estarão em meu coração;

Ao meu marido Ronaldo, por sempre me ajudar, compreender, acreditar no meu sonho e me lembrar todos os dias que sou capaz, obrigada por todo carinho durante a caminhada e deixar com que tudo fosse mais leve;

À minha querida orientadora Ana Paula que está comigo desde o segundo período da graduação, me incentivou a seguir na pesquisa, sempre acreditando mais em mim do que eu mesma. Agradeço também pelos ensinamentos, pela força e por todo incentivo;

À minha coorientadora Eliane pela amizade formada neste pouco tempo de convivência, pelos conselhos, ajuda e parceria nos perrengues da coleta de dados;

À professora Renata que viu as dificuldades com a coleta, me ajudou com os alunos, me acolheu e abraçou o PIPA Kids;

À toda minha família e amigos que mesmo sem entender o que faço, apoiaram e fortaleceram esse processo;

À toda equipe do PIPA Kids, principalmente a Adriana pela amizade, por compartilhar comigo esse projeto, pelo suporte e também pelas dificuldades já passadas. Agradeço também a CAPES e FAPEMIG pelo suporte na pesquisa.

“É justo que muito custe o que muito vale”

Santa Teresa D'ávila

RESUMO

Avaliar o perfil nutricional de crianças é ferramenta essencial para verificar as condições de saúde e de coletividades. A identificação de crianças com desvios nutricionais auxilia o direcionamento de ações de promoção da saúde e de intervenção, favorecendo a redução de enfermidades, não apenas na infância, mas também na juventude e na vida adulta. O consumo de alimentos ultraprocessados tem sido apontado como um fator de risco para a obesidade, tanto em crianças, quanto em adolescentes e adultos. Além disso, tem sido demonstrado na literatura que indivíduos com obesidade em idade precoce tendem a permanecer com obesidade ao longo da vida. O objetivo do trabalho é associar a adesão de pais às diretrizes do Guia Alimentar para a População Brasileira com o consumo alimentar de seus filhos e o perfil antropométrico de crianças com idade entre 4 a 6 anos, de escolas públicas na cidade de Juiz de Fora MG. O presente trabalho é um estudo epidemiológico de delineamento transversal, de caráter descritivo e analítico. Foram incluídos nas coletas de dados participantes entre 4 a 6 anos, de ambos os sexos, matriculados em escolas da rede municipal de Juiz de Fora – MG. Foram avaliadas 20 escolas, sendo a amostra composta por 221 crianças de 4 a 6 anos e seus respectivos pais e/ou responsáveis. Observou-se que há diferença entre os pais que apresentaram uma pontuação baixa no questionário com um consumo maior de calorias provenientes de alimentos ultraprocessados pelas crianças, quanto maior a classificação socioeconômica maior a pontuação do questionário de adesão às recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira. Logo, pode-se concluir que há uma semelhança entre o comportamento dos filhos com o comportamento de seus pais.

Palavras chave: Comportamento alimentar infantil. Ultraprocessados. Guia alimentar. Alimentação infantil. Parentalidade alimentar. Alimentação de pais.

ABSTRACT

Assessing the nutritional profile of children is an essential tool for checking the health and community conditions. The identification of children with nutritional disorders helps guide health promotion and intervention actions, favoring the reduction of illnesses, not only in childhood, but also in youth and adulthood. The consumption of ultra-processed foods has been identified as a risk factor for obesity, both in children, adolescents and adults. Furthermore, it has been demonstrated in the literature that individuals with obesity at an early age tend to remain obese throughout their lives. The objective of the work is to associate the adherence of parents to the guidelines of the Food Guide for the Brazilian Population with the food consumption of their children and the anthropometric profile of children aged between 4 and 6 years enrolled in public schools in the city of Juiz de Fora - MG . The present work is an epidemiological study with a cross-sectional design, descriptive and analytical in nature. Participants aged between 4 and 6 years old, of both sexes, enrolled in schools in the municipal network of Juiz de Fora – MG were included in the data collection. 20 schools were evaluated, with the sample consisting of 221 children aged 4 to 6 years and their respective parents and/or guardians. It was observed that there is a difference between parents who presented a low score in the questionnaire and a higher consumption of calories from ultra-processed foods by children, the higher the socioeconomic classification, the higher the score in the questionnaire for adherence to the recommendations of the Food Guide for the Brazilian Population. Therefore, it can be concluded that there is a similarity between the behavior of children and the behavior of their parents.

Keywords: Children's eating behavior. Ultra-processed. Food guide. Infant food. Food parenting. Parents feeding.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Aquisição alimentar domiciliar per capita anual, segundo os grupos de produtos – Brasil 2022/2018	22
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características gerais de crianças de 4 a 6 anos de escolas públicas no município de Juiz de Fora, MG. Pesquisa PIPA Kids, 2022.....	45
Tabela 2 – Características sociodemográficas de crianças de 4 a 6 anos e seus respectivos pais de escolas públicas no município de Juiz de Fora, MG. Pesquisa PIPA Kids, 2022.....	46
Tabela 3 – Distribuição das respostas aos itens das dimensões ‘Organização doméstica’ e ‘Planejamento’ (A), do Guia alimentar para a população brasileira, de pais e/ou responsáveis de crianças de 4 a 6 anos de escolas públicas no município de Juiz de Fora, MG. Pesquisa PIPA Kids, 2022.....	48
Tabela 4 – Distribuição das respostas aos itens das dimensões ‘Escolha dos alimentos’ e ‘Modos de comer’ (B) do Guia alimentar para a população brasileira, de pais e/ou responsáveis de crianças de 4 a 6 anos de escolas públicas no município de Juiz de Fora, MG. Pesquisa PIPA Kids, 2022.....	49
Tabela 5 – Características do consumo alimentar por grau de processamento de crianças de escolas públicas no município de Juiz de Fora, MG. Pesquisa PIPA Kids, 2022.....	51
Tabela 6 – Comparação dos indicadores de excesso de peso de crianças de 4 a 6 anos de escolas públicas no município de Juiz de Fora, MG entre as três categorias do escore da adesão dos pais às recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira. Pesquisa PIPA Kids, 2022.....	53
Tabela 7 – Diferença entre as médias das três categorias do escore da adesão dos pais às recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira com o consumo de Kcal dos alimentos ultraprocessados de crianças de 4 a 6 anos de escolas públicas no município de Juiz de Fora, MG. Pesquisa PIPA Kids, 2022	55
Tabela 8 – Modelo de regressão logística linear para associações da adesão dos pais às recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (variáveis independentes) com a contribuição energética dos alimentos ultraprocessados e características sociodemográficas de crianças de 4 a 6 anos de escolas públicas no município de Juiz de Fora, MG. Pesquisa PIPA Kids, 2022.	56

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 A IMPORTÂNCIA DO GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA ..	16
2.2 COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE ADULTOS NO BRASIL.....	19
2.3 CONSUMO DE ULTRAPROCESSADOS NA INFÂNCIA	23
2.4 ESTADO NUTRICIONAL INFANTIL E SUA RELAÇÃO COM O CONSUMO ALIMENTAR.....	25
2.5 COMPORTAMENTO E HÁBITO ALIMENTAR DOS PAIS	27
2.6 CONSUMO E HÁBITO ALIMENTAR INFANTIL.....	29
2.7 COMPORTAMENTO ALIMENTAR DOS PAIS E SUA INFLUÊNCIA NA ALIMENTAÇÃO E SAÚDE DAS CRIANÇAS	32
3 JUSTIFICATIVA	34
4 OBJETIVOS	37
4.1 Objetivo Geral.....	37
4.2 Objetivos Específicos:.....	37
5 MATERIAL E MÉTODOS:	38
5.1 ÁREA DO ESTUDO:	38
5.2 DELINEAMENTO E POPULAÇÃO DO ESTUDO:	38
5.3 AMOSTRA:	38
5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	39
5.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	39
5.7 COLETA DE DADOS	40
5.7.1 VARIÁVEIS ANTROPOMÉTRICAS E DE COMPOSIÇÃO CORPORAL.....	40
5.7.1.1 PESO	40
5.7.1.2 ESTATURA.....	40
5.7.1.3 ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC).....	40
5.7.1.4 PERÍMETRO DO PESCOÇO.....	41
5.7.1.5 PERÍMETRO DA CINTURA	41
5.7.1.6 PERÍMETRO ABDOMINAL	41
5.7.1.7 VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS	41
5.7.2 CONSUMO ALIMENTAR	42
5.7.3 ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SEGUNDO AS RECOMENDAÇÕES DO GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA ...	43
5.8 ANÁLISE DOS DADOS	43
6 ASPECTOS ÉTICOS.....	44
7 RESULTADOS	45

8 DISCUSSÃO:.....	69
9 CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS	78
APÊNDICES.....	92
APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA.....	93
APÊNDICE II – RECORDATÓRIO ALIMENTAR DE 24 HORAS.....	119
APÊNDICE III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TCLE	121
APÊNDICE IV – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TALE...	122
ANEXOS	123
ANEXO I – FOLDER ESCALA PARA ADULTOS	124
ANEXO II – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	126

1 INTRODUÇÃO

Hábitos alimentares podem ser definidos como a forma consciente e repetitiva de uma pessoa comer, e isso inclui quais tipos de alimentos são ingeridos, suas quantidades e horários de consumo, em resposta a influências culturais e sociais (RIVERA, 2020, MAHMOOD, 2021). Por outro lado, os “comportamentos alimentares” têm sido considerados como um grupo de ações que vão desde a simples mastigação de alimentos até a compra de alimentos, preparação de alimentos e tomada de decisões sobre políticas alimentares (HU, 2002, MAHMOOD, 2021). Os padrões alimentares ou padrões dietéticos referem-se à quantidade, qualidade e variedade de alimentos e bebidas consumidos, bem como à frequência com que são habitualmente consumidos, e refere-se à dieta como um todo (HU, 2002, MAHMOOD, 2021).

A alimentação infantil é um assunto que tem despertado grande interesse nos últimos anos em diversas áreas do conhecimento, pois envolve diversos aspectos além da nutrição (SILVA, 2016). O perfil alimentar das populações no cenário epidemiológico e nutricional das últimas décadas passou a ser caracterizado pela alta densidade energética, em que alimentos ricos em fibras têm sido substituídos por alimentos ultraprocessados (COSTA, 2018).

Avaliar o perfil nutricional de crianças é ferramenta essencial para verificar as condições de saúde e de coletividades. A identificação de crianças com desvios nutricionais auxilia o direcionamento de ações de promoção da saúde e de intervenção, favorecendo a redução de enfermidades, não apenas na infância, mas também na juventude e na vida adulta (LOURENÇO, 2019).

O excesso de peso na infância e na adolescência representa um grande desafio para a saúde pública, uma vez que constitui um importante fator de risco para o desenvolvimento precoce de doenças cardiovasculares (ANDRETA, 2021). O consumo de alimentos ultraprocessados tem sido apontado como um fator de risco para a obesidade, tanto em crianças, quanto em adolescentes e adultos. Além disso, tem sido demonstrado na literatura que indivíduos com obesidade em idade precoce tendem a permanecer obesos ao longo da vida (COSTA, 2018).

O ambiente doméstico é a principal fonte de exposições alimentares e de desenvolvimento de comportamentos alimentares das crianças e, portanto, também um fator-chave da qualidade alimentar das crianças. Nas refeições que acontecem em casa, é provável que as crianças e os pais comam juntos, o que proporciona oportunidades para os pais agirem como modelos alimentares. (BIRCH; DAVISON, 2001; MAHMOOD, FLORES-BARRANTES, MORENO, MANIOS; GONZALEZ-GIL, 2021; LINDE, 2022).

Apesar de ser um grande desafio estabelecer boas práticas alimentares em crianças, demonstra-se ser a melhor oportunidade para incluir alimentos considerados saudáveis no dia-a-dia, uma vez que os seus hábitos estão sendo desenvolvidos. Os conhecimentos, os comportamentos e as crenças desenvolvidas em uma fase precoce da vida tendem a persistir na vida adulta, já que a idade escolar é um marco importante na criação e consolidação de hábitos alimentares (SANTOS, 2018).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A IMPORTÂNCIA DO GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

O Guia Alimentar para a População Brasileira fundamenta-se em um conceito ampliado de alimentação saudável, o qual leva em conta aspectos biológicos, socioculturais e ambientais relacionados à saúde e ao bem-estar dos indivíduos e coletividades. Suas recomendações abrangem práticas relacionadas a todo o ato de comer — da escolha dos alimentos até o contexto em que eles são consumidos — e leva em conta possíveis obstáculos impostos pelos modos de vida contemporâneos. Em formato não quantitativo, as recomendações são expressas por meio de termos como “evite” ou “limite” e apresentadas em texto de fácil compreensão e por meio de ilustrações (GABE, 2022).

O Brasil foi o primeiro país a adotar em suas diretrizes oficiais o nível de processamento dos alimentos, fazendo recomendações sobre alimentação saudável – como demonstra o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014) e, mais recentemente, o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos (BRASIL, 2018). Além de servirem como instrumento para incentivar práticas alimentares saudáveis no âmbito individual e coletivo, esses guias são indutores de políticas públicas que pretendem fomentar, apoiar e proteger a saúde e a segurança alimentar e nutricional da população brasileira (BORTOLINI et al, 2019). As diretrizes dietéticas devem capacitar as pessoas a serem agentes capazes de proteger sua própria saúde e a das pessoas próximas a elas, agindo de maneira que afetem os aspectos sociais, ambientais e outros fatores externos determinantes da saúde (FREIRE, 1973; MONTEIRO et al, 2015).

No Brasil, a experiência com o Guia é concretizada em duas edições do Guia Alimentar para a População Brasileira, publicados nos anos 2006 (BRASIL, 2006) e 2014 (BRASIL, 2014). Os Guias Alimentares para a População Brasileira almejam proporcionar orientações para a realização de práticas alimentares

apropriadas aos aspectos biológicos, socioculturais e ao uso do meio ambiente sustentável, com vistas à prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e diminuição das comorbidades associadas (BRASIL, 2013; OLIVEIRA, 2020).

A segunda edição do Guia alimentar para a população brasileira ganhou destaque na mídia nacional e internacional, porque esse documento implanta uma nova classificação de alimentos, NOVA, que se baseia no nível de processamento dos alimentos. Isso permitiu modificar as orientações alimentares e incorporar o foco nas refeições, incentivando o cidadão a cozinhar alimentos integrais em casa, estimulando o consumo do padrão alimentar tradicional brasileiro e sendo crítico em relação aos alimentos ultraprocessados. Além disso, traça uma estratégia de promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis baseadas em alimentos in natura e minimamente processados, em detrimento do consumo de alimentos processados e ultraprocessados. Estima-se que esta nova abordagem reformule os conceitos de dieta, alimentos, padrões alimentares, culturas alimentares, sistemas alimentares e saúde (MONTEIRO, 2015).

Segundo a NOVA, o processamento de alimentos é definido como todos os métodos e técnicas físicas, biológicas e químicas que ocorrem após os alimentos serem separados da natureza e antes de serem consumidos ou utilizados na preparação de pratos e refeições (MONTEIRO et al, 2017). Com base nessa definição, todos os alimentos são classificados em: (1) alimentos não processados e minimamente processados, como frutas e vegetais frescos, grãos ou farinhas embalados, massas, leite pasteurizado e carne resfriada ou congelada; (2) ingredientes culinários processados, como açúcar, mel, sal e manteiga; (3) alimentos processados, como frutas em calda e vegetais em salmoura; e (4) alimentos ultraprocessados (MONTEIRO et al, 2017). Em relevância a esse estudo, alimentos ultraprocessados são formulações de muitos ingredientes, em sua maioria, de uso industrial exclusivo, resultantes de uma sequência de processos industriais (portanto, ultraprocessados) (MONTEIRO et al, 2017). Exemplos são cereais matinais, refrigerantes, sucos e bebidas de frutas embalados, lanches doces ou salgados embalados, iogurtes aromatizados, pratos instantâneos, produtos de carne reconstituída (NARDOCCI, 2019; MONTEIRO et al, 2017).

Os alimentos ultraprocessados estão prontos para serem consumidos ou para aquecer e, portanto, requerem pouca ou nenhuma preparação culinária, o que os torna facilmente acessíveis e convenientes. Normalmente, eles são combinados com o uso sofisticado de aditivos, para torná-los duráveis e hiperpalatáveis. No entanto, possuem qualidade nutricional muito baixa e seu consumo tende a limitar a ingestão de alimentos in natura ou minimamente processados (MONTEIRO, 2018; MONTEIRO, 2010; COSTA, 2018). Esses produtos são nutricionalmente desequilibrados, porque geralmente: são densos em energia; contêm grandes quantidades de gordura total, gordura saturada, gordura trans, açúcares livres e sódio; têm altas cargas glicêmicas; e contêm pouca ou nenhuma fibra, micronutrientes ou outros compostos bioativos protetores que estão naturalmente presentes nos alimentos (RAUBER, 2015).

Análises de dados recolhidos em vários países a partir de inquéritos nacionais sobre orçamentos alimentares mostram que os alimentos ultraprocessados em geral têm um perfil nutricional obesogênico e, quando comparados com alimentos minimamente processados e pratos e refeições preparados na hora, têm maior densidade energética, mais açúcares livres, mais açúcares totais, gorduras saturadas e trans e menos fibra alimentar (MONTEIRO et al, 2010; CROVETTO et al, 2014; LOUZADA et al, 2018). A reestruturação das fichas de avaliação da ingestão de alimentos, a atualização do Guia Alimentar para a População Brasileira e do Guia Alimentar para Menores de Dois Anos foram iniciativas que têm em vista aprimorar o acompanhamento da ingestão de alimentos e promover hábitos alimentares adequados e saudáveis na população brasileira (NASCIMENTO, 2019).

O aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, inclusive em países de baixa e média renda, resultou em um aumento paralelo na prevalência de obesidade em todo o mundo, sugerindo que o consumo excessivo pode ser um dos principais impulsionadores da epidemia de obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis relacionadas à dieta (SARNI, 2022).

A classificação NOVA já foi aplicada em diversos países com diferentes finalidades. As aplicações até o momento incluem: A descrição de mudanças ao longo do tempo na fatia do consumo alimentar nacional relativa a produtos ultraprocessados, análises do impacto do consumo desses produtos sobre a

qualidade nutricional da dieta e o risco de enfermidades crônicas, o desenvolvimento de guias alimentares e a orientação de sistemas de avaliação do perfil nutricional de produtos alimentícios. (MONTEIRO, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) recomendam, há mais de 20 anos, que os governos elaborem guias alimentares adaptados à sua população (SARNI, 2022). Afinal, as pessoas consomem alimentos e não nutrientes específicos. Esses guias devem, em última análise, aconselhar e encorajar as pessoas a adotarem estilos de vida mais saudáveis e a realizarem melhores escolhas alimentares. Assim, os guias alimentares são uma tecnologia de saúde essencial para melhorar os padrões alimentares e nutricionais e promover a saúde das populações (SARNI, 2022).

2.2 COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE ADULTOS NO BRASIL

Nas últimas décadas, a estrutura dos padrões alimentares em diversos países, inclusive no Brasil, vem sofrendo modificações importantes, principalmente pelo aumento na ingestão de gorduras, açúcares e alimentos ultraprocessados, assim como pela redução do consumo de alimentos considerados de alto valor nutricional, como frutas e hortaliças (CUNHA et al, 2022).

Segundo Oliveira (2020), apesar da Organização Mundial da Saúde (OMS) alertar há mais de quinze anos sobre a necessidade de promover melhorias na alimentação das populações (WHO, 2003), o padrão alimentar mundial se deteriora progressivamente, sobretudo nas áreas urbanas (POPKIN, 1999; OLIVEIRA, 2020). As mudanças no consumo alimentar parecem advir do ritmo de vida acelerado e intensas transformações no sistema alimentar, os quais promovem ascensão do consumo de alimentos ultraprocessados (BRASIL, 2014) em detrimento dos alimentos in natura e minimamente processados (SOUZA-JÚNIOR, 2015; MONTEIRO, 2019; OLIVEIRA, 2020).

Essas mudanças nos padrões alimentares podem estar associadas a características socioeconômicas e ambientais, porque os grupos sociais não são uniformes e também não se distribuem geograficamente de forma uniforme nas grandes cidades. Populações que vivem em áreas de baixa renda e alta

vulnerabilidade social, como as favelas nas grandes cidades, compartilham características sociodemográficas e ambientes sociais diferentes daqueles dos indivíduos que vivem em áreas de média e alta renda (AZEVEDO, 2014) e podem ser mais vulneráveis a padrões alimentares menos saudáveis (CUNHA et al, 2022).

O padrão do consumo alimentar da população vem mudando rapidamente, em especial nos últimos 15 anos (LOUZADA, 2015; IBGE, 2020). A análise dos dados da aquisição de alimentos realizada pela Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), observou que os alimentos ultraprocessados subiram de 12,6% em 2002-2003 para 18,4% das calorias totais em 2017-2018. Já a aquisição de alimentos *in natura* ou minimamente processados representava 53,3% das calorias totais em 2002-2003, caiu para 49,5% nesse período (IBGE, 2020).

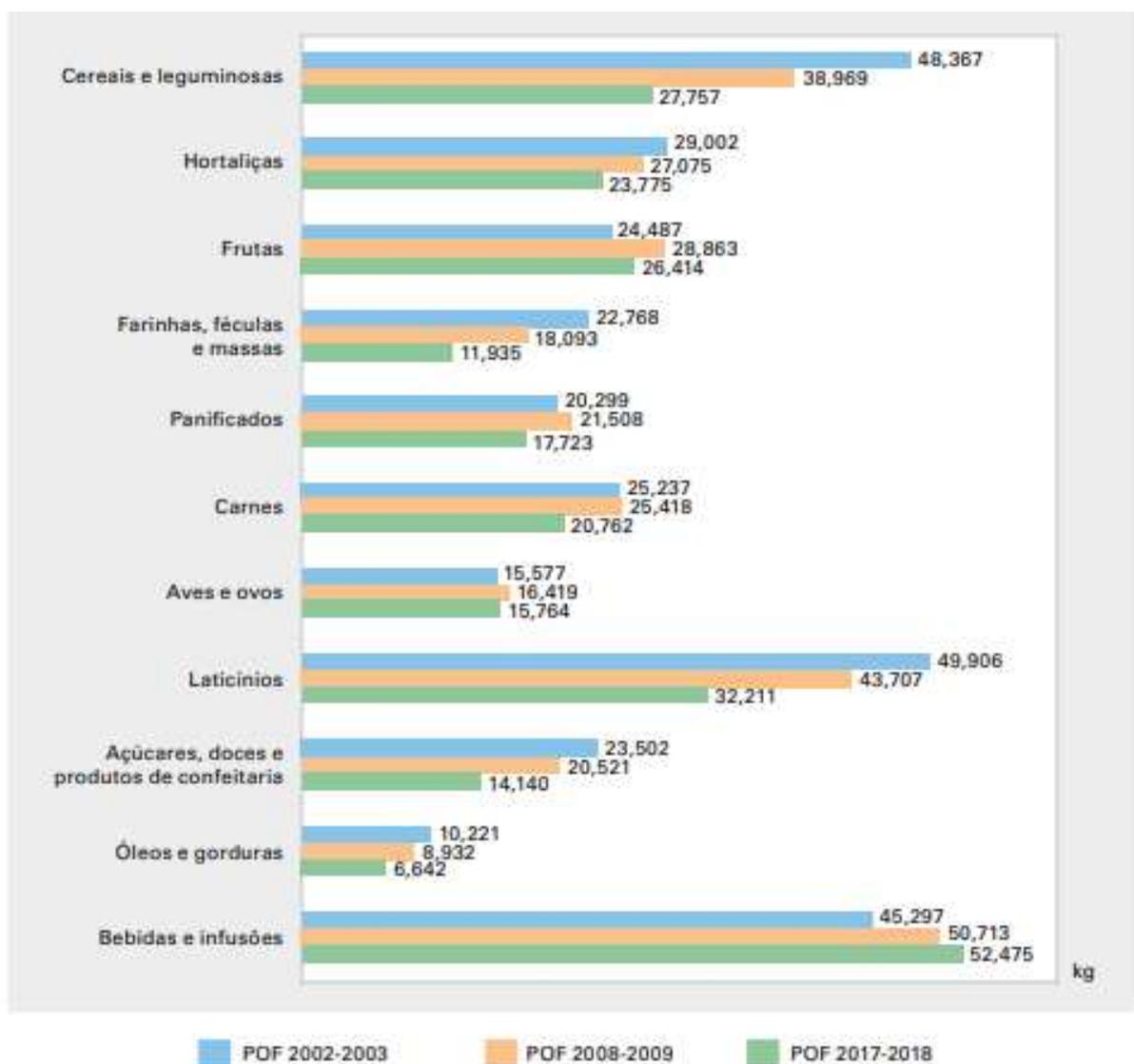
O estudo de Louzada et al (2015) encontrou que o consumo médio diário de energia dos brasileiros com dez ou mais anos de idade foi de 1.866 kcal, sendo 69,5% proveniente de alimentos *in natura* ou minimamente processados, 9,0% de alimentos processados e 21,5% de alimentos ultraprocessados; desses, arroz e feijão são responsáveis por mais de um quinto (22,9%) da energia consumida ao longo do dia. Dentre os alimentos processados, o de maior contribuição para o aporte total de energia foi o pão francês (6,9% das calorias diárias), seguido de queijos, carnes processadas e conservas de frutas e hortaliças. Dentre os alimentos ultraprocessados, destacam-se bolos, tortas e biscoitos doces (3,0% das calorias diárias), lanches do tipo *fast food* (2,9%), refrigerantes e refrescos (2,6%), pães de forma, de hambúrguer e de *hot dog* (2,4%) e guloseimas (2,2%) (LOUZADA, et al 2015).

Na Região Sudeste, destacam-se as médias das aquisições de laticínios (38,449 kg), hortaliças (25,011 kg), panificados (18,170 kg), e alimentos preparados e misturas industriais (5,118 kg), todas elas acima das médias nacionais. Como o município analisado está inserido dentro da região Sudeste, esses dados tornam-se relevantes para a pesquisa em andamento. Por questões comparativas, cabe mencionar os quais tipos de produtos são mais consumidos em outras regiões brasileiras: a Região Sul apresentou médias acima da nacional e das outras regiões para sete dos 17 grupos: laticínios (48,271 kg), frutas (31,931 kg), hortaliças (31,333 kg), carnes (25,566 kg), açúcares, doces e

produtos de confeitaria (15,806 kg), óleos e gorduras (7,735 kg) e sais e condimentos (6,492 kg). No caso do grupo Carnes, pode-se destacar a Região Centro-Oeste, que apresentou uma média de 24,503 kg, tendo também um resultado significativo no grupo cereais e leguminosas (32,661 kg), ambos acima da média Brasil. A Região Norte, como já foi observado nas pesquisas anteriores, se destaca na média de aquisição do grupo pescado (9,855 kg), ficando muito acima das outras regiões e da média Brasil (2,796 kg). Os grupos aves e ovos, farinha, féculas e massas, e cocos, castanhas e nozes apresentaram as maiores médias na Região Norte, 19,907 kg, 17,889 kg e 9,530 kg, respectivamente. No caso desse último grupo, ele é cerca de 726% maior que a média brasileira de 1,154 kg. No Nordeste os destaques são os grupos de bebidas e infusões (67,517 kg), 29% acima da média nacional, e cereais e leguminosas (31,906 kg). Em contrapartida, também na Região Nordeste, foi registrada a menor aquisição domiciliar per capita do grupo carnes (18,664 kg), cerca de 10% menor que a média nacional de 20,762 kg (IBGE, 2020).

O Gráfico 1 ilustra as diferenças de alguns grandes grupos, para o total Brasil, entre as POFs 2002-2003, 2008-2009 e 2017-2018. Nele observa-se que, com exceção do grupo bebidas e infusões, em todos os grupos selecionados houve queda das quantidades médias per capita adquiridas entre as edições 2008-2009 e 2017-2018. Se levarmos em consideração a comparação entre as três edições da pesquisa, as quedas foram bem acentuadas para alguns grupos específicos. Os grupos farinhas, féculas e massas, cereais e leguminosas, açúcares, doces e produtos de confeitaria, e Laticínios apresentaram as maiores quedas na média das aquisições entre as três pesquisas (48%, 43%, 40% e 36%, respectivamente). O grupo bebidas e infusões, grupo que tem a maior média per capita adquirida, teve aumento relativo (16%), passando de 45,297 kg, em 2002-2003, para 52,475 kg em 2017-2018 (IBGE, 2020).

Gráfico 1 - Aquisição alimentar domiciliar per capita anual, segundo os grupos de produtos - Brasil - 2002/2018



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisa, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003/2008-2009 2017-2018

Com base nos resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) para a década, é possível afirmar que o padrão alimentar de escolares de 9º ano das Capitais brasileiras para a década é preocupante, tanto no que tange ao consumo de alimentos marcadores de alimentação saudável e não saudável, quanto ao perfil de realização de suas refeições. Ainda que o indicador de realização das refeições acompanhado dos pais tenha crescido, os percentuais de consumo de café da manhã caíram e a realização de refeições concomitante a outras atividades foi referida por mais da metade da população

investigada. Complementando esse cenário desfavorável, foram registradas quedas no consumo semanal de feijão e frutas. Além disso, as proporções de consumo no dia anterior de doces (38,5%) e refrigerantes (46,0%) são significativas em 2019. Adicionalmente, as estimativas do ambiente escolar denotam acesso a ambos os alimentos ultraprocessados tanto em cantinas quanto em pontos alternativos de venda de alimentos e bebidas localizados no entorno das escolas (IBGE, 2019).

Evidências do Inquérito Nacional de Alimentação (INA) revelam que a dieta da população brasileira permanece caracterizada pelo consumo de alimentos tradicionais, como arroz, feijão, hortaliças e carne bovina, e pela ingestão frequente de alimentos ultraprocessados, como biscoitos, refrigerantes, doces e carnes processadas. Revelam, ainda, uma piora na qualidade alimentar entre os períodos 2008-2009 e 2017-2018, com diminuição do consumo de arroz, feijão, carne bovina, frutas e laticínios e aumento do consumo de sanduíches (RODRIGUES et al, 2021). O Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) mostrou que os ultraprocessados responderam por 22,7% do total da energia consumida e que os indivíduos do maior quartil de consumo, com mais de 29% de sua energia proveniente desses alimentos, tiveram 31% mais chance de sobrepeso e 41% de obesidade (SILVA et al, 2018; BORTOLINI et al, 2019).

No Brasil, a venda de alimentos ultraprocessados correspondeu a 448 kcal per capita/dia em 2014, valor 10,4% superior ao registrado em 2009 (PAHO, 2019). Inquéritos nacionais de compras de alimentos mostram que a contribuição de alimentos ultraprocessados para o total das calorias adquiridas pelos domicílios brasileiros aumentou de 12,6% em 2002–2003 para 16,0% em 2008–2009 e para 18,4% em 2017–2018 (IBGE, 2020; COSTA, 2021).

2.3 CONSUMO DE ULTRAPROCESSADOS NA INFÂNCIA

Nos últimos anos, elevado consumo de alimentos ultraprocessados (AUP) tem sido verificado entre escolares brasileiros. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2015 apontam que 41,6, 26,7 e 31,3% dos alunos consomem, em cinco ou mais dias da semana, guloseimas, refrigerantes e AUP salgados, respectivamente.¹ Em contraposição, apenas 32,7% dos alunos

apresentaram consumo adequado de frutas, 37,7% de verduras e 60,7% de feijão (IBGE, 2016; LACERDA, 2020).

Acerca dos alimentos ultraprocessados, há evidências do efeito de seu consumo no desenvolvimento de doenças cardiovasculares e de câncer. Dados de uma coorte francesa, mostraram que um aumento de 10% na proporção de ultraprocessados na alimentação associou-se a um aumento de 12% no risco de desenvolvimento de câncer em geral e de 11% especificamente para câncer de mama (FIOLET et al, 2018). Outro estudo mostrou que a redução de 75% do consumo de gordura saturada, gordura trans, sal e açúcar provenientes de ultraprocessados e ingredientes culinários poderia reduzir em até 29% a mortalidade por doenças cardiovasculares (MOREIRA et al, 2018). Coorte realizada com 8.451 adultos de meia-idade que se formaram em universidades na Espanha mostrou que, do total de 1.939 casos de sobrepeso e obesidade registrados durante aproximadamente 8,9 anos, aqueles que apresentaram maior consumo de ultraprocessados tinham maior chance (26%) de desenvolver sobrepeso e obesidade do que aqueles com consumo menor (MENDONÇA et al, 2016; BORTOLINI et al, 2019).

O consumo de produtos processados e ultraprocessados é um fator importante a ser estudado, pois representa aproximadamente 50% do total de energia consumida pelas crianças, quase o dobro da média de 27% encontrada na população brasileira em geral (MARTINS, 2013; RAUBER, 2015). Alguns estudos encontraram que, os produtos ultraprocessados como pães, salgadinhos, biscoitos, balas e outros doces e bebidas açucaradas foram os que mais contribuíram para o percentual de energia proveniente de produtos processados e ultraprocessados (MOUBARAC, 2014; MARTINS, 2013; RAUBER, 2015).

Estudos focados na prevalência e influência do consumo de alimentos ultraprocessados em crianças descreveram as seguintes associações: dietas altamente ultraprocessadas resultam em aumento da ingestão de alimentos em grandes quantidades e aumento do consumo de carboidratos e gorduras. Além disso, a ingestão de alimentos ultraprocessados está associada a diagnósticos clínicos de dependência alimentar e sintomatologia subclínica de dependência alimentar. Ademais, a ingestão de alimentos ultraprocessados está positivamente associada a maiores médias de gordura corporal e colesterol total

(DOLWICK; PERSKY, 2021; MONTEIRO et al, 2019; MONTEIRO et al, 2018; GONZÁLEZ, 2023).

Há ainda evidências de que a exposição precoce a edulcorantes (tanto calóricos, quanto não calóricos), utilizados na elaboração de alimentos ultraprocessados, pode causar efeitos adversos na composição corporal, na saúde cardiometabólica e na microbiota intestinal das crianças, além de gerar a preferência por sabor doce, influenciando, assim, o padrão alimentar desde a infância até a idade adulta (REID et al, 2016, PEREIRA, 2022). Os alimentos ultraprocessados devem ser evitados nos primeiros anos de vida e consumidos com restrições em todas as outras fases, favorecendo a formação de hábitos alimentares saudáveis e, conseqüentemente, a prevenção contra doenças crônicas não transmissíveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, MONTEIRO et al, 2019, PEREIRA, 2022).

2.4 ESTADO NUTRICIONAL INFANTIL E SUA RELAÇÃO COM O CONSUMO ALIMENTAR

A infância é um período crítico, principalmente quando as desigualdades socioeconômicas, influenciando o excesso de peso, emergem e se fortalecem. No Brasil, a ocorrência de excesso de peso entre crianças de 5 a 9 anos triplicou entre 1974 e 2009, passando de 11% para 33% (LEAL et al, 2018).

A mudança observada na obesidade infantil em todo o mundo se deve a fatores individuais, familiares e ambientais. Alguns fatores de risco individuais para obesidade infantil incluem: status de peso dos pais; status socioeconômico; peso ao nascer; baixo nível de atividade física; e padrões alimentares com alto consumo de alimentos ultraprocessados (LEAL et al, 2018).

A obesidade infantil é consequência de uma interação entre um conjunto complexo de fatores que estão relacionados ao meio ambiente, genética e efeitos ecológicos como família, comunidade e escola (KUMAR, 2017). Estar na faixa de obesidade durante a infância ou adolescência torna o jovem cinco vezes mais propenso a estar com obesidade na idade adulta, quando comparado com seus pares que mantêm um peso saudável (SIMMONDS et al, 2016; SMITH, 2020). Já a obesidade grave está fortemente ligada a um maior risco

cardiometabólico, obesidade adulta e morte prematura (SKINNER et al, 2015; SMITH, 2020).

Um estudo observou que o aumento do consumo de produtos ultraprocessados, como bebidas açucaradas, chips de batatas, batatas fritas, carnes processadas e grãos refinados foi forte e positivamente associado ao ganho de peso em um grande estudo prospectivo nos Estados Unidos. Em contraste, houve uma associação inversa entre ganho de peso e maior ingestão de vegetais, frutas, nozes, iogurte e grãos integrais (MOZAFFARIAN, 2011; DOLWICK, 2021).

Cinquenta por cento das meninas e 30% dos meninos com obesidade entre 6 e 11 anos serão adultos com obesidade, predispondo-se a problemas médicos crônicos ao longo dos anos e 60% dos adolescentes com obesidade permanecem com obesidade quando adultos. Crianças com obesidade tendem mais à obesidade mórbida na idade adulta do que aquelas que adquirem essa condição apenas na idade adulta (MCINERNEY, 2017; NEEMA, 2021).

O alto peso ao nascer e o aumento do ganho de peso durante a infância têm sido cada vez mais discutidos como preditores de sensibilidade à insulina e até mesmo metabolismo do tecido adiposo mais tarde na vida e podem, portanto, contribuir para o desenvolvimento de doenças metabólicas e cardiovasculares (BOUHOURS-NOUET et al, 2008; WEIHRAUCH-BLÜHER et al, 2018).

A obesidade infantil está associada a comorbidades que afetam quase todos os sistemas do corpo, incluindo, entre outros, os sistemas endócrino, gastrointestinal, pulmonar, cardiovascular e musculoesquelético. Muitas das comorbidades encontradas em jovens com obesidade, incluindo diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, apneia obstrutiva do sono e esteato-hepatite, costumavam ser consideradas doenças do "adulto". A gravidade dessas comorbidades geralmente aumenta com a gravidade da obesidade (SKINNER et al, 2015, KUMAR, 2017).

Os custos de saúde relacionados à obesidade derivam também de suas comorbidades de curto e longo prazo. Crianças com obesidade correm maior risco de desenvolver intolerância à glicose (VALÉRIO, 2018), doença hepática gordurosa não alcoólica (DI SESSA et al, 2017), dislipidemia (DEEB et al, 2018) e hipertensão (FREEDMAN et al, 2007). Além disso, várias evidências relacionam a obesidade infantil à carga de doenças não transmissíveis na

população adulta (BJERREGAARD, 2018; TURER, 2018; CHARAKIDA et al, 2008, REILLY, 2011). A obesidade é responsável pelo aumento do risco de diabetes tipo 2 (BJERREGAARD, 2018), doença cardiovascular (TURER, 2018; CHARAKIDA et al, 2008), levando finalmente ao aumento da morbidade e mortalidade (ROMANELLI et al, 2020).

2.5 COMPORTAMENTO E HÁBITO ALIMENTAR DOS PAIS

O comportamento alimentar é representado por todas as formas de convívio com o alimento, envolvendo desde a preferência até a ingestão, representando não somente o que comemos, mas os demais elementos relacionados a isso, como o ambiente da alimentação, a forma e o tempo com que se alimenta e os motivos pelos quais as pessoas comem (VAZ, 2014). No campo da alimentação e nutrição, o comportamento alimentar aparece, na maioria das vezes, relacionado aos aspectos psicológicos da ingestão de comida, 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 (KLOTZ-SILVA, 2016; CAROZZO, 2017; SANTOS, 2021).

Sabe-se que o comportamento alimentar começa a ser formado desde os primeiros anos de vida (QUAIOTI, 2006) e os hábitos alimentares da idade adulta estão relacionados com os aprendidos na infância (MIKKILÄ, 2004). Além disso, mudanças de comportamento com o avançar da idade tendem a ser mais difíceis de serem alcançadas (ZAMBON, 2008). Essas condições demonstram a importância de se investigar comportamentos alimentares em idades precoces e sugerem que ações voltadas para a promoção de hábitos alimentares saudáveis deveriam incidir com maior ênfase na infância (PASSOS, 2015).

Os pais são os primeiros e maiores responsáveis pela formação do estilo de vida dos filhos, seja ele saudável ou não. Uma das formas de esses responsáveis influenciarem a alimentação dos seus filhos é mediante a utilização de determinadas práticas alimentares, conhecidas como práticas parentais. Essas caracterizam-se pelos comportamentos dos pais no processo de socialização, controle ou desenvolvimento de valores e atitudes de seus filhos (MAYER, 2017; CANUTO, 2022).

As práticas parentais de controle alimentar usadas pelos pais influenciam diretamente na alimentação das crianças, diminuindo ou aumentando a ingestão alimentar, podendo afetar a preferência, a seletividade e a auto regulação, além de serem usadas também para extinguir comportamento inadequado e incentivar comportamento e hábitos saudáveis (COELHO et al, 2017; PINHEIRO-CAROZZO et al, 2017; OLIVEIRA, 2019).

As práticas parentais alimentares são um dos fatores ambientais associados ao desenvolvimento de sobrepeso e obesidade na infância, englobando os comportamentos usados pelos pais para influenciar os hábitos, atitudes ou crenças de seus filhos em relação à comida e à alimentação. De fato, os pais têm um papel vital na modelagem das escolhas alimentares e na moldagem das preferências alimentares de seus filhos (PATEL et al, 2018; OLIVEIRA, 2019).

Os padrões alimentares dos pais parecem afetar mais as crianças, pois são os pais que moldam o ambiente alimentar doméstico, influenciam a maneira como a criança pensa sobre a comida e, conseqüentemente, começam a formar suas próprias preferências alimentares e comportamento alimentar (SCAGLIONE et al, 2018, MAHMOOD, 2021).

As influências dos pais sobre a saúde dos jovens estão sendo estudadas, assim como associações entre o nível de atividade física materna durante a gestação e saúde dos filhos a curto prazo, além de associações entre obesidade dos pais e risco cardiovascular a longo prazo em crianças de meia-idade. Dessa forma, parece plausível que as características dos pais possam influenciar a propensão à obesidade infantil por meio de uma combinação de vias comportamentais e biológicas (WERNECK, 2022).

Em um ambiente obesogênico, é provável que o comportamento autoritário e algum controle dos pais sejam necessários para moderar a ingestão de alimentos ricos em calorias palatáveis pelas crianças. Limitar a frequência com que certos alimentos são trazidos para o ambiente doméstico, evitar lojas e restaurantes que vendam alimentos não-saudáveis e servir porções pequenas, são algumas atitudes adequadas que podem proporcionar às crianças oportunidades de desenvolver autorregulação nos comportamentos alimentares (SCAGLIONI, 2018).

As características do cuidador e a forma como ele se relaciona com a criança têm impacto direto na forma como a criança irá aproximar-se do alimento. Nessa perspectiva, os hábitos de vida dos pais, o estilo parental e a forma como eles interagem com os filhos são importantes para a formação dos hábitos alimentares infantis (SILVA, 2016).

2.6 CONSUMO E HÁBITO ALIMENTAR INFANTIL

A literatura sobre nutrição infantil evidencia que o comportamento alimentar do pré-escolar é determinado em primeira instância pela família, da qual ela é dependente e, secundariamente, pelas outras interações psicossociais e culturais da criança. O padrão da alimentação do pré-escolar é determinado por suas preferências alimentares. A dificuldade é fazer com que a criança aceite uma alimentação variada, aumentando suas preferências e adquirindo um hábito alimentar mais adequado, uma vez que muitas crianças têm medo de experimentar novos alimentos e sabores (RAMOS et al, 2000).

Entende-se que as preferências de consumo alimentar são desenvolvidas no início da vida (VENTURA, 2013; YEE, 2017). Compreender como as escolhas do consumo alimentar das crianças são desenvolvidas tem o potencial de beneficiar a saúde dos indivíduos ao longo de toda a vida (YEE et al, 2017). A alimentação infantil é um assunto que tem despertado grande interesse nos últimos anos em diversas áreas do conhecimento, pois envolve diversos aspectos além da nutrição (SILVA, 2016).

A formação do comportamento alimentar tem início na infância, nos primeiros meses de vida e, com o tempo, se configura como o resultado da interação entre fatores genéticos e ambientais (ALBUQUERQUE, 2016; DANTAS, 2019). O aleitamento materno, a introdução dos alimentos complementares após os seis meses de vida, os hábitos alimentares familiares e as condições socioeconômicas exercem papel fundamental nessa formação (PETERS, 2016; SILVA, 2016; DANTAS, 2019).

Padrões individuais de preferências e comportamentos alimentares emergem e diferem durante a alimentação complementar, dependendo dos alimentos oferecidos e dos contextos de alimentação. Bebês que foram previamente expostos a uma maior variedade de alimentos sólidos mostram

menos comportamentos de rejeição em resposta a ofertas posteriores de novos alimentos (HARRIS, 2017; SCAGLIONI, 2018). A neofobia alimentar, a predisposição para rejeitar alimentos que não são familiares (COLE, 2017; SCAGLIONI, 2018) ou desconhecidos, é uma fase normal do desenvolvimento, que geralmente atinge o pico entre 2 e 6 anos de idade. As crianças que são mais neofóbicas tendem a mostrar menor preferência por vegetais (COLE, 2017; SCAGLIONI, 2018). A construção relacionada de “exigência” dos alimentos também tem sido associada a menor variedade e qualidade dietética. As crianças mais exigentes, além de recusarem novos alimentos, costumam comer uma variedade muito restrita de alimentos (COLE, 2017; SCAGLIONI, 2018).

A amamentação é um aspecto muito importante na relação do comportamento alimentar posterior da criança. Um estudo longitudinal sobre o papel da amamentação no comportamento alimentar posterior, mostrou que nunca ser amamentado ou ser amamentado por um curto período foi associado a menor variedade de alimentos saudáveis aos 2, 3 e 4 anos de idade. Não houve associação consistente entre o momento da alimentação complementar e a variedade da dieta, com forte associação positiva entre a alimentação da mãe e da criança (JONES, 2015; SCAGLIONI, 2018). A amamentação foi proposta como uma intervenção preventiva eficaz para a baixa ingestão de vegetais na infância (OKUBO, 2016; SCAGLIONI, 2018). A amamentação, em comparação com a alimentação com mamadeira, pode promover estilos de alimentação materna menos controladores e mais responsivos aos sinais infantis de fome e saciedade, permitindo aos bebês uma maior autorregulação da ingestão de energia (VENTURA, 2017; SCAGLIONI, 2018).

Um estudo observou que bebês alimentados com alimentos preparados em casa, possivelmente apresentando uma ampla gama de sabores e texturas, eram mais propensos a comer uma variedade de frutas e vegetais aos 7 anos, do que aqueles alimentados com alimentos produzidos comercialmente (COULTHARD, 2010; HARRIS, 2017). Gostos difíceis são, portanto, não apenas mais bem aceitos se introduzidos mais cedo ao bebê, mas também se forem introduzidos com frequência (MAIER et al, 2008; HARRIS, 2017). Também pode ser vantajoso se o bebê experimentar uma continuação do sabor à textura e à aparência; isto é, eles aprendem a reconhecer a comida em todas as suas diferentes apresentações, como pode muito bem ser o caso de alimentos

preparados em casa, em vez de alimentos introdutórios produzidos comercialmente (HARRIS, 2017).

As experiências precoces com vários gostos e sabores têm um papel na promoção de uma alimentação saudável e no aumento do consumo de frutas e vegetais. Oferecer ao lactente diferentes alimentos, a partir do período de alimentação complementar, e fornecer exposição repetida a alimentos de que não gosta são estratégias para estimular seu paladar e ajudá-lo a aceitar muitos alimentos mais tarde na vida (SCAGLIONI, 2018).

No entanto, a ingestão repetida de alimentos por si só não forma o comportamento alimentar. Existe uma série de fatores inter-relacionados, internos ou externos ao organismo, que influenciam a formação desse hábito. É importante dizer que hábitos alimentares não são necessariamente sinônimos de preferências alimentares, ou seja, quando as pessoas comem os alimentos que mais gostam (RAMOS, 2000). No entanto, no caso específico dos pré-escolares, os hábitos alimentares caracterizam-se basicamente por suas preferências alimentares. As crianças dessa faixa etária acabam comendo apenas os alimentos de que gostam, ou que estão disponíveis em seu ambiente, recusando-se a comer os alimentos de que não gostam (BIRCH, 1988; ROZIN, 1997; RAMOS, 2000). Dentre os fatores inter-relacionados presentes na formação do comportamento alimentar, os fatores psicossociais se destacam (RAMOS, 2000).

Tendo em vista os fatores psicossociais, a mídia pode ser considerada como um importante agente influenciador do comportamento alimentar, pois estabelece padrões de consumo de alimentos desde muito cedo, devido a forma como difunde a informação. O apelo visual das peças publicitárias relacionadas a produtos alimentícios destinados ao público infantil precisa ser encarado como um problema de saúde pública (DE MOURA, 2010; DANTAS, 2019). Uma das razões pelas quais a televisão e outras mídias influenciam o comportamento alimentar infantil é que o alimento é a categoria de produtos mais anunciada em peças publicitárias para crianças. Isso acontece, porque tem-se estabelecido que a exposição a propagandas de alimentos efetivamente promove o consumo dos produtos anunciados (GALLO, 2010; DANTAS, 2019).

Compreendendo a relevância dos fatores psicossociais da alimentação das crianças, assim como os outros que podem influenciar o comportamento

alimentar, o estudo do comportamento infantil deve, portanto, ser visto como um ponto de partida para programas de educação alimentar e nutricional direcionados e eficazes. Ao mesmo tempo em que sugere novas estratégias de pesquisa para elucidar as interações entre os vários fatores que influenciam os comportamentos alimentares das crianças (SCAGLIONI, 2018).

2.7 COMPORTAMENTO ALIMENTAR DOS PAIS E SUA INFLUÊNCIA NA ALIMENTAÇÃO E SAÚDE DAS CRIANÇAS

As preferências dietéticas são formadas por uma combinação de uma complexa interação de fatores genéticos, familiares e ambientais. No entanto, os pais parecem ter um alto grau de controle na modelagem dos comportamentos alimentares de seus filhos (SCAGLIONI, 2011). Durante o primeiro ano de vida, os padrões alimentares das crianças sofrem uma rápida evolução, pois são os pais que selecionam os alimentos da família e servem de modelo para a alimentação. Assim, as crianças tendem a imitar os comportamentos dos pais, bem como os hábitos alimentares (SCAGLIONI, 2011). Os comportamentos alimentares das crianças são afetados por fatores sociais, físicos e intra-individuais. No ambiente familiar, os pais estabelecem mais de 70% dos comportamentos alimentares de seus filhos, por sua própria ingestão e também pelos métodos seguidos para socializar seus filhos (MAHMOOD, 2021).

Os pais usam práticas alimentares que evoluíram ao longo de milhares de anos para promover padrões de ingestão de alimentos para o crescimento e a saúde das crianças. No entanto, em ambientes alimentares atuais, caracterizados por alimentos ultraprocessados, essas práticas tradicionais de alimentação podem promover excessos e ganho de peso (HARRIS, 2008, SCAGLIONI, 2011). Há evidências substanciais de interações bidirecionais entre os pais e a dieta e o status de peso das crianças (SCAGLIONI, 2011). O estilo descrito como dominante, autoritário, indulgente ou negligente é o resultado de atitudes e comportamentos de interação com a criança (SCAGLIONI, 2011). A prática é uma estratégia de controle utilizada pelos pais como pressão para comer pela promoção de alimentos saudáveis, geralmente frutas e verduras, restrição ao limitar o acesso a doces e salgadinhos gordurosos e uso da comida como recompensa (SCAGLIONI, 2011). Apesar das boas intenções dos pais,

essas práticas estão associadas a resultados negativos; a restrição está fortemente correlacionada com os comportamentos alimentares desinibidos das crianças (SAVAGE et al, 2007; SCAGLIONI, 2011).

Outro caminho da qualidade da interação pais-filhos para a obesidade pode ser através da capacidade de autorregulação das crianças (ANDERSON, 2016). A autorregulação é uma construção multidimensional que abrange os processos neurocognitivos conscientes e inconscientes (PAPIES, 2016; ANDERSON, 2016) pelos quais os indivíduos gerenciam e regulam sua atenção e excitação para se engajar em um comportamento direcionado a um objetivo (BLAIR, 2011; VOHS, 2011; ANDERSON, 2016). A autorregulação prevê muitos resultados positivos para as crianças (KOCHANSKA, 2000; CASEY, 2011; ANDERSON, 2016). A autorregulação é modificável (FONAGY, 2002; VOHS, 2012; ANDERSON, 2016) e foram desenvolvidas intervenções para melhorá-la (BLAIR, 2008; DIAMOND, 2017; ANDERSON, 2016).

Quatro grupos focais foram conduzidos na Bélgica entre pais e cuidadores, mostrando que a influência das práticas parentais difere de acordo com a idade. Quanto mais jovem a criança, especialmente na idade pré-escolar e nos primeiros anos do ensino primário, mais forte é o papel das práticas parentais (VANDEWEGHE et al, 2016; MAHMOOD, 2021). Os mesmos estudos constatou que as crianças podem considerar as normas e percepções dos pais como referência para o que é apropriado consumir (VANDEWEGHE, 2016; MAHMOOD, 2021).

Vários estudos transversais encontrados mostraram uma associação positiva significativa e uma correlação substancial entre a ingestão de vários alimentos pelas crianças e pelos pais (HANSSON et al, 2016; HALL et al, 2011; MILLER et al, 2011; MAHMOOD, 2021). Assim, os comportamentos alimentares dos pais provaram fazer parte de todo o processo de estabelecimento e promoção de padrões alimentares saudáveis ou não-saudáveis entre crianças e adolescentes (SCAGLIONI, 2011; MAHMOOD, 2021). Um estudo chamado *Parent Mealtime Action Scale* (PMAS) foi desenvolvido com 439 pais e 541 mães nos Estados Unidos para examinar as dimensões dos comportamentos, na hora das refeições, usados pelos pais sobre a dieta e o peso das crianças (MAHMOOD, 2021). Os resultados mostraram que os pais podem ser influenciados por seu ambiente e cultura, o que também pode afetar suas

escolhas alimentares, sugerindo que os padrões alimentares e o estado nutricional de seus filhos também podem ser alterados de acordo (HENDY et al, 2009; MAHMOOD, 2021). Considerando que o mesmo estudo descobriu que obrigar uma criança a aceitar alimentos saudáveis apenas por meio de conselhos, sem comê-los ela mesma, é um método ineficaz na educação alimentar e nutricional (HENDY et al, 2009; MAHMOOD, 2021).

Embora as descobertas sejam preliminares, a promoção de relacionamentos positivos entre pais/cuidadores e crianças pequenas é promissora como um componente dos esforços para prevenir a obesidade infantil e reduzir a alta carga de impactos na saúde relacionados à obesidade (ANDERSON, 2016). O cérebro das crianças e a fisiologia subjacente às suas respostas ao estresse, reatividade emocional e capacidades autorregulatórias são desenvolvidos por meio de interações repetidas com os adultos que cuidam delas (ANDERSON, 2016).

O cuidado sensível e de resposta promove um apego seguro e também pode afetar a regulação metabólica, o apetite e como as emoções e o apetite são interpretados (ANDERSON, 2016). As intervenções parentais que foram projetadas para reduzir o risco de problemas de comportamento das crianças mostraram benefícios positivos inadvertidos para a prevenção da obesidade (BROTMAN, 2012; ANDERSON, 2016). Intervenções para melhorar as interações entre pais e filhos são viáveis em ambientes de cuidados primários pediátricos e provavelmente oferecerão múltiplos benefícios para crianças e famílias em todos os domínios (WEISLEDER, 2016; ANDERSON, 2016).

3 JUSTIFICATIVA

A nutrição tem entre suas funções científicas e sociais analisar a alimentação infantil, visto que a infância é um período de formação do indivíduo e os hábitos alimentares adquiridos nesta fase da vida são cruciais para um desenvolvimento saudável. Não obstante, é preciso levar em conta a influência parental durante o desenvolvimento das crianças, porque os responsáveis exercem influência na modelagem do comportamento de seus filhos. As escolhas e decisões dos adultos sobre a rotina do lar e, por consequência, das refeições afetam diretamente as crianças.

Tendo em vista que a alimentação está relacionada com o bem-estar, a saúde, o consumo e o lazer, surge como uma questão em termos de saúde coletiva: quais os impactos que os hábitos alimentares dos responsáveis produzem sobre os filhos, já que é na infância onde os hábitos alimentares estão sendo formados. Leva-se em conta que durante a infância os indivíduos estão sobre um processo de desenvolvimento acelerado, tanto do ponto de vista biológico quanto social, sendo a alimentação um fator que transita entre os dois níveis. Uma alimentação saudável propiciará um desenvolvimento adequado do ponto de vista biológico, assim como em termos sociais o impacto poderá ser mensurado tanto no aproveitamento da aprendizagem escolar, no lazer dessas pessoas, assim como na prevenção de doenças. Todavia, hábitos alimentares inadequados trazem problemas tanto no nível social quanto no nível biológico, visto que o consumo de produtos ultraprocessados desencadeiam excesso de peso e, por consequência, maior propensão a doenças crônicas.

Tratando-se de saúde coletiva, a questão levantada é relevante a esse campo de pesquisa, tendo em vista os impactos que podem ser evitados em sistemas de saúde quando a prevenção é realizada. Ademais, programas e políticas públicas de prevenção produzem resultados e são efetivadas quando há estudos científicos consolidados sobre os temas aos quais elas são direcionadas. Verificando os estudos realizados tanto em saúde coletiva quanto em nutrição, até o momento, não há estudo avaliando a associação entre a adesão de pais às diretrizes do Guia alimentar para a população brasileira e o consumo alimentar de seus filhos.

Estudos, incluindo a antropometria e a avaliação do consumo alimentar, sobre as relações parentais nos hábitos alimentares das crianças podem fornecer informações robustas para a implementação de programas de saúde que visem corrigir o sobrepeso, o consumo excessivo de gorduras e açúcares e problemas de saúde decorrentes de hábitos alimentares ruins. As pesquisas científicas devem ser contíguas ao que é realizado na sociedade, para identificar, através de parâmetros e princípios demarcados metodologicamente, questões a serem aperfeiçoadas ou mesmo problemas que precisarão de novas estratégias para serem abordados com maior efetividade.

Conforme os argumentos supracitados, espera-se que os resultados desta pesquisa se somem à literatura já existente, com evidências inéditas que

poderão subsidiar estratégias de implementação do Guia Alimentar para a população brasileira no ambiente escolar. Não obstante, também almeja-se que as práticas escolares estejam alinhadas com a alimentação saudável e com a educação alimentar e nutricional não só dos estudantes, mas também de seus familiares.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Associar a adesão de pais às diretrizes do Guia Alimentar para a População Brasileira com o consumo alimentar de seus filhos e o perfil antropométrico de crianças com idade entre 4 a 6 anos, de escolas públicas na cidade de Juiz de Fora MG.

4.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar as escolhas alimentares de pais de crianças de 4 a 6 anos;
- Caracterizar o consumo alimentar e o perfil antropométrico de crianças de 4 a 6 anos;
- Identificar a associação da adesão de pais às diretrizes do Guia Alimentar para a População Brasileira sobre o perfil nutricional (peso, altura, IMC, perímetro da cintura; consumo alimentar) das crianças de 4 a 6 anos.

5 MATERIAL E MÉTODOS:

5.1 ÁREA DO ESTUDO:

O município de Juiz de Fora integra a mesorregião da Zona da Mata mineira, localizando-se a 269,0 Km da capital do estado, Belo Horizonte. São 1.435,749 Km² de área total da cidade, com o perímetro urbano constituindo 317,740 Km². Possui um índice de desenvolvimento humano (IDHM) de 0,778, seu produto interno bruto (PIB) é 35.145,34 reais (IBGE, 2023).

5.2 DELINEAMENTO E POPULAÇÃO DO ESTUDO:

Trata-se de um estudo epidemiológico de delineamento transversal, de caráter descritivo e analítico. Serão incluídos nas coletas de dados participantes entre 4 a 6 anos, de ambos os sexos, matriculados em escolas da rede municipal de Juiz de Fora – MG e seus respectivos pais.

5.3 AMOSTRA:

Para o cálculo amostral utilizou-se o software Epi Info™ (versão 7.2.2.6, Centers for Disease Control and Prevention, EUA), considerou-se o número total de 6000 alunos matriculados na Educação Infantil, em 2021-2022, referentes às idades de 4-6 anos, segundo o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP 2019); prevalência de consumo de alimentos ultraprocessados na população de 24-59 meses de 93% (ENANI, 2019); precisão em torno da prevalência de 4%, com erro-padrão de 1% e intervalo de confiança de 95%. Considerando-se 20,0% de perdas, em virtude das ausências eventuais de alunos nos dias das coletas de dados ou das recusas para a participação, chegou-se a um tamanho amostral mínimo de 184 crianças.

5.4 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES:

Não foram incluídas no estudo as instituições dirigidas à assistência de pessoas com deficiência, assim como aquelas em que o tamanho da amostra fosse inferior a dez ($n < 10$).

A seleção dos participantes ocorreu mediante as respectivas etapas:

a) amostragem por conglomerados: as escolas públicas municipais elegíveis foram designadas de maneira aleatória simples nas regiões do município, tidas como “unidades de amostragem”;

b) amostragem estratificada: das 85 escolas públicas do município, após amostragem por conglomerados, 27 escolas foram selecionadas, mas 20 escolas aceitaram participar da pesquisa;

c) amostragem aleatória simples: os diários de classe foram solicitados, sendo reordenados com auxílio de um gerador de números aleatórios do software StatsTM (versão 2.0; Decision Analyst, EUA). Os participantes foram nomeados à medida em que forem preenchidas as quantidades necessárias. Quando existiram recusas ou transferências de matrículas, foram convidados os(as) próximos(as) alunos(as) contidos(as) nas listagens e seus respectivos pais.

5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Crianças de idade pré-escolar entre 4 a 6 anos, de ambos os sexos, matriculados em escolas da rede municipal de ensino da área urbana do município de Juiz de Fora – MG.

5.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Pais que declararam pelas crianças uso crônico ou prolongado de medicamentos que promovam alterações no metabolismo de carboidratos e lipídeos, tais como corticoides, anticonvulsivantes e/ou anti-inflamatórios.
- Pais que declararam pelas crianças doenças crônicas não transmissíveis ou demais enfermidades que promovam alterações de ordem inflamatória.
- Pais que declararam pelas crianças que as mesmas estão em uso de marca-passo e/ou próteses ortopédicas que comprometam as avaliações antropométricas e/ou da composição corporal.
- Crianças com deficiência.

5.7 COLETA DE DADOS

Ao todo foram coletadas 221 crianças com seus respectivos pais. As coletas de dados foram conduzidas nas próprias instituições escolares, em um único dia para cada instituição, no período matutino ou vespertino apenas com a presença do escolar sorteado para a pesquisa. O questionário da pesquisa e os recordatórios 24 horas foram aplicados por meio de entrevista via contato telefônico com os pais e/ou responsáveis da criança, em formulário eletrônico editado no aplicativo KoBoToolbox e administrado por meio de tablets ou celulares com sistema operacional Android. Os procedimentos empregados encontram-se descritos nos itens subsequentes.

5.7.1 VARIÁVEIS ANTROPOMÉTRICAS E DE COMPOSIÇÃO CORPORAL

5.7.1.1 PESO

O peso foi aferido em momento único através da balança Tanita Ironman TM (modelo BC-553; *Tanita Corporation*, Japão), com capacidade máxima para 136,0 Kg e divisão de 50,0 g. Os participantes foram avaliados em posição ortostática, no centro da plataforma, descalços e vestindo roupas leves (LOHMAN; ROCHE; MARTORELL, 1988).

5.7.1.2 ESTATURA

A estatura foi obtida por meio do estadiômetro Altuxata® (Altuxata, Brasil), com escala em centímetros e precisão de 1,0 mm. Os participantes foram colocados de costas para o marcador, em posição ortostática, descalços e com os pés unidos pelos tornozelos (LOHMAN; ROCHE; MARTORELL, 1988).

5.7.1.3 ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)

O excesso de peso foi determinado com o auxílio do *software* WHO AnthroPlus® (versão 1.0.4; *World Health Organization*, Suíça), pela categorização do índice de massa corporal – fração entre o peso (Kg) e a estatura (m^2) – em relação ao sexo e à idade (de ONIS et al., 2007). Sendo classificados nos seguintes pontos de corte: Baixo IMC para idade < Percentil 3, IMC adequado ou eutrófico \geq Percentil 3 e < Percentil 85 e sobrepeso \geq Percentil 85 e < Percentil 97 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

5.7.1.4 PERÍMETRO DO PESCOÇO

O perímetro do pescoço foi aferido no ponto médio entre a espinha dorsal e o pescoço anterior, por meio de fita métrica flexível e inelástica disposta na perpendicular do eixo longitudinal, no nível imediatamente abaixo da proeminência laríngea (GONÇALVES et al., 2014). Diante da inexistência de consenso sobre pontos de corte específicos para crianças, o diagnóstico de risco será atribuído aos que exibirem medida $\geq 90^{\circ}$ percentil da amostra, segundo o sexo e a idade.

5.7.1.5 PERÍMETRO DA CINTURA

O perímetro da cintura foi aferido no ponto médio entre a margem inferior da última costela e a borda superior da crista ilíaca, por meio de fita métrica flexível e inelástica disposta no plano horizontal, estando o participante na posição ortostática, em expiração, descalço e com os pés levemente separados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

O diagnóstico de risco será atribuído às crianças que exibirem medida $\geq 90^{\circ}$ percentil da amostra, segundo o sexo e a idade, já que não há pontos de corte estabelecidos para a faixa etária (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2007; ZIMMET et al., 2007; BACOPOULOU et al., 2015).

5.7.1.6 PERÍMETRO ABDOMINAL

O perímetro abdominal foi aferido na maior proeminência visível abdominal, logo abaixo da cicatriz umbilical, por meio de fita métrica flexível e inelástica disposta no plano horizontal, estando o participante na posição ortostática, em expiração, descalço e com os pés levemente separados (HEYWARD; STOLARCZYK, 1996). O diagnóstico de risco foi atribuído às crianças que exibirem medida $\geq 90^{\circ}$ percentil da amostra, segundo o sexo e a idade, perante a inexistência de pontos de corte estabelecidos para a faixa etária.

5.7.1.7 VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS

Os parâmetros socioeconômicos foram avaliados por meio do “Critério de Classificação Econômica Brasil” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2022). Os pais ou responsáveis pelas crianças foram

questionados em relação aos aspectos do domicílio em que residem (posses e itens de conforto), ao grau de instrução do(a) chefe de família e ao acesso a serviços públicos (água encanada e rua pavimentada), de acordo com as seguintes categorias: classe A1 42 – 46 pontos, classe A2 35 – 41 pontos, classe B1 29 – 34 pontos, classe B2 23 – 28 pontos, classe C1 18 – 22 pontos, classe C2 14 – 17 pontos, classe D 8 – 13 pontos, classe E 0 – 7 pontos.

Além disso, os participantes foram indagados sobre a renda familiar média e se recebiam algum recurso provindo de programa social do governo. Também foram coletadas informações de identificação da escola e do participante como sexo, idade, escolaridade, raça/cor, estado civil e religião.

5.7.2 CONSUMO ALIMENTAR

A avaliação do consumo alimentar infantil, foi realizada por meio de dois recordatórios de 24 horas (APÊNDICE II), que foram aplicados em dias alternados da semana nas crianças entre 4 a 6 anos .

A padronização das receitas culinárias, a conversão das quantidades relatadas em medidas caseiras para gramas e o consumo de macro e micronutrientes foram inseridos e calculados a partir de consultas às tabelas de composição de alimentos: Tabela Brasileira de composição de alimentos (TBCA), Tabela Brasileira de composição de alimentos (TACO), Tucunduva e United States Department of Agriculture Foreign Agricultural Service (USDA) (PINHEIRO et al, 2004; NEPA, 2011; PACHECO, 2011; PHILIPPI, 2013).

Foram analisadas através da média dos dois recordatórios as quantidades em gramas e a ingestão em quilocalorias de energia dos macronutrientes carboidratos, proteínas e gorduras, além do grau de processamento dos alimentos (in natura ou minimamente processados, ingredientes culinários, processados e ultraprocessados) (MONTEIRO et al, 2010; BRASIL, 2014; MONTEIRO et al, 2015; LOUZADA et al, 2015). Também foi realizado o percentual de contribuição energética dos alimentos ultraprocessados no consumo energético total diário.

5.7.3 ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SEGUNDO AS RECOMENDAÇÕES DO GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA

Foi aplicada por meio de contato telefônico com os pais ou responsáveis das crianças participantes do estudo a escala validada para adultos de Gabe e Jaime (2019) que tem por objetivo avaliar o comportamento alimentar baseado no “Guia Alimentar para a População Brasileira”, sendo composta de 24 questões que abordam as seguintes dimensões: planejamento, organização doméstica, modos de comer e escolha dos alimentos (ANEXO I).

A cada item, os participantes indicavam por meio da escala Likert de concordância com 4 pontos: nunca; raramente; muitas vezes; sempre; (os quais eram referentes à tal prática ou não em seu dia-a-dia). O escore na escala foi computado pela soma simples das respostas a esses itens (às quais são atribuídos valores de 0 a 3), que podia variar de 0 a 72 como valor máximo estabelecido. Os 13 primeiros itens referiam-se aos domínios “Organização doméstica” e “Planejamento”, sendo pontuados de modo que a resposta de máxima concordância seja a de maior valor (sempre = 3 pontos); já os 11 itens finais, opostos às recomendações referentes aos domínios “Escolhas dos alimentos” e “Modos de comer”, foram pontuados de maneira inversa (nunca = 3 pontos).

Para fins de classificação, no estudo validado por Gabe e Jaime (2020), foram desenvolvidos pontos de corte para uso no fôlder educativo ‘Como está sua alimentação?’ (Anexo I). Definiu-se pontos de corte a partir de percentis (P) de pontuação em três faixas de escore: <P25 (<32 pontos); P25 até P75 (32 a 41 pontos); e >P75 (>41 pontos). Como a finalidade do material é educativa, cada faixa de pontuação vem acompanhada de uma mensagem onde são destacados os pontos a serem melhorados na alimentação dos indivíduos.

5.8 ANÁLISE DOS DADOS

As análises estatísticas foram efetuadas por meio do *software* SPSS® (versão 21.0; SPSS Inc., EUA). Inicialmente, foram realizadas análises de verificações de consistência com intuito de assegurar a integridade do banco de

dados. Ademais, foram avaliadas as hipóteses de normalidade das variáveis contínuas, por meio do teste de *Kolmogorov-Smirnov* e de inspeções visuais dos histogramas de frequência. Para caracterização da amostra, as variáveis contínuas foram expressas em medidas de tendência central (média e mediana) e valores de dispersão (desvio-padrão e/ou mínimo, máximo); as variáveis nominais foram expressas em porcentagem. Visando comparar a média de calorias entre os dois recordatórios do consumo dos alimentos ultraprocessados e os indicadores de excesso de peso entre as três categorias do escore da adesão dos pais às recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira, foi utilizado o teste ANOVA de um fator, e entre as médias que se diferiram entre si, foi realizado o post hoc de Tukey. Para estimar a direção e o significado estatístico das associações da adesão dos pais às recomendações do Guia Alimentar para a População brasileira com o percentual de contribuição energética dos alimentos ultraprocessados no consumo energético total diário e os indicadores de excesso de peso (peso para idade e IMC-para-idade) das crianças, foi conduzido modelos de regressão linear, sem e com ajuste para características sociodemográficas.

6 ASPECTOS ÉTICOS

A realização do presente estudo esteve em conformidade com os preceitos do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob parecer nº 4.134.119/2020 (CAAE: 31086220.8.0000.5147) (Anexo II). As crianças participaram da pesquisa voluntariamente. Aos participantes foram apresentados os objetivos da pesquisa, o protocolo e os procedimentos a serem realizados com eles. Ademais, foram pontuados os riscos e benefícios atrelados à participação na pesquisa. Àqueles cujos responsáveis consentiram, foram encaminhados, por meio de link eletrônico, os seguintes documentos da pesquisa: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice III) e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Apêndice IV). Todas as informações foram confidenciais e não identificadas.

7 RESULTADOS

Foram avaliadas 20 escolas, sendo a amostra composta por 221 crianças de 4 a 6 anos e seus respectivos pais e/ou responsáveis. Em relação ao sexo dos escolares, 54,2% (n=120) são do sexo feminino, 52,4% (n=116) dos alunos avaliados frequentam o turno da tarde e 43,43% (n=96) foram autodeclarados como brancos. Com relação ao estado nutricional dos participantes avaliados, de acordo com o índice de peso por idade, 10,8% das meninas e 11,9% dos meninos apresentaram peso elevado, já o IMC por idade mostrou que cerca de 19,2% das meninas e 14,9% dos meninos apresentaram sobrepeso, conforme mostrado na tabela 1.

Tabela 1 – Características gerais de crianças de 4 a 6 anos de escolas públicas no município de Juiz de Fora, MG. Pesquisa PIPA Kids, 2022 – 2023.

Variáveis	Feminino % (n)	Masculino % (n)
Idade		
4 anos	11,7 (14)	15,8 (16)
5 anos	50,8 (61)	52,5 (53)
6 anos	37,5 (45)	31,7 (32)
Turno		
Manhã	35,0 (42)	27,7 (28)
Tarde	49,2 (59)	56,4 (57)
Integral (manhã e tarde)	15,8 (19)	14,9 (15)
Raça/Cor da pele autodeclarada		
Branco (a)	42,5 (51)	45,0 (45)
Preto (a)	20,0 (24)	13,0 (13)
Pardo (a)	37,5 (45)	42 (42)
Peso por idade		
Peso adequado (escore-z ≥ -2 e $< +2$)	89,2 (107)	88,1 (89)
Peso elevado (escore-z $\geq +2$)	10,8 (13)	11,9 (12)
Estatura por idade		
Estatura adequada (escore-z ≥ -2)	100,0 (120)	100,0 (101)
IMC ^a por idade		
Desnutrição acentuada (Escore-z < -3)	0,8 (1)	0 (0)
Magreza (Escore-z > -3 e Escore-z < -2)	1,7 (2)	2,0 (2)
Eutrofia (Escore-z ≥ -2 e $< +1$)	65,8 (79)	70,3 (71)
Sobrepeso (Escore-z $\geq +1$ e $< +2$)	19,2 (23)	14,9 (15)
Obesidade (Escore-z $\geq +2$)	12,5 (15)	12,9 (13)

^aIMC: Índice de massa corporal.

Quanto aos pais e/ou responsáveis avaliados, foi verificado que 92,3% (n=204) eram do sexo feminino, sendo 87,8% (n=194) mães e/ou madrastas com média de idade entre $36 \pm 9,9$ anos. Foi avaliada a classe socioeconômica segundo o escore da ABEP, sendo 38,5% (n=85) pertencentes a classe C2. Sobre o grau de instrução, 40,2% (n=89) dos pais e 56,6% (n=125) das mães estudaram até o ensino médio completo. A tabela 2 apresenta as características socio-demográficas.

Tabela 2 – Características sociodemográficas de crianças de 4 a 6 anos e seus respectivos pais de escolas públicas no município de Juiz de Fora, MG. Pesquisa PIPA Kids, 2022 – 2023.

Variáveis	% (n=221)
Classificação socioeconômica*	
A	1,8 (4)
B1	0,9 (2)
B2	16,7 (37)
C1	23,5 (52)
C2	38,5 (85)
DE	18,6 (41)
Benefício/Auxílio do Governo Federal	
Sim	41,6 (92)
Não	58,4 (129)
Grau de instrução do pai	
Analfabeto ou fundamental ^a I incompleto	3,2 (7)
Fundamental I ^a completo ou fundamental II ^b incompleto	14,5 (32)
Fundamental II ^b completo ou médio ^c incompleto	23,1 (51)
Médio ^c completo ou superior incompleto	40,2 (89)
Superior completo	10,9 (24)
Não sabe ou não quis responder	8,1 (18)
Grau de instrução da mãe	
Analfabeto ou fundamental I ^a incompleto	0,9 (2)
Fundamental I ^a completo ou fundamental II ^b incompleto	7,7 (17)
Fundamental II ^b completo ou médio ^c incompleto	20,9 (46)
Médio ^c completo ou superior incompleto	56,6 (125)
Superior completo	11,8 (26)
Não sabe ou não quis responder	2,1 (3)

Continua

Continuação

Condição de trabalho do pai	
Desempregado	4,1 (9)
Emprego formal	55,2 (122)
Emprego informal	25,3 (56)
Aposentado ou pensionista	2,3 (5)
Não sabe ou não quis responder	13,1 (29)
Condição de trabalho da mãe	
Desempregada	11,3 (25)
Emprego formal	39,4 (87)
Emprego informal	26,2 (58)
Aposentada ou pensionista	0,9 (2)
Do lar (ou dona de casa)	19,9 (44)
Não sabe ou não quis responder	2,3 (5)

*Critérios de Classificação Econômica Brasileira 2018 da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP (alta: classe ‘A’ ou ‘B1’; média: classe ‘B2’ ou ‘C1’; baixa: classe ‘C2’ ou ‘D -E’). aFundamental I: primário; bFundamental II: ginásio; cMédio (colegial).

A média de pontuação autorreferida no questionário dos pais foi de 35,6 \pm 9,4 pontos, com 12 pontos sendo a pontuação mínima e 60 pontos a máxima. Cerca de 34,8% dos avaliados raramente consomem frutas e/ou castanhas em seus lanches ao longo do dia e 43,9% afirmam nunca consumirem frutas em seu café da manhã. A maioria (36,7%) não compartilha as tarefas que envolvem o preparo e o consumo das refeições e 28,5% raramente compram alimentos em feiras livres ou feiras de rua. A tabela 3 demonstra de forma detalhada a distribuição das respostas aos itens das dimensões organização doméstica e planejamento, propostas na escala para adultos com base no guia alimentar.

Tabela 3 – Distribuição das respostas aos itens das dimensões ‘Organização doméstica’ e ‘Planejamento’ (A), do Guia alimentar para a população brasileira, de pais e/ou responsáveis de crianças de 4 a 6 anos de escolas públicas no município de Juiz de Fora, MG. Pesquisa PIPA Kids, 2022 - 2023.

Variáveis	Nunca % (n)	Raramente % (n)	Muitas vezes % (n)	Sempre % (n)
Categoria A				
Quando faço pequenos lanches ao longo do dia, costumo comer frutas ou castanhas.	10,9 (24)	34,8 (77)	30,3 (67)	24,0 (53)
Quando escolho frutas, verduras e legumes, dou preferência para aqueles que são de produção local.	29,0 (64)	18,6 (41)	26,7 (59)	25,8 (57)
Quando escolho frutas, verduras e legumes, dou preferência para aqueles que são orgânicos.	54,8 (121)	24,0 (53)	12,2 (27)	9,0 (20)
Costumo levar algum alimento comigo para caso eu sinta fome ao longo do dia.	44,8 (99)	13,6 (30)	15,4 (34)	26,2 (58)
Costumo planejar as refeições que farei no dia.	34,4 (76)	19,0 (42)	10,4 (23)	36,2 (80)
Costumo variar o consumo de feijão por ervilha, lentilha ou grão de bico.	85,1 (188)	9,5 (21)	1,8 (4)	3,6 (8)
Na minha casa é comum usarmos farinha de trigo integral	69,2 (153)	19,0 (42)	6,3 (14)	5,4 (12)
Costumo comer fruta no café da manhã.	43,9 (97)	24,9 (55)	15,8 (35)	15,4 (34)
Costumo fazer minhas refeições sentado(a) à mesa.	24,0 (53)	14,0 (31)	15,4 (34)	46,6 (103)
Procuro realizar as refeições com calma.	18,1 (40)	22,2 (49)	24,9 (55)	34,8 (77)
Costumo participar do preparo dos alimentos na minha casa.	2,3 (5)	22,2 (49)	24,9 (55)	34,8 (77)
Na minha casa compartilhamos as tarefas que envolvem o preparo e consumo das refeições.	36,7 (81)	16,3 (36)	19,5 (43)	27,6 (61)
Costumo comprar alimentos em feiras livres ou feiras de rua.	24,9 (55)	28,5 (63)	22,2 (49)	24,4 (54)

A tabela 4, por sua vez, demonstra a distribuição das respostas aos itens das dimensões escolhas dos alimentos e modos de comer. Observa-se que 30,8% costumam sempre realizar as suas refeições sentadas no sofá da sala ou na cama e 38,0% afirmam beber sucos industrializados, como de caixinha, em pó, garrafa ou lata. Cerca de 20,4% sempre costumam beber refrigerantes, e 70,1% referem ter o costume de colocar açúcar quando bebem cafés e chás.

Tabela 4 – Distribuição das respostas aos itens das dimensões ‘Escolha dos alimentos’ e ‘Modos de comer’ (B) do Guia alimentar para a população brasileira, de pais e/ou responsáveis de crianças de 4 a 6 anos de escolas públicas no município de Juiz de Fora, MG. Pesquisa PIPA Kids, 2022 - 2023.

Variáveis	Nunca % (n)	Raramente % (n)	Muitas vezes % (n)	Sempre % (n)
Categoria B				
Aproveito o horário das refeições para resolver outras coisas e acabo deixando de comer.	43,4 (96)	19,9 (44)	21,3 (47)	15,4 (34)
Costumo fazer as refeições à minha mesa de trabalho ou estudo.	75,1 (166)	12,2 (27)	6,3 (14)	6,3 (14)
Costumo fazer minhas refeições sentado(a) no sofá da sala ou na cama.	32,1 (71)	19,5 (43)	17,6 (39)	30,8 (68)
Costumo pular pelo menos uma das refeições principais (almoço e jantar).	33,0 (73)	24,4 (54)	27,1 (60)	15,4 (34)
Costumo comer balas, chocolates e outras guloseimas.	12,7 (28)	39,8 (88)	28,1 (62)	19,5 (43)
Costumo beber sucos industrializados, como de caixinha, em pó, garrafa ou lata.	15,4 (34)	22,6 (50)	24,0 (53)	38,0 (84)
Costumo frequentar restaurantes fast-food ou lanchonetes.	27,6 (61)	50,2 (111)	15,8 (35)	6,3 (14)
Tenho o hábito de beliscar no intervalo entre as refeições.	31,2 (69)	19,0 (42)	19,9 (44)	29,9 (66)
Costumo beber refrigerante.	13,6 (30)	39,8 (88)	26,2 (58)	20,4 (45)
				Continua

				Continuação
Costumo trocar a comida do almoço ou jantar por sanduíches, salgados ou pizza.	35,7 (79)	39,8 (88)	17,6 (39)	6,8 (15)
Quando bebo café ou chá, costumo colocar açúcar.	18,6 (41)	5,0 (11)	6,3 (14)	70,1 (155)

A tabela 5 descreve o consumo alimentar de acordo com o grau de processamento, na qual pode ser observado que a média de consumo energético total para as meninas foi de $1264,12 \pm 574,95$ Kcal e para os meninos de $1452,39 \pm 658,93$ Kcal. A média de consumo energético proveniente dos alimentos ultra-processados foi de $459,67 \pm 298,30$ Kcal, sendo $428,97 \pm 274,24$ Kcal para meninas e $490,37 \pm 322,37$ para os meninos. A contribuição energética dos alimentos ultraprocessados no consumo energético total diário foi de 33,93% para o sexo feminino e de 33,76% para o sexo masculino. O percentual de contribuição energética dos alimentos *in natura* ou minimamente processados foi de 45,09% no sexo feminino e 45,06% no sexo masculino.

Tabela 5 – Características do consumo alimentar por grau de processamento de crianças de escolas públicas no município de Juiz de Fora, MG. Pesquisa PIPA Kids, 2022 - 2023.

Variáveis	Feminino	Masculino
	Média \pm DP / Mediana (min-max)	Média \pm DP / Mediana (min-max)
Alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados		
Energia (Kcal)	570,08 \pm 349,62	654,51 \pm 319,77
Carboidrato (g)	75,73 \pm 53,45	80,25 (9,50 – 300,05)
Proteína (g)	36,89 \pm 23,36	39,84 \pm 23,48
Gordura (g)	13,80 (0,05 – 54,30)	17,51 \pm 10,14
Ingredientes culinários		
Energia (Kcal)	27,0 (0,0 – 739,0)	32,0 (0,0 – 549,5)
Carboidrato (g)	6,83 (0,0 – 62,10)	0,00 (0,0 – 208,20)
Proteína (g)	0,0 (0,0 – 7,45)	0,0 (0,0 – 0,35)
Gordura (g)	1,00 (0,0 – 74,90)	3,0 (0,0 – 33,0)
Alimentos processados		
Energia (Kcal)	141,50 (0,0 – 1286,0)	149,50 (0,0 – 3252,0)
Carboidrato (g)	23,65 (0,0 – 156,80)	26,65 (0,00 – 364,35)
Proteína (g)	5,22 (0,0 – 44,10)	5,70 (0,0 – 68,10)
Gordura (g)	2,62 (0,0 – 75,90)	2,15 (0,0 – 182,80)
Alimentos ultraprocessados		
Energia (Kcal)	428,97 \pm 274,24	490,37 \pm 322,37

Continua

Continuação		
Carboidrato (g)	53,70 (0,0 – 249,10)	66,95 (0,0 – 263,90)
Proteína (g)	6,07 (0,0 – 52,50)	6,95 (0,0 – 748,0)
Gordura (g)	12,97 (0,0 – 82,95)	18,44 ± 13,74
Energia e macronutrientes totais		
Energia (Kcal)	1264,12 ± 574,95	1452,39 ± 658,93
Carboidrato (g)	176,54 ± 81,55	199,31 ± 95,17
Proteína (g)	55,82 ± 25,96	59,18 ± 27,70
Gordura (g)	42,00 ± 22,76	45,75 (8,55 – 222,45)

DP, desvio padrão; Min, mínimo; Max, máximo.

A tabela 6 apresenta a comparação dos indicadores de excesso de peso das crianças de 4 a 6 anos entre as três categorias do escore da adesão dos pais às recomendações do Guia Alimentar para a população Brasileira. Não houve diferença significativa, comparando a pontuação dos pais com os indicadores de excesso de peso das crianças.

Tabela 6 – Comparação dos indicadores de excesso de peso de crianças de 4 a 6 anos de escolas públicas no município de Juiz de Fora, MG entre as três categorias do escore da adesão dos pais às recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira. Pesquisa PIPA Kids, 2022 - 2023.

Variáveis	Perímetro abdominal		
	Média (n)	Desvio Padrão	p*
Baixo [¶]	56,72 (76)	7,91	0,97
Médio [¶]	56,98 (85)	7,03	
Alto [¶]	56,75 (60)	6,52	
	Perímetro da cintura		
Baixo [¶]	55,12	6,56	0,77
Médio [¶]	54,94	5,82	
Alto [¶]	54,39	5,71	

Continua

			Continuação
Perímetro do pescoço			
Baixo [¶]	25,94 (76)	2,10	
Médio [¶]	26,03 (85)	2,32	0,96
Alto [¶]	25,96 (60)	2,00	
Índice de massa corporal (IMC)			
Baixo [¶]	0,37 (76)	1,38	
Médio [¶]	0,67 (85)	1,67	0,34
Alto [¶]	0,65 (60)	1,07	

Teste ANOVA one way; $p^ < 0,05$

¶ Classificação da pontuação: Baixo, <P25 (<32 pontos); Médio, P25 até P75 (32 a 41 pontos); e alto, >P75 (>41 pontos).

A tabela 7 expõe a diferença entre as médias das três categorias do escore da adesão dos pais às recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira com o consumo de calorias dos alimentos ultraprocessados das crianças. Observa-se que há diferença entre os pais que apresentaram uma pontuação baixo com um consumo maior de calorias provenientes de alimentos ultraprocessados pelas crianças e também entre quem apresentou uma pontuação alta, havia um consumo menor de calorias provenientes de alimentos ultraprocessados.

Tabela 7 – Diferença entre as médias das três categorias do escore da adesão dos pais às recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira com o consumo de Kcal dos alimentos ultraprocessados de crianças de 4 a 6 anos de escolas públicas no município de Juiz de Fora, MG. Pesquisa PIPA Kids, 2022 - 2023.

Variáveis		Alimentos ultraprocessados (Kcal)			p*
(I)	(J)	Diferença Média (I-J)	Intervalo de Confiança		
Baixo [¶] (I)	Médio	12,88	-97,14 – 122,91	0,95	
	Alto	116,67 ^a	-3,68 – 237,03	0,05	
Médio [¶]	Baixo	-12,88	-122,91 – 97,14	0,95	
	Alto	103,78	-13,72 – 221,30	0,09	
Alto [¶]	Baixo	-116,67 ^b	-237,03 – 3,68	0,05	
	Médio	-103,78	-221,30 – 13,72	0,09	

*Teste ANOVA one way, com post hoc de Tukey (diferentes letras sobrescritas ('a' e 'b') indicam que as proporções diferiram significativamente) ; p< 0,05

¶ Classificação da pontuação: Baixo, <P25 (<32 pontos); Médio, P25 até P75 (32 a 41 pontos); e alto, >P75 (>41 pontos).

A tabela 8 representa o modelo de regressão logística linear para associações da adesão dos pais às recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (variáveis independentes) com a contribuição energética dos alimentos ultraprocessados e características sociodemográficas das crianças. Observou-se que a porcentagem de contribuição energética dos alimentos ultraprocessados é inversamente proporcional a soma do escore, ou seja, quanto maior a pontuação dos pais no questionário, menor o consumo de quilocalorias provenientes de alimentos ultraprocessados pelas crianças e quanto menor a pontuação no questionário dos pais, maior o consumo de quilocalorias dos alimentos ultraprocessados pelas crianças. Observando as características socioeconômicas, notou-se que quanto maior a soma da ABEP maior a soma do questionário dos pais, assim sendo, pais que possuem

uma classificação econômica melhor em relação à ABEP, apresentam maior a adesão dos pais às recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira.

Tabela 8 – Modelo de regressão logística linear para associações da adesão dos pais às recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (variáveis independentes) com a contribuição energética dos alimentos ultraprocessados e características sociodemográficas de crianças de 4 a 6 anos de escolas públicas no município de Juiz de Fora, MG. Pesquisa PIPA Kids, 2022 - 2023.

Variáveis	Pontuação escore questionário						IC [†]	p*
	Coeficiente ^β não padronizado	Coeficiente ^β padronizado	R Sem ajuste	R ² Sem ajuste	R ² ajustado			
% Contribuição energética	-5,37	-0,17	0,47	0,22	0,21	0,41 – 0,70	< 0,0001	
Soma ABEP	0,56	0,44				-9,01 – -1,73	< 0,0001	

IC - Intervalo de Confiança; *p < 0,05

8 DISCUSSÃO:

Este estudo examinou a adesão as recomendações do Guia Alimentar para a População brasileira dos pais ou responsáveis com o consumo alimentar de alimentos ultraprocessados e o estado nutricional de crianças entre 4, 5 e 6 anos, onde constatou que os filhos possuem um comportamento alimentar semelhante ao de seus pais.

Estudos internacionais e brasileiros mostram associações consistentes entre padrão alimentar e características sociais, econômicas e de estilo de vida, e apresentam outros fatores que também podem interferir nos padrões de consumo alimentar, como tamanho do domicílio, estado civil e raça/cor da pele do indivíduo (SICHERI, 2003; PÉREZ-TEPAYO, 2020; CUNHA, 2022).

Neste trabalho foi observado que a maior parte da amostra se encontrava na classe C2, segundo o escore da ABEP. O estudo de Lourenço et al. (2018) mostrou que as crianças pertencentes a famílias de classes socioeconômicas mais baixas apresentaram maior risco de estarem no grupo de ganho de peso rápido. Também há outros estudos que demonstraram associação do baixo nível socioeconômico com o excesso de peso, como resultado do acesso fácil a alimentos ultraprocessados, de alta densidade energética e de baixo valor nutricional (ONG, 2006; LOURENÇO et al, 2018). Xie et al (2003); Aranceta et al (2003); Silva et al (2012) verificaram que o consumo de dietas com altos teores de gordura é maior entre jovens de mais baixo nível socioeconômico.

As mudanças no padrão alimentar em países de baixa e média renda, como o Brasil, são comumente descritas em termos do conceito de “transição nutricional”, desenvolvido por Barry Popkin para caracterizar as tendências seculares nos padrões nutricionais resultantes de mudanças na ingestão alimentar como consequência de mudanças econômicas, mudanças sociais, demográficas e de saúde (POPKIN, 2022). Com o aumento do preço dos alimentos *in natura* e produtos de origem animal nos últimos anos e as sucessivas reduções no preço dos alimentos ultraprocessados no Brasil (MAIA, 2020), um padrão alimentar de alto consumo de alimentos ultraprocessados e baixa diversidade alimentar e de alimentos *in natura* pode se tornar mais pronunciado entre as crianças brasileiras nos próximos anos. Ser capaz de quantificar e categorizar estas tendências alimentares é importante para o desenvolvimento de políticas que visem abordar os impulsionadores destes padrões alimentares (SCRINIS, 2023).

A maior parte da amostra pertencente ao grupo dos pais foi composta por mulheres que estudaram até o ensino médio completo. Um estudo analisou a influência da instrução materna e da renda familiar sobre a adesão ao padrão obesogênico de consumo alimentar; o menor grau de escolaridade materna esteve negativamente associado, de maneira significativa, em todos os percentis, a esse padrão, enquanto a menor renda se associou negativamente aos percentis finais da distribuição ($p > 95$) (SILVA et al, 2012).

Alguns estudos apontaram que quando os pais consumiam alimentos saudáveis em frente ou junto aos filhos, ensinavam, 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 (RUSSEL, 2022; FRIES, 2017; MELO, 2017; BENETT, 2017; SANTOS, 2021). Este achado vai ao encontro do que foi encontrado pelo presente estudo onde observou-se que há diferença entre os pais que apresentaram uma pontuação baixa no escore do questionário de adesão as recomendações do Guia com o consumo maior de calorias provenientes de alimentos ultraprocessados pelas crianças e os pais que possuem uma pontuação alta com um menor consumo energético provindos de alimentos ultraprocessados pelas crianças.

Alguns estudos demonstram algumas práticas alimentares realizadas em casa e que podem refletir em uma alimentação inadequada nos filhos: O estudo de ARDAKAN et al (2023) avaliou que os adolescentes que realizavam mais refeições familiares por semana apresentaram menor percentil de IMC. Foi observado também que aqueles adolescentes com três ou mais refeições familiares por semana estavam no grupo de peso normal comparando com aqueles que fizeram duas ou menos refeições em família que estavam acima do peso (ARDAKAN et al, 2023). Um estudo revelou que filhos de pais que pulam o café da manhã têm maior probabilidade de pular o café da manhã, consumir alimentos mais ricos em energia e pobres em nutrientes e têm maior probabilidade de ter excesso de peso (QUIGLEY, 2011; MAHMOOD et al, 2021).

Além dos dados acima, outro estudo mostrou que pais com obesidade que não tentam controlar o seu próprio peso com uma dieta têm as médias mais baixas de todos os grupos, indicando que se envolvem em menos práticas alimentares estruturadas e são menos propensos a promover a autonomia alimentar dos seus filhos (ROBERTS, 2018). Um estudo realizado com crianças de 2 a 5 anos no Reino Unido descobriu que comer a mesma comida que os pais era o melhor preditor do consumo

de vegetais em idade pré-escolar. Assim, as frequências de consumo de frutas, vegetais e grãos integrais foram associadas positivamente com a disponibilidade de vegetais, refeições familiares e café da manhã, e inversamente com *fast food*. Refrigerantes e lanches foram positivamente associados a refeições televisivas e *fast food*, enquanto refrigerantes foram inversamente associados à frequência do café da manhã (LIPSKY, 2015; SCAGLIONI, 2018).

Descobertas anteriores também mostraram que a frequência das refeições familiares pode controlar o desenvolvimento da obesidade entre crianças e adolescentes (HAMMONS, 2010). O que demonstra a importância deste estudo realizado em idades menores onde os hábitos estão sendo formados e pode persistir na adolescência e vida adulta. Estudos já demonstram associações entre o ambiente alimentar familiar e os comportamentos relacionados ao balanço energético consumido pelas crianças (BERE; KLEPP, 2005; BLAINE et al, 2017; GIBSON et al, 2020; RESNICOW et al, 1997; RUSSELL et al, 2007).

Um estudo transversal que incluiu 1.632 crianças do ensino fundamental no Japão mostrou que seus hábitos de lanches eram afetados pelos hábitos alimentares paternos, por exemplo, as crianças não consumiam vegetais como lanches porque não eram oferecidos pelos pais. Ao passo que o consumo de frutas e verduras pelas crianças como lanches foi alto em lares com maior consumo de frutas e verduras entre os pais, bem como a disponibilidade de frutas e verduras (TENJIN et al, 2020; MAHMOOD et al, 2021).

Uma Escala de Ação na Hora das Refeições dos Pais (PMAS) foi desenvolvida entre 439 pais e 541 mães nos Estados Unidos para examinar as dimensões dos comportamentos na hora das refeições usados pelos pais na dieta e no peso dos filhos. Os resultados mostraram que os pais podem ser influenciados pelo seu ambiente e cultura, o que também pode afetar as suas escolhas alimentares, sugerindo que os padrões alimentares e o estado nutricional dos seus filhos também podem ser alterados em conformidade (HENDY, 2009).

Na Escócia, uma coorte de crianças acompanhadas durante 10 anos sugeriu que é necessário determinar as características das práticas familiares na hora das refeições para aumentar a qualidade da dieta e melhorar os comportamentos alimentares das crianças, tais como acesso reduzido a ver televisão durante as refeições, tamanho das porções, sentar-se à mesa, além do envolvimento social entre pais e

filhos (SKAFIDA, 2013). Da mesma forma, o Estudo Longitudinal de Desenvolvimento Infantil de Quebec investigou o efeito das refeições familiares frequentes nas crianças, e os resultados mostraram que as crianças que tinham um melhor ambiente de refeições familiares aos 6 anos de idade apresentavam níveis mais baixos de consumo de refrigerantes e níveis mais elevados de aptidão física. quando completaram 10 anos (HARBEC, 2018; MAHMOOD, 2021).

A participação e o planejamento das refeições também oferecem benefícios à saúde das crianças. Estudos mostraram que o envolvimento das crianças nas preparações culinárias promove um aumento no consumo de porções diárias de alimentos saudáveis, tais como frutas e verduras e um menor consumo de alimentos gordurosos e bebidas açucaradas (CHU; STOREY; VEUGELERS, 2014; HORST; FERRAGE; RYTZ, 2014). No mundo agitado de trabalho em que vivem atualmente as famílias, os pais dedicam pouco tempo aos filhos, e menos ainda a sua alimentação, e recompensam sua ausência com passeios a restaurantes do tipo fast-food ou com a compra de guloseimas e refrigerantes, que, em sua maioria, são pouco saudáveis (SILVA et al, 2012).

Um estudo transversal realizado em 17 escolas primárias na cidade de Dunedin, na Nova Zelândia vai ao encontro do presente estudo, onde descobriu que, através de um bom modelo de papel parental, uma maior qualidade da dieta parental estava associada a um menor consumo de bolos, chocolate, biscoitos e pratos salgados em crianças (DAVIDSON et al, 2017; MAHMOOD, 2021). Um estudo transversal incluiu 13.305 crianças em nove países europeus e encontrou associações (OR entre 1,40 e 2,42, $p < 0,02$) entre o modelo parental de alimentos saudáveis com os hábitos alimentares das crianças, ingestão alimentar e preferências por frutas e vegetais (DE BOURDEAUDHUIJ et al, 2008; MAHMOOD, 2021).

Enquanto área de estudo, o objeto da saúde coletivo é o processo social que está circunscrito no escopo daquilo que se compreende por saúde. Tomando como objeto as questões sociais que permeiam a saúde, não é possível compreender este campo de estudo como circunscrito a determinadas especialidades, pelo contrário, torna-se indispensável que profissionais de múltiplos campos acadêmicos somem-se às discussões e pesquisas realizadas.

O presente estudo é um exemplo concreto da vocação multiprofissional da área de Saúde Coletiva. Pode-se elencar as seguintes características que relacionam-se com o objeto de pesquisa (a interferência da alimentação dos pais nos hábitos alimentares dos filhos): destaque para o processo social que envolve o objeto de pesquisa e sua influência na saúde dos grupos sociais abarcados no estudo; foco em questões sociais e não nas doenças ou sintomas; questionamento das práticas sociais estabelecidas sobre alimentação; reflexão dialógica sobre comportamentos alimentares e grupos sociais; levantamento estatístico dos dados coletados.

O primeiro ponto está relacionado com a questão central da saúde coletiva, a influência dos processos sociais na qualidade da saúde. Por ser uma pesquisa ancorada nos pressupostos da nutrição, a perspectiva adotada coloca o foco sobre as práticas alimentares dos pais e a influência desta na alimentação dos filhos. Desta forma, procura-se relacionar o consumo alimentar e o estado nutricional das crianças através do ambiente social que as rodeia. Interligado ao primeiro ponto está o foco nas questões sociais que envolvem o objeto de pesquisa. O estudo não foca na obesidade ou em outros problemas de saúde que possam ser observados pelos dados, mas sim procura analisar como o ambiente social da criança contribui para que ela esteja ou não suscetível a tais doenças. Dessa maneira a questão problema da pesquisa não está ancorada na doença, mas, como foi supracitado, em processos sociais.

Outro elemento importante nas pesquisas em saúde coletiva é o questionamento de práticas sociais estabelecidas, visto que elas podem ser fatores desencadeantes de problemas de saúde. No caso da nutrição, as práticas alimentares precisam sempre ser repensadas, tendo em vistas os hábitos sociais cultivados pelas pessoas, as quais estão cada vez mais suscetíveis a influências digitais de propagandas, escassez de tempo para preparo das refeições e também à oferta de alimentos industrializados para lanches rápidos. Nesta pesquisa, questiona-se os hábitos alimentares dos pais e a forma com que eles podem influenciar seus filhos nas refeições.

A reflexão dialógica também é uma das características da saúde coletiva enquanto campo de produção do conhecimento. A compreensão de que é preciso criar redes de conhecimento para que possam ser estabelecidas abordagens multiprofissionais que estabeleçam discussões entre os campos de saberes. No caso desta pesquisa, a realização de um levantamento estatístico feito com a formulação de um

banco de dados próprio é um exemplo da rede que é estabelecida entre campos de saberes distintos.

Abordados os aspectos mais amplos que caracterizam o objeto de pesquisa como um estudo ancorado na área de saúde coletiva, deve-se destacar alguns pontos específicos que corroboram os pontos supracitados. Entre esses pontos deve-se destacar a faixa etária alvo do empreendimento acadêmico, a infância. Este é um período no qual o indivíduo está desenvolvendo inúmeras capacidades que o acompanharão ao longo das demais fases da vida. Não é um estágio da vida que possa ser menosprezado, visto que perturbações que possam afetar o curso saudável de um indivíduo nessa fase irão ocasionar consequências futuras. Assim, ressalta-se o processo social que envolve a formação das crianças durante a infância, tendo em vista que a opção por uma alimentação não-saudável desencadeará em consequências ruins para a saúde. Adentra-se, portanto, em uma discussão dialógica, visto que as crianças não constroem seus hábitos alimentares sem a participação de um adulto, visto que estão inseridas em núcleos familiares nos quais os provedores são pessoas adultas. Portanto, a relação entre as crianças e seus responsáveis torna-se nuclear para o estudo sobre os hábitos alimentares na infância, porque existe uma relação de interdependência, visto que muitas escolhas são direcionadas, ou mesmo realizadas, pelos pais.

Então, a identificação dos hábitos das crianças passa por um estudo sobre os hábitos dos pais e como estes modelam em maior ou menor grau a alimentação de seus filhos. Assim, as escolhas e práticas alimentares serão responsáveis pela boa ou má qualidade de vida daqueles indivíduos em suas fases de vida seguintes, porque a alimentação saudável perpassa um processo formativo no qual o adulto é instrumento de orientação.

Não obstante, é importante entender como a obesidade está relacionada com uma cadeia de fatores, sendo que muitos deles estão relacionados a questões sociais, como os hábitos alimentares. Destaca-se o consumo de alimentos processados e ultraprocessados, os quais geram significativos impactos na alimentação das crianças em idade escolar, principalmente no que diz respeito aos lanches rápidos no horário do intervalo. Essa característica cria a necessidade de uma reflexão dialógica sobre a importância de uma educação alimentar e nutricional dentro do ambiente escolar que possa gerar reflexos no núcleo familiar da criança. Compreender que existe uma rede

de conhecimento para a criança que tem o lar e a escola como nucleares. A criação de ações educativas voltadas para a alimentação irá gerar em ganhos como a prevenção de doenças, redução do índice de obesidade e formará indivíduos conscientes sobre os impactos da alimentação saudável em seu cotidiano.

O Brasil como um país inserido no contexto latino americano compartilha algumas características com os países vizinhos, entre elas o fato do consumo de alimentos processados e ultraprocessados ter aumentado significativamente (PAHO, 2015). A tendência de aumento do consumo desses alimentos é mais nítida nas áreas metropolitanas do país e apresenta um aumento significativo constante desde os anos 1980, sendo que a partir dos anos 2000 fica mais homogênea uma ampliação do consumo de processados e ultraprocessados por todo o restante do país (MARTINS, 2013), esse crescimento na ingestão de alimentos desses tipos contribui para o aumento significativo do sobrepeso e da obesidade em todas as faixas etárias (LOUZADA, 2015). Quase um terço das crianças com menos de dois anos de idade já bebe refrigerante e sucos artificiais contendo açúcar, e mais de 60% comem biscoitos e bolos (IBGE, 2015). Tais constatações trazem a necessidade de reflexões sobre as práticas sociais estabelecidas, visto que os hábitos alimentares ruins na infância podem refletir consequências danosas para o indivíduo (LOBSTEIN, 2015, HENRIQUES, 2018).

Ações de educação alimentar e nutricional devem ser somadas a práticas criativas de incentivo à ingestão de alimentos mais saudáveis que precisam ser trabalhadas em ambiente educacional. Essas práticas devem orientar e incentivar a comunidade escolar à promoção da saúde e prevenção de doenças. O desenvolvimento desde a infância de hábitos saudáveis de vida leva à prevenção de doenças, como doenças crônicas não-transmissíveis (hipertensão, obesidade, diabetes mellitus tipo 2, câncer, doenças cardiovasculares), não obstante auxiliam no controle de doenças nutricionais como anemia por deficiência de ferro e deficiência de vitaminas.

É preciso reconhecer que muitas questões sociais permeiam a formação das crianças e refletem em consequências futuras, positivas ou negativas. Tal reconhecimento das vulnerabilidades que o indivíduo possui durante a infância é um ponto de partida para que sejam adotadas políticas públicas, projetos e ações para que seja oferecido às crianças uma formação que contemple um ambiente saudável em várias

dimensões de suas vidas. No caso deste trabalho, entende-se que os hábitos alimentares constituem uma dimensão importante e nuclear da vida desses indivíduos, visto que práticas saudáveis de alimentação contribuirão para a melhoria do desempenho escolar, assim como na prevenção e manutenção de um bom estado de saúde durante essa etapa da vida. Estratégias de atenção à saúde passam por um trabalho coletivo que engloba equipe multiprofissionais e, no caso das crianças, a escola é um ente necessário nesse processo de construção de um perfil de vida com hábitos saudáveis.

Portanto, existem muitas interseções nas relações estabelecidas entre este trabalho de pesquisa e o campo acadêmico da saúde coletiva. Levando em consideração os argumentos supracitados e o arcabouço teórico adotado no presente estudo, nota-se que há uma contribuição dos resultados não só para a área da nutrição, mas também para a educação em saúde, prevenção de doenças e consciência das práticas alimentares. Ademais, os processos sociais destacados no estudo estão relacionados com a multidisciplinaridade do programa de pós-graduação.

Os pontos fortes do estudo consistem em: abordar um tema complexo como a parentalidade alimentar, na qual estão envolvidos fatores sociais, ambientais e biológicos; a ausência de estudos com populações semelhantes; coleta de dados tanto das crianças quanto das famílias em um município de médio porte; avaliação do consumo alimentar de crianças pré-escolares.

Entretanto, existem algumas limitações: este estudo descreveu sobre a associação entre o hábito alimentar dos pais com o consumo alimentar e o estado nutricional de crianças entre 4, 5 e 6 anos em escolas públicas de Juiz de Fora, MG, tal fato requer cautela ao extrapolar os resultados para crianças de outras faixas etárias, assim como de escolas particulares ou estudantes de outros municípios brasileiros.

Ainda que se tenha visitado 20 escolas no município, não foi possível alcançar a amostra total de escolas, tal impossibilidade foi ocasionada por conta de recusas por parte da direção e coordenação das escolas, em liberar a realização da pesquisa em suas permanências, sem contar os desafios das instituições que aceitaram, em adequar seus espaços e horários para realização da coleta.

9 CONCLUSÃO

Conclui-se que os filhos têm um comportamento semelhante ao de seus pais e o modo que os pais organizam, planejam suas refeições, suas escolhas e os modos de comer, interferem na alimentação de seus filhos, seja de modo benéfico ou não. Foi observado também que famílias de classe socioeconômica mais alta possuem uma pontuação maior no questionário de adesão as recomendações do Guia Alimentar para a População brasileira.

Diante disso, destaca-se a importância de ações e intervenções que conscientizem acerca da adoção de hábitos de vida saudáveis, como a redução de alimentos ultraprocessados tanto pelos pais quanto pelas crianças. As ações também devem ser voltadas para a família em conjunto e não de forma individual, afim de que o comportamento alimentar adequado se torne uma referência para todos.

REFERÊNCIAS

- AMBROSI, Claudia; GRISOTTI, Márcia. The Food Guide for The Brazilian Population: an analysis in the light of social theory. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 4243-4251, 2022.
- ALBUQUERQUE, D.; NÓBREGA, C.; MANCO, L.; PADEZ, C. The contribution of genetics and environment to obesity. *Br. Med. Bull.*, 123, 159–173, 2017.
- ALBUQUERQUE, Lusyanny et al. Relação da obesidade com o comportamento alimentar e o estilo de vida de escolares brasileiros. **Nutr. clín. diet. hosp**, p. 17-23, 2016.
- ANDERSON, Sarah E.; KEIM, Sarah A. Parent–child interaction, self-regulation, and obesity prevention in early childhood. **Current obesity reports**, v. 5, p. 192-200, 2016.
- ANDRETTA, Vitória et al. Consumo de alimentos ultraprocessados e fatores associados em uma amostra de base escolar pública no Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1477-1488, 2021.
- Aranceta J, Perez-Rodrigo C, Ribas L, Serra-Majem L. Sociodemographic and lifestyle determinants of food patterns in Spanish children and adolescents: the enKid study. **Eur J Clin Nutr.** 2003; 57(Suppl 1): S40-4.
- ARDAKANI, Azam et al. Parenting Styles, Food Parenting Practices, Family Meals, and Weight Status of African American Families. **International journal of environmental research and public health**, v. 20, n. 2, p. 1382, 2023.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2022 [Internet]. Disponível em: <www.abep.org>. Acesso em: 20 Jan. 2023.
- AZEVEDO SJS. Segregação e oportunidades de acesso aos serviços básicos de saúde em Campinas: vulnerabilidades sociodemográficas no espaço intra-urbano. **Campinas: Unicamp, Núcleo de Estudos de População**; 2014.
- BATISTA FILHO M, BATISTA LV. Transição alimentar/nutricional ou mutação antropológica? **Ciência Cult**; (3):26-30. 2010.
- BENNETT, C; BLISSETT, J. Parental monitoring may protect impulsive children from overeating. **PediatrObes.** 2017;12(5):414-42.
- BIRCH L.L., FISHER J.O. Development of eating behaviours among children and adolescents. **Pediatrics.** 101:539–549, 1998.
- BIRCH, Leann L. Psychological influences on the childhood diet. **The Journal of nutrition**, v. 128, n. 2, p. 407S-410S, 1998.
- BJERREGAARD, Lise G. et al. Change in overweight from childhood to early adulthood and risk of type 2 diabetes. **New England Journal of Medicine**, 2018.

BLAIR, CLANCY, and ADELE DIAMOND. "Biological processes in prevention and intervention: The promotion of self-regulation as a means of preventing school failure." **Development and psychopathology** 20.3: 899-911, 2008.

BLAIR, Clancy; URSACHE, Alexandra. A bidirectional model of executive functions and self-regulation. **Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications**, v. 2, p. 300-320, 2011.

BORTOLINI, Gisele Ane et al. Guias alimentares: estratégia para redução do consumo de alimentos ultraprocessados e prevenção da obesidade. **Revista panamericana de salud publica**, v. 43, 2019.

BOUHOURS-NOUET, Natacha et al. High birth weight and early postnatal weight gain protect obese children and adolescents from truncal adiposity and insulin resistance: metabolically healthy but obese subjects? **Diabetes care**, v. 31, n. 5, p. 1031-1036, 2008.

Brasil, Ministério da Saúde. **Brasília: Ministério da Saúde; 2019**. Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2ª ed. Brasília: MS; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1º ed Brasília: MS; 2013.

Brasil. **Ministério da Saúde (MS)**. *Guia alimentar para a População Brasileira: promovendo alimentação saudável* Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2022.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 130 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45419.pdf>. Acesso em: 15 out. 2022.

BRASIL - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.

ALBUQUERQUE, Lusyanny et al. Relação da obesidade com o comportamento alimentar e o estilo de vida de escolares brasileiros. **Nutr. clín. diet. hosp**, p. 17-23, 2016.

- BROTMAN, Laurie Miller et al. Early childhood family intervention and long-term obesity prevention among high-risk minority youth. **Pediatrics**, v. 129, n. 3, p. e621-e628, 2012.
- CANELLA DS, LEVY RB, MARTINS APB, CLARO RM, MOUBARAC JC, BARALDI LG, CANNON G4, MONTEIRO CA. Ultra-processed food products and obesity in Brazilian households. **PLoS One** 2014; 9(3):1-6, 2009.
- CANUTO, Pollyanna Jorge et al. Relação das práticas parentais com sobrepeso e obesidade em adolescentes escolares: estudo de caso-controle. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 36, 2022.
- CAROZZO NPP, Oliveira JHA. Práticas alimentares parentais: a percepção de crianças acerca das estratégias educativas utilizadas no condicionamento do comportamento alimentar. **Psic Rev São Paulo**. 2017;26(1):187-209.
- CASEY, B. J. et al. Behavioral and neural correlates of delay of gratification 40 years later. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 108, n. 36, p. 14998-15003, 2011.
- Centers for Disease Control and Prevention. 2018. *Defining Childhood Obesity*.
- CHARAKIDA, Marietta; DEANFIELD, John E. BMI trajectories from childhood: the slippery slope to adult obesity and cardiovascular disease. **European Heart Journal**, v. 39, n. 24, p. 2271-2273, 2018.
- CHU, Y. L.; STOREY, K. E.; VEUGELERS, P. J. Involvement in Meal Preparation at Home Is Associated With Better Diet Quality Among Canadian Children. **J Nutr Educ Behav.**, v. 46, n. 4, p. 304-308, Jul. 2014.
- COELHO, C; AFONSO, L; OLIVEIRA, A. Práticas parentais de controlo alimentar: relação com o peso da criança. **Acta Port Nutr**. 9:6-11, 2017.
- COSTA, Caroline dos Santos et al. Consumo de alimentos ultraprocessados e associação com fatores sociodemográficos na população adulta das 27 capitais brasileiras (2019). **Revista de Saúde Pública**, v. 55, 2021.
- COSTA, Caroline Santos et al. Consumption of ultra-processed foods and body fat during childhood and adolescence: a systematic review. **Public health nutrition**, v. 21, n. 1, p. 148-159, 2018.
- COULTHARD, Helen; HARRIS, Gillian; EMMETT, Pauline. Long-term consequences of early fruit and vegetable feeding practices in the United Kingdom. **Public health nutrition**, v. 13, n. 12, p. 2044-2051, 2010.
- CROVETTO, M. M. et al. Household availability of ready-to-consume food and drink products in Chile: impact on nutritional quality of the diet. **Revista médica de Chile**, v. 142, n. 7, p. 850-858, 2014.
- ALBUQUERQUE, D.; NÓBREGA, C.; MANCO, L.; PADEZ, C. The contribution of genetics and environment to obesity. **Br. Med. Bull**, 123, 159–173, 2017.

CUNHA, Caroline Marques de Lima et al. Associação entre padrões alimentares com fatores socioeconômicos e ambiente alimentar em uma cidade do Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 687-700, 2022.

CUNHA, Caroline Marques de Lima et al. Associação entre padrões alimentares com fatores socioeconômicos e ambiente alimentar em uma cidade do Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 687-700, 2022.

DA COSTA LOUZADA, Maria Laura et al. The share of ultra-processed foods determines the overall nutritional quality of diets in Brazil. **Public health nutrition**, v. 21, n. 1, p. 94-102, 2018.

DANTAS, Rafaela Ramos; SILVA, Giselia Alves Pontes da. O papel do ambiente obesogênico e dos estilos de vida parentais no comportamento alimentar infantil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 37, p. 363-371, 2019.

DAVISON, Brittany et al. The association between parent diet quality and child dietary patterns in nine-to eleven-year-old children from Dunedin, New Zealand. **Nutrients**, v. 9, n. 5, p. 483, 2017.

DE BOURDEAUDHUIJ, Ilse et al. Personal, social and environmental predictors of daily fruit and vegetable intake in 11-year-old children in nine European countries. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 62, n. 7, p. 834-841, 2008.

DE COSMI, Valentina; SCAGLIONI, Silvia; AGOSTONI, Carlo. Early taste experiences and later food choices. **Nutrients**, v. 9, n. 2, p. 107, 2017.

DE MOURA, Neila Camargo. Influência da mídia no comportamento alimentar de crianças e adolescentes. **Segurança Alimentar e nutricional**, v. 17, n. 1, p. 113-122, 2010.

DE OLIVEIRA, Albanita Maria; DA SILVA OLIVEIRA, Daiany Steffany. Influência parental na formação de hábitos alimentares na primeira infância—Revisão da Literatura. **Revista Eletrônica da Estácio Recife**, v. 5, n. 2, 2019.

de ONIS, M. et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 85, n. 9, p. 660-667, Sep. 2007.

DEEB, Asma et al. Dyslipidemia and fatty liver disease in overweight and obese children. **Journal of obesity**, v. 2018, 2018.

DI SESSA, Anna et al. From the liver to the heart: Cardiac dysfunction in obese children with non-alcoholic fatty liver disease. **World journal of hepatology**, v. 9, n. 2, p. 69, 2017.

DIAMOND, ADELE et al. Preschool program improves cognitive control. **Science**, v. 318, n. 5855, p. 1387-1388, 2007.

DOLWICK, Alexander P.; PERSKY, Susan. Parental reward-based eating drive predicts parents' feeding behaviors and Children's ultra-processed food intake. **Appetite**, v. 164, p. 105241, 2021.

- DUNCAN, BB; SCHMIDT, MI; GIUGLIANI, ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3ª Ed. **Porto Alegre: Artmed** Editora; 2004.
- ESPGHAN Committee on Nutrition; Agostoni, C.; Braegger, C.; Decsi, T.; Kolacek, S.; Koletzko, B.; Michaelsen, K.F.; Mihatsch, W.; Moreno, L.A.; Puntis, J.; et al. Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. **J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr**, 49, 112–125, 2009.
- FIOLET, Thibault et al. Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: results from NutriNet-Santé prospective cohort. **bmj**, v. 360, 2018.
- FONAGY, Peter; TARGET, Mary. Early intervention and the development of self-regulation. **Psychoanalytic Inquiry**, v. 22, n. 3, p. 307-335, 2002.
- FREIRE, Paulo. **Education for critical consciousness**. Bloomsbury Publishing, 1973.
- FRIES, LR; MARTIN, N; VAN DER HORST, K. Parent-child mealtime interactions associated with toddlers' refusals of novel and familiar foods. **PhysiolBehav** 2017;176:93-100.
- GABE KT, JAIME PC. Development and testing of a scale to evaluate diet according to the recommendations of the Dietary Guidelines for the Brazilian Population. **Public Health Nutr**. 2019 Apr;22(5):785-796
- GABE, Kamila Tiemann; JAIME, Patricia Constante. Validade convergente e análise de invariância de uma escala de adesão a práticas alimentares recomendadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, 2022.
- GALLO, Sophia Karlla Almeida Motta. Comportamento alimentar e mídia: a influência da televisão no consumo alimentar de crianças do Agreste Meridional Pernambucano, Brasil. 2010. **Tese de Doutorado**. Universidade de São Paulo.
- GONÇALVES, V. S. S. et al. Neck circumference as predictor of excess body fat and cardiovascular risk factors in adolescents. **Revista de Nutrição**, v. 27, n. 2, p. 161-171, Mar./Abr. 2014.
- GONZÁLEZ, Isabel Pereyra et al. Ultra-processed food consumption and the incidence of obesity in two cohorts of Latin-American young children: A longitudinal study. **Journal of Pediatric Nursing**, 2023.
- HALL, Laura et al. Children's intake of fruit and selected energy-dense nutrient-poor foods is associated with fathers' intake. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 111, n. 7, p. 1039-1044, 2011.
- HAMMONS, AJ; FIESE, BH. A frequência das refeições familiares compartilhadas está relacionada à saúde nutricional de crianças e adolescentes? **Pediatria**. 2011; 127 :e1565–e1574. doi: 10.1542/peds.2010-1440.
- HANSSON, Lena M. et al. Associations Between Swedish Mothers' and 3-and 5-Year-Old Children's Food Intake. **Journal of nutrition education and behavior**, v. 48, n. 8, p. 520-529. e1, 2016.

HARBEC, Marie-Josée; PAGANI, Linda S. Associations between early family meal environment quality and later well-being in school-age children. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, v. 39, n. 2, p. 136-143, 2018.

HARRIS, Gillian. Development of taste and food preferences in children. **Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care**, v. 11, n. 3, p. 315-319, 2008.

HARRIS, Gillian; MASON, Sarah. Are there sensitive periods for food acceptance in infancy?. **Current nutrition reports**, v. 6, p. 190-196, 2017.

HENDY, Helen M. et al. The Parent Mealtime Action Scale (PMAS). Development and association with children's diet and weight. **Appetite**, v. 52, n. 2, p. 328-339, 2009.

HENDY, Helen M. et al. The Parent Mealtime Action Scale (PMAS). Development and association with children's diet and weight. **Appetite**, v. 52, n. 2, p. 328-339, 2009.

HENRIQUES P, O'DWYER G, DIAS PC, BARBOSA RMS, Burlandy L. Políticas de Saúde e de Segurança Alimentar e Nutricional: desafios para o controle da obesidade infantil. **Ciênc Saúde Colet** 2018; 23:4143-52.

HENRIQUES, Patrícia et al. Ideias em disputa sobre as atribuições do Estado na prevenção e controle da obesidade infantil no Brasil. **Cadernos de saúde publica**, v. 36, p. e00016920, 2020.

HEYWARD, V. H.; STOLARCZYK, L. M. Applied body composition assessment. **Champaign, IL: Human Kinetics**; 1996.

HORST, K. V. D.; FERRAGE, A.; RYTZ, A. Involving children in meal preparation. Effects on food intake. **Appetite**, v. 79, p. 18-24, Aug. 2014.

HU, F.B. Dietary pattern analysis: A new direction in nutritional epidemiology. **Curr. Opin. Lipidol.** 13, 3–9, 2002.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2023**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa de orçamentos familiares, 2017-2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: **IBGE**; 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, DIRETORIA DE PESQUISA, COORDENAÇÃO DE TRABALHO E RENDIMENTO. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. Rio de Janeiro: **IBGE**; 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**; 2011.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **The IDF consensus definition of the metabolic syndrome in children and adolescents**. Brussels: IDF, 2007.

JONES, Louise et al. The influence of early feeding practices on healthy diet variety score among pre-school children in four European birth cohorts. **Public health nutrition**, v. 18, n. 10, p. 1774-1784, 2015.

KARASOULI, E.; MEYER, C.; PATEL, C.; SHUTTLEWOOD, E. Food Parenting. Practices among Parents with Overweight and Obesity: A Systematic Review **Nutrients**, Basel, Suíça, v. 10, n. 12, p. 1966, dec., 2018.

KLOTZ-SILVA, J. Prado SD, Seixas CM. Hábitos alimentares e comportamento alimentar: do que estamos falando? **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 2016.

KOCHANSKA, Grazyna; MURRAY, Kathleen T.; HARLAN, Elena T. Effortful control in early childhood: continuity and change, antecedents, and implications for social development. **Developmental psychology**, v. 36, n. 2, p. 220, 2000.

KUMAR, Seema; KELLY, Aaron S. Review of childhood obesity: from epidemiology, etiology, and comorbidities to clinical assessment and treatment. In: **Mayo Clinic Proceedings**. Elsevier, 2017. p. 251-265.

LACERDA, Arabele Teixeira de et al. Participação de alimentos ultraprocessados na dieta de escolares brasileiros e seus fatores associados. **Revista Paulista de pediatria**, v. 38, p. e2019034, 2020.

LEAL, Danielle Biazzini et al. Individual characteristics and public or private schools predict the body mass index of Brazilian children: a multilevel analysis. **Cadernos de saude publica**, v. 34, p. e00053117, 2018.

LINDE, Jennifer A. et al. Associations of parent dietary role modeling with children's diet quality in a rural setting: Baseline data from the NU-HOME study. **Appetite**, v. 174, p. 106007, 2022.

LIPSKY, Leah M. et al. Trajectories of eating behaviors in a nationally representative cohort of US adolescents during the transition to young adulthood. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 12, n. 1, p. 1-11, 2015.

Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML, Hall KD, Gortmaker SL, Swinburn BA, James WPT, Wang Y, McPherson K. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. **Lancet** 2015; 385(9986):2510-2520.

LOHMAN, T. G.; ROCHE, A. F.; MARTORELL, R. Anthropometric standardization reference manual. **Champaign Illinois: Human Kinetics**, 1988.

LOURENÇO, Adriana de Sousa Nagahashi et al. Fatores associados ao ganho de peso rápido em pré-escolares frequentadores de creches públicas. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, p. 292-300, 2018.

LOURENÇO, ANA ELIZA PORT et al. Influência da ambiência escolar no estado nutricional de pré-escolares de Macaé, Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2399-2410, 2019.

LOUZADA MLC, MARTINS APB, CANELLA DS, BARALDI LG, LEVY RB, CLARO RM, MOUBARAC JC, CANNON G, MONTEIRO CA. Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. **Rev Saúde Pública**, 49(38):1-11, 2015.

MAHMOOD, Lubna et al. The influence of parental dietary behaviors and practices on children's eating habits. **Nutrients**, v. 13, n. 4, p. 1138, 2021.

Maia EG, Passos CM, Levy RB, Martins APB, Mais LA, Claro RM. O que esperar do preço dos alimentos saudáveis e não saudáveis ao longo do tempo? O caso do Brasil. **Saúde Pública Nutr** 2020; 23:579-88.

MAIER, Andrea S. et al. Breastfeeding and experience with variety early in weaning increase infants' acceptance of new foods for up to two months. **Clinical Nutrition**, v. 27, n. 6, p. 849-857, 2008.

MARTINS AP, LEVY RB, CLARO RM, MOUBARAC JC, MONTEIRO CA. Increased contribution of ultra-processed food products in the Brazilian diet (1987-2009). **Rev Saude Publica** Aug;47(4): 656e65, 2013.

MAYER APF, WEBER LND. Relações entre a obesidade na infância e adolescência e a percepção de práticas de alimentação e estilos educativos parentais. **Psicol Argum**. Nov;32(79):143-153. 2017.

MCCARTHY, H. D.; JARRET, K. V.; CRAWLEY H. F. The development of waist circumference percentiles in British children aged 5.0-16.9y. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 55, n. 10, p. 902-907, Oct. 2001.

MCINERNY, Thomas K. American Academy of Pediatrics textbook of pediatric care. **American Academy of Pediatrics**, 2017.

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.

MENDONÇA, Raquel de Deus et al. Ultraprocessed food consumption and risk of overweight and obesity: the University of Navarra Follow-Up (SUN) cohort study. **The American journal of clinical nutrition**, v. 104, n. 5, p. 1433-1440, 2016.

MENEGASSI, Bruna et al. A nova classificação de alimentos: teoria, prática e dificuldades. **Ciencia & saude coletiva**, v. 23, p. 4165-4176, 2018.

MIKKILÄ, Vera et al. Longitudinal changes in diet from childhood into adulthood with respect to risk of cardiovascular diseases: The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. **European journal of clinical nutrition**, v. 58, n. 7, p. 1038-1045, 2004.

MILLER, Paige; MOORE, Reneé H.; KRAL, Tanja VE. Children's daily fruit and vegetable intake: associations with maternal intake and child weight status. **Journal of nutrition education and behavior**, v. 43, n. 5, p. 396-400, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, DF. **Cadernos de Atenção Básica**; nº 23, 2015.

MITCHELL, Gemma L. et al. Parental influences on children's eating behaviour and characteristics of successful parent-focussed interventions. **Appetite**, v. 60, p. 85-94, 2013.

MONTEIRO CA, CANNON G, LAWRENCE M, LOUZADA MLC, MACHADO PP. Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system. **Rome: FAO**; 2019.

MONTEIRO CA, CANNON G, LEVY R et al. Classificação dos alimentos. Saúde Pública. **World Nutr** 7, 1–3, 2016.

MONTEIRO, C A. et al. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. **Obesity reviews**, v. 14, p. 21-28, 2013.

MONTEIRO, C. A., CANNON, G., LEVY, R. B., MOUBARAC, J.-C., LOUZADA, M. L., RAUBER, F., JAIME, P. C. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. **Public Health Nutrition**, 1–6, 2019.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. **Cadernos de saude publica**, v. 26, p. 2039-2049, 2010.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al. Dietary guidelines to nourish humanity and the planet in the twenty-first century. A blueprint from Brazil. **Public health nutrition**, v. 18, n. 13, p. 2311-2322, 2015.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al. Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil. **Public health nutrition**, v. 14, n. 1, p. 5-13, 2010.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al. The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. **Public health nutrition**, v. 21, n. 1, p. 5-17, 2018.

MOREIRA, Patricia VL et al. Effects of reducing processed culinary ingredients and ultra-processed foods in the Brazilian diet: a cardiovascular modelling study. **Public Health Nutrition**, v. 21, n. 1, p. 181-188, 2018.

MORENO, L.A.; RODRÍGUEZ, G. Dietary risk factors for development of childhood obesity. **Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care**, 10, 336–341, 2007.

MOUBARAC JC, BATAL M & MARTINS AP. Processed and ultra-processed food products: consumption trends in Canada from 1938 to 2011. **Can J Diet Pract Res** 75, 15–21, 2014.

MOUBARAC, JEAN-CLAUDE et al. Food classification systems based on food processing: significance and implications for policies and actions: a systematic literature review and assessment. **Current obesity reports**, v. 3, p. 256-272, 2014.

- MOZAFFARIAN, Dariush et al. Changes in diet and lifestyle and long-term weight gain in women and men. **New England journal of medicine**, v. 364, n. 25, p. 2392-2404, 2011.
- NARDOCCI, Milena et al. Consumption of ultra-processed foods and obesity in Canada. **Canadian Journal of Public Health**, v. 110, p. 4-14, 2019.
- NASCIMENTO, Fabiana Alves do; SILVA, Sara Araújo da; JAIME, Patrícia Constante. Coverage of food intake assessment in the Brazilian Food and Nutrition Surveillance System: 2008 to 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, 2019.
- NEENA Thomas-Eapen, Childhood Obesity, **Clinics in Office Practice**, vol 48, Iss 3, 505-515, 2021.
- NEPA. **Tabela brasileira de composição dos alimentos (TACO)**. 4. ed., Campinas: NEPA-UNICAMP, 2011.
- OKUBO, Hitomi et al. Feeding practices in early life and later intake of fruit and vegetables among Japanese toddlers: the Osaka Maternal and Child Health Study. **Public health nutrition**, v. 19, n. 4, p. 650-657, 2016.
- OLIVEIRA, Mayara Sanay da Silva; SANTOS, Ligia Amparo da Silva. Guias alimentares para a população brasileira: uma análise a partir das dimensões culturais e sociais da alimentação. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, p. 2519-2528, 2020.
- ONG, Ken K.; LOOS, Ruth JF. Rapid infancy weight gain and subsequent obesity: systematic reviews and hopeful suggestions. **Acta paediatrica**, v. 95, n. 8, p. 904-908, 2006.
- PACHECO, M. **Tabela de equivalentes, medidas caseiras e composição química dos alimentos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2011.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). World Health Organization (WHO). Ultra-processed food and drink products in Latin America: Trends, impact on obesity, policy implications. Noncommunicable Diseases and Mental Health. **Washington: PAHO**; 2015.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Ultra-processed food and drink products in Latin America: sales, sources, nutrient profiles, and policy implications. **Washington, DC: PAHO**; 2019.
- PAPIES, E. K.; AARTS, H. Handbook of self regulation: Research, theory, and applications. **K., Vohs, R. Baumeister, (Eds.)**, p. 203-222, 2016.
- PASSOS, Darlise Rodrigues dos et al. Comportamento alimentar infantil: comparação entre crianças sem e com excesso de peso em uma escola do município de Pelotas, RS. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, p. 42-49, 2015.
- PEREIRA, Anna Müller et al. Consumo de alimentos ultraprocessados por crianças de uma Coorte de Nascimentos de Pelotas. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, 2022.
- PÉREZ-TEPAYO, Sandra et al. Trends in the dietary patterns of Mexican adults by sociodemographic characteristics. **Nutrition journal**, v. 19, n. 1, p. 1-10, 2020.

Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2019 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – **Rio de Janeiro: IBGE, 2021.**

PETERS, Jacqueline et al. Parental influences on the diets of 2-to 5-year-old children: Systematic review of qualitative research. **Journal of Early Childhood Research**, v. 12, n. 1, p. 3-19, 2014.

PHILIPPI, S. T. **Tabela de composição de alimentos: suporte para a decisão nutricional**. 4. ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2013.

PINHEIRO, A. B. V. et al. **Tabela de composição de alimentos**. 5. ed., São Paulo: Atheneu, 2004.

PINHEIRO-CAROZZO, N. P.; OLIVEIRA, J. H. A. Comportamento alimentar: Um estudo da relação entre IMC de crianças e sua percepção sobre as práticas alimentares parentais. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia, Londrina, PR**, v. 6, n. 1, p. 21-35, jun., 2015.

POPKIN BM, Ng SW. A transição nutricional para uma fase de elevada obesidade e prevalência de doenças não transmissíveis dominada por alimentos ultraprocessados não é inevitável. **Obes Rev** 2022; 3:e13366.

POPKIN BM. Urbanization, Lifestyle Changes and the Nutrition Transition. **World Develop**; 27(11):1905-1916. 1999.

QUAIOTI T.C., ALMEIDA S.S. Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. **Psicol USP**, 17, pp. 193-211, 2006.

QUIGLEY, R.; TAYLOR, R.; SCRAGG, R. Encouraging children to eat breakfast. 2011.

RAMOS, Maurem et al. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. **Jornal de pediatria**, v. 76, n. Supl 3, p. S229-S237, 2000.

RAUBER, Fernanda et al. Consumption of ultra-processed food products and its effects on children's lipid profiles: a longitudinal study. **Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases**, v. 25, n. 1, p. 116-122, 2015.

REID AE, CHAUHAN BF, RABBANI R, LYS J, COPSTEIN L, MANN A, et al. Early exposure to nonnutritive sweeteners and long-term metabolic health: a systematic review. **Pediatrics**. 137(3):e20153603, 2016.

REILLY, John J.; KELLY, Joanna. Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. **International journal of obesity**, v. 35, n. 7, p. 891-898, 2011.

RIVERA MEDINA, C.; BRIONES URBANO, M.; DE JESÚS ESPINOSA, A.; TOLEDO López, Á. Eating Habits Associated with Nutrition-Related Knowledge among University Students Enrolled in Academic Programs Related to Nutrition and Culinary Arts in Puerto Rico. **Nutrients**, 12, 1408, 2020.

ROBERTS, Lindsey T.; GOODMAN, Lynnel C.; MUSHER-EIZENMAN, Dara R. Parental correlates of food parenting practices: Socioeconomic status, weight, and dieting status. **Ecology of food and nutrition**, v. 57, n. 4, p. 330-345, 2018.

- RODRIGUES, Renata Muniz et al. Evolução dos alimentos mais consumidos no Brasil entre 2008-2009 e 2017-2018. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 4s, 2021.
- ROMANELLI, R., CECCHI, N., CARBONE, M.G. *et al.* Pediatric obesity: prevention is better than care. **Ital J Pediatr.** 46 103, 2020.
- ROZIN, Paul. Socioiocultural influences on human food selection. **In: Capaldi ED.** Why we eat what we eat. The psychology of eating. 2nd ed. Washington: APA 1997.
- Russell CG, Worsley A, Campbell KJ. Strategies used by parents to influence their children's food preferences. **Apetite.** 2015;90:123-130.
- SANTOS, Beatriz; SILVA, Clara; PINTO, Elisabete. Importância da escola na educação alimentar em crianças do primeiro ciclo do ensino básico—como ser mais eficaz. 2018.
- SANTOS, Kelly de Freitas; COELHO, Luana Vital; ROMANO, Márcia Christina Caetano. Comportamento dos pais e comportamento alimentar da criança: Revisão Sistemática. **Rev Cuid, Bucaramanga**, v.11, n.3, e1041, 2021.
- SANTOS, Kelly de Freitas; COELHO, Luana Vital; ROMANO, Márcia Christina Caetano. Comportamento dos pais e comportamento alimentar da criança: Revisão Sistemática. **Revista Cuidarte**, v. 11, n. 3, 2020.
- SARNI, Roseli Oselka Saccardo; KOCHI, Cristiane; SUANO-SOUZA, Fabiola Isabel. Childhood obesity: an ecological perspective. **Jornal de Pediatria**, v. 98, p. 38-46, 2022.
- SAVAGE, Jennifer S.; FISHER, Jennifer Orlet; BIRCH, Leann L. Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. **Journal of Law, Medicine & Ethics**, v. 35, n. 1, p. 22-34, 2007.
- SCAGLIONI S., ARRIZZA C., VECCHI F., TEDESCHI S. Determinants of children's eating behavior. **Am. J. Clin. Nutr**; 94:2006S–2011S, 2011.
- SCAGLIONI, S.; De COSMI, V.; CIAPPOLINO, V.; PARAZZINI, F.; BRAMBILLA, P.; AGOSTONI, C. Factors Influencing Children's Eating Behaviours. **Nutrients**, 10, 706, 2018.
- SCRINIS, Gyorgy; CASTRO, Inês Rugani Ribeiro de. Framing poor diet quality as malnutrition: the Brazilian National Survey on Child Nutrition (ENANI-2019). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, p. e00089222, 2023.
- SICHERI, Rosely; CASTRO, Joelma Ferreira Gomes; MOURA, Aníbal Sanchez. Fatores associados ao padrão de consumo alimentar da população brasileira urbana. **Cadernos de saúde pública**, v. 19, p. S47-S53, 2003.
- SILVA, Fernanda Marcelina et al. Consumption of ultra-processed food and obesity: cross sectional results from the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil) cohort (2008–2010). **Public health nutrition**, v. 21, n. 12, p. 2271-2279, 2018.

SILVA, Giselia AP; COSTA, Karla AO; GIUGLIANI, Elsa RJ. Infant feeding: beyond the nutritional aspects. **Jornal de pediatria**, v. 92, p. 2-7, 2016.

SILVA, Rita de Cássia Ribeiro et al. Iniquidades socioeconômicas na conformação dos padrões alimentares de crianças e adolescentes. **Revista de Nutrição**, v. 25, p. 451-461, 2012.

SIMMONDS, Mark et al. Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. **Obesity reviews**, v. 17, n. 2, p. 95-107, 2016.

SINGH, Amika S. et al. Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. **Obesity reviews**, v. 9, n. 5, p. 474-488, 2008.

SKAFIDA, Valeria. The family meal panacea: exploring how different aspects of family meal occurrence, meal habits and meal enjoyment relate to young children's diets. **Sociology of health & illness**, v. 35, n. 6, p. 906-923, 2013.

SKINNER, Asheley C. et al. Cardiometabolic risks and severity of obesity in children and young adults. **New England Journal of Medicine**, v. 373, n. 14, p. 1307-1317, 2015.

SMITH, Justin D.; FU, Emily; KOBAYASHI, Marissa A. Prevention and management of childhood obesity and its psychological and health comorbidities. **Annual review of clinical psychology**, v. 16, p. 351-378, 2020.

SOUZA-JÚNIOR PRB, FREITAS MPS, ANTONACI GA, SZWARCOWALD CL. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol Serv Saude**; 24(2):207-216, 2015.

TENJIN, Kumi et al. Relationship between parental lifestyle and dietary habits of children: a cross-sectional study. **Journal of Epidemiology**, v. 30, n. 6, p. 253-259, 2020.

TURER, Christy B.; BRADY, Tammy M.; DE FERRANTI, Sarah D. Obesity, hypertension, and dyslipidemia in childhood are key modifiable antecedents of adult cardiovascular disease: a call to action. **Circulation**, v. 137, n. 12, p. 1256-1259, 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Alimentação Infantil I: Prevalência de indicadores de alimentação de crianças menores de 5 anos: ENANI 2019. - **Documento eletrônico**. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. (135 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em: 04/04/2024

VALE, D et al. Correlação espacial entre o excesso de peso, aquisição de alimentos ultraprocessados e o desenvolvimento humano no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 983-996, 2019.

VALERIO, Giuliana et al. Diagnosis, treatment and prevention of pediatric obesity: consensus position statement of the Italian Society for Pediatric Endocrinology and

Diabetology and the Italian Society of Pediatrics. **Italian journal of pediatrics**, v. 44, p. 1-21, 2018.

VANDEWEGHE, Laura et al. Perceived effective and feasible strategies to promote healthy eating in young children: focus groups with parents, family child care providers and daycare assistants. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, p. 1-12, 2016.

VAZ DSS, Bennemann RM. Comportamento alimentar e hábito alimentar: uma revisão. Ver. **UNINGÁ Review**. 2014.

VENTURA AK, Worobey J. Early influences on the development of food preferences. **Curr Biol**; 23: R401–8, 2013.

VENTURA, Alison K. Does breastfeeding shape food preferences links to obesity. **Annals of Nutrition and Metabolism**, v. 70, n. Suppl. 3, p. 8-15, 2017.

VOHS, Kathleen D.; BAUMEISTER, Roy F. (Ed.). Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications. **Guilford Publications**, 2016.

WEIHRAUCH-BLÜHER, Susann; WIEGAND, Susanna. Risk factors and implications of childhood obesity. **Current obesity reports**, v. 7, p. 254-259, 2018.

WEISLEDER, Adriana et al. Promotion of positive parenting and prevention of socioemotional disparities. **Pediatrics**, v. 137, n. 2, 2016.

WERNECK, André Oliveira et al. Association of parents' physical activity and weight status with obesity and metabolic risk of their offspring. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 783-792, 2022.

WHO, World Health Organization. **Waist circumference and waist-hip ratio**. Report of a WHO Expert Consultation. Geneva: WHO, 2008.

WORLD HEALTH ASSEMBLY, 47. Maternal and child health and family planning: quality of care. **World Health Organization**, 1994.

WORLD HEATH ORGANIZATION. Who child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. **Geneva: WHO**, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. **Genebra: WHO**; 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guideline: sugars intake for adults and children. Geneva: **World Health Organization**; 2015.

XIE B, GILLILAND FD, LI YF, ROCKETT HR. Effects of ethnicity, family income, and education on dietary intake among adolescents. **Prev Med**. 2003; 36(1): 30-40.

YEE, Andrew ZH; LWIN, MAY O.; HO, SHIRLEY S. The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 14, n. 1, p. 1-14, 2017.

ZAMBON, Mariana Porto et al. Obese children and adolescents: two years of interdisciplinary follow-up. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 26, p. 130-135, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Questionário PIPA KIDS

VAR01. Descrição da Pesquisa

Este questionário faz parte do PIPA KIDS - Pesquisa sobre a Influência da Parentalidade Alimentar na Infância, realizada pelo Grupo de Pesquisa em Nutrição e Saúde Coletiva (GPENSC) do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), com o objetivo de conhecer a influência das escolhas alimentares dos pais sobre a alimentação dos seus filhos(as).

BLOCO A: Identificação da Escola

As respostas a seguir se referem a ESCOLA.

A1. Código da Escola

Favor digitar o código da escola já estabelecido com letras em CAIXA ALTA.

A2. Nome da Escola

Favor digitar o nome completo, sem abreviações.

A3. Turno que Frequenta

Favor escolher apenas uma opção.

- Manhã
- Tarde
- Integral (manhã e tarde)

BLOCO B: Identificação da Criança

As respostas a seguir se referem a CRIANÇA.

B1. Código da Criança

Favor digitar o código da criança já estabelecido com letras em CAIXA ALTA.

B2. Nome da Criança

Favor digitar o nome completo, sem abreviações.

B3. Sexo

Favor escolher apenas uma opção.

- Feminino
- Masculino

B4. Data de Nascimento

Favor digitar no formato DD/MM/AA.

B5. Idade

Favor escolher apenas uma opção.

- 4 anos
- 5 anos
- 6 anos

B6. Cor da Pele ou Raça

O IBGE classifica quem vive no Brasil em cinco grupos conforme a cor da pele ou raça. De acordo com a sua opinião, em qual dos seguintes grupos seu filho(ã) se incluiria?

- Branco(a) / caucasiano(a)
- Preto(a) / negro(a)
- Pardo(a) / mulato(a) / moreno(a) / mestiço(a)
- Amarelo(a) (oriental)
- Indígena
- Não sabe ou não quis responder

BLOCO C: Identificação do Responsável

As respostas a seguir se referem ao RESPONSÁVEL.

C1. Código do Responsável

Favor digitar o código do responsável já estabelecido com letras em CAIXA ALTA.

C2. Nome do Responsável

Favor digitar o nome completo, sem abreviações.

C3. Sexo

Favor escolher apenas uma opção.

Feminino

Masculino

C4. Data de Nascimento

Favor digitar no formato DD/MM/AA.

C5. Idade

Favor digitar a idade em anos completos.

C6. Endereço Residencial

Favor digitar o endereço completo informando RUA, NÚMERO, COMPLEMENTO e BAIRRO separando por vírgulas (ex. Rua Ibitiguiaia, 925, 501, Santa Luzia).

C7. Telefone de Contato

Favor digitar no formato (XX) X XXXX-XXXX. Caso não tenha digite 999.

C8. Seu telefone é também WhatsApp?

Favor perguntar se o número informado anteriormente é também WhatsApp.

Sim

Não

C8.1. Se não, favor informar o número do seu WhatsApp.

Favor digitar no formato (XX) X XXXX-XXXX. Caso não possua WhatsApp digite 999.

C9. Cor da Pele ou Raça

O IBGE classifica quem vive no Brasil em cinco grupos conforme a cor da pele ou raça. De acordo com a sua opinião, em qual dos seguintes grupos você se incluiria?

Branco(a) / caucasiano(a)

Preto(a) / negro(a)

Pardo(a) / mulato(a) / moreno(a) / mestiço(a)

Amarelo(a) (oriental)

Indígena

Não sabe ou não quis responder

C10. Religião

Favor escolher apenas uma opção.

- Nenhuma
- Católica
- Protestante ou Evangélica
- Adventista
- Espírita
- Afro-brasileira
- Judaica
- Outra
- Não sabe ou não quis responder

C10.1. Se for outra religião, qual?

Favor digitar o nome da religião em abreviações.

C11. Qual o seu grau de parentesco com a criança?

Favor escolher apenas uma opção.

- Pai ou Padastro
- Mãe ou Madrasta
- Irmão(ã)
- Tio(a)
- Avô(ô)
- Outro

C11.1 Se outro parentesco, qual?

Favor digitar o grau de parentesco com a criança.

BLOCO D: Parâmetros Socioeconômicos e Condições Sanitárias

Neste bloco iremos perguntar sobre as suas características socioeconômicas, como grau de escolaridade, situação de trabalho, renda familiar, características do domicílio, posse de itens de conforto e condições de saneamento.

D1. Com qual(ais) responsável(eis) a criança mora?

Favor escolher apenas uma opção.

- Apenas com o pai [ou responsável do sexo masculino, por exemplo: padrasto, irmão mais velho (maior de 18 anos), avô, tio, etc.]
- Apenas com a mãe [ou responsável do sexo feminino, por exemplo: madrasta, irmã mais velha (maior de 18 anos), avó, tia, etc.]
- Com pai e a mãe
- Com o avô e a avó (paternos ou maternos)
- Com um tio e uma tia
- Outro(s)

D1.1. Se for(em) outro(s), quem (parentesco ou vínculo)?

Favor digitar apenas o parentesco (ex. cunhado, tio, primo).

D2. Qual o grau de instrução do pai da criança (ou responsável do sexo masculino)?

Favor escolher apenas uma opção.

- Analfabeto ou fundamental I (primário) incompleto
- Fundamental I (primário) completo ou fundamental II (ginásio) incompleto
- Fundamental II (ginásio) completo ou médio (colegial) incompleto
- Médio (colegial) completo ou superior incompleto
- Superior completo
- Pós-graduação incompleta
- Pós-graduação completa (especialização, mestrado ou doutorado)
- Não sabe ou não quis responder

D3. Qual o grau de instrução da mãe da criança (ou responsável do sexo feminino)?

Favor escolher apenas uma opção.

- Analfabeto ou fundamental I (primário) incompleto
- Fundamental I (primário) completo ou fundamental II (ginásio) incompleto
- Fundamental II (ginásio) completo ou médio (colegial) incompleto
- Médio (colegial) completo ou superior incompleto
- Superior completo
- Pós-graduação incompleta
- Pós-graduação completa (especialização, mestrado ou doutorado)
- Não sabe ou não quis responder

D4. Atualmente, quem é a pessoa que contribui com a maior parte da renda mensal da sua casa?

Favor escolher apenas uma opção.

- O pai (ou responsável do sexo masculino)
- A mãe (ou responsável do sexo feminino)
- O pai (ou responsável do sexo masculino) e a mãe (ou responsável do sexo feminino) contribuem igualmente com a renda mensal da casa
- Outro familiar
- Não sabe ou não quis responder

D4.1. Se outra pessoa, qual parentesco?

Favor digitar o grau de parentesco.

D5. Qual a condição de trabalho do pai da criança (ou responsável do sexo masculino)?

Favor escolher apenas uma opção.

- Do lar (ou dono de casa)
- Desempregado
- Emprego formal
- Emprego informal
- Aposentado ou pensionista
- Não sabe ou não quis responder

D6. Qual a condição de trabalho da mãe da criança (ou responsável do sexo feminino)?

Favor escolher apenas uma opção.

- Do lar (ou dono de casa)
- Desempregado
- Emprego formal
- Emprego informal
- Aposentado ou pensionista
- Não sabe ou não quis responder

D7. Quantas pessoas, no total, participam ativamente da renda familiar (contando com todas as pessoas que moram na casa)?

Favor digitar apenas números (ex. 5). Caso não saiba digitar 999.

D8. Qual o rendimento total da sua família, ou seja, somando os rendimentos de todas as pessoas que moram com você (contando com o seu, se tiver)?

Favor digitar somente números inteiros sem vírgula ou ponto (ex. 1500). Caso não saiba digitar 999.

D9. Qual o tipo de domicílio?

Favor escolher apenas uma opção.

- Casa
- Apartamento

D10. O domicílio é:

Favor escolher apenas uma opção.

- Alugado
- Próprio
- Cedido

D11. Qual o número de cômodos do seu domicílio?

Obs: são considerados cômodos as quartos, inclusive de serviço (cozinha), e as salas. Caso não saiba digitar 999.

D12. Quantas pessoas moram no mesmo domicílio que você (contando com você)?

Favor digitar apenas números.

D13. Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular:

Favor escolher apenas uma opção.

- Não possui
- Possui 1
- Possui 2
- Possui 3
- Possui 4 ou mais

D14. Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos 5 dias por semana:

Favor escolher apenas uma opção.

- Não possui
- Possui 1
- Possui 2
- Possui 3
- Possui 4 ou mais

D15. Quantidade de máquinas de lavar roupas, excluindo tanquinho:

Favor escolher apenas uma opção.

- Não possui
- Possui 1
- Possui 2
- Possui 3
- Possui 4 ou mais

D16. Quantidade de banheiros:

Favor escolher apenas uma opção.

- Não possui
- Possui 1
- Possui 2
- Possui 3
- Possui 4 ou mais

D17. Quantidade de DVDs, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel:

Favor escolher apenas uma opção.

- Não possui
- Possui 1
- Possui 2
- Possui 3
- Possui 4 ou mais

D18. Quantidade de geladeiras:*Favor escolher apenas uma opção.*

- Não possui
- Possui 1
- Possui 2
- Possui 3
- Possui 4 ou mais

D19. Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex:*Favor escolher apenas uma opção.*

- Não possui
- Possui 1
- Possui 2
- Possui 3
- Possui 4 ou mais

D20. Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks, e desconsiderando tablets, palms ou smartphones:*Favor escolher apenas uma opção.*

- Não possui
- Possui 1
- Possui 2
- Possui 3
- Possui 4 ou mais

D21. Quantidade de lavadoras de louças:*Favor escolher apenas uma opção.*

- Não possui
- Possui 1
- Possui 2
- Possui 3
- Possui 4 ou mais

D22. Quantidade de fornos de micro-ondas:*Favor escolher apenas uma opção.*

- Não possui
- Possui 1
- Possui 2
- Possui 3
- Possui 4 ou mais

D23. Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional:*Favor escolher apenas uma opção.*

- Não possui
- Possui 1
- Possui 2
- Possui 3
- Possui 4 ou mais

D24. Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca:*Favor escolher apenas uma opção.*

- Não possui
- Possui 1
- Possui 2
- Possui 3
- Possui 4 ou mais

D25. A água utilizada em seu domicílio é proveniente de:*Favor escolher apenas uma opção.*

- Rede geral de distribuição
- Poço ou nascente
- Outro meio

D26. Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que ela é:*Favor escolher apenas uma opção.*

- Asfaltada / pavimentada
- De terra / cascalho

D27. Qual o destino do lixo do seu domicílio?*Favor escolher apenas uma opção.*

- É coletado regularmente
- É queimado ou enterrado
- Jogado no rio, terreno, etc

D28. Recebe algum benefício do Governo?*Favor escolher apenas uma opção.*

- Sim
- Não

D28.1. Se sim, qual(is)?

Favor escolher apenas uma opção.

- Bolsa Família/Auxílio Brasil
- Outros

D28.1.1. Se outros, quais?

Favor digitar apenas o nome do programa sem abreviações.

BLOCO E: Comportamento Alimentar dos Pais

Neste bloco serão avaliados aspectos relacionados ao comportamento e/ou escolhas alimentares dos pais ou responsáveis.

E1. Quando faço pequenos lanches ao longo do dia, costumo comer frutas ou castanhas.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

E2. Quando escolho frutas, verduras e legumes, dou preferência para aqueles que são de produção local.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

E3. Quando escolho frutas, legumes e verduras, dou preferência para aqueles que são orgânicos.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

E4. Costumo levar algum alimento comigo em caso de sentir fome ao longo do dia.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

E5. Costumo planejar as refeições que farei no dia.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

E6. Costumo variar o consumo de feijão por ervilha, lentilha ou grão de bico.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

E7. Na minha casa é comum usarmos farinha de trigo integral.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

E8. Costumo comer fruta no café da manhã.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

E9. Costumo fazer minhas refeições sentado(a) à mesa.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

E10. Procuro realizar as refeições com calma.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

E11. Costumo participar do preparo dos alimentos na minha casa.*Favor escolher apenas uma opção.*

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

E12. Na minha casa compartilhamos as tarefas que envolvem o preparo e consumo das refeições.*Favor escolher apenas uma opção.*

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

E13. Costumo comprar alimentos em feiras livres ou feiras de rua.*Favor escolher apenas uma opção.*

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

E14. Aproveito o horário das refeições para resolver outras coisas e acabo deixando de comer.*Favor escolher apenas uma opção.*

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

E15. Costumo fazer as refeições à minha mesa de trabalho ou estudo.*Favor escolher apenas uma opção.*

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

E16. Costumo fazer minhas refeições sentado(a) no sofá da sala ou na cama.*Favor escolher apenas uma opção.*

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

E17. Costumo pular pelo menos uma das refeições principais (almoço e/ou jantar).*Favor escolher apenas uma opção.*

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

E18. Costumo comer balas, chocolates e outras guloseimas.*Favor escolher apenas uma opção.*

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

E19. Costumo beber sucos industrializados, como de caixinha, em pó, garrafa ou lata.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

E20. Costumo frequentar restaurantes fast-food ou lanchonetes.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

E21. Tenho o hábito de "beliscar" no intervalo entre as refeições.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

E22. Costumo beber refrigerante.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

E23. Costumo trocar a comida do almoço ou jantar por sanduíches, salgados ou pizza.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

E24. Quando bebo café ou chá, costumo colocar açúcar.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Muitas vezes
- Sempre

BLOCO F: Comportamento Alimentar da Criança

Neste bloco serão avaliados aspectos relacionados ao comportamento e/ou escolhas alimentares das crianças.

F1. Meu/minha filho/a costuma comer fruta.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Sempre

F2. Meu/minha filho/a costuma ter horários fixos para fazer as refeições principais (café da manhã, almoço e jantar).

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Sempre

F3. Meu/minha filho/a costuma participar da organização e/ou do preparo dos alimentos na minha casa.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Sempre

F4. As refeições de meu/minha filho/a costumam ser planejadas.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Sempre

F5. Meu/minha filho/a costuma fazer as refeições sentado (a) à mesa e/ou em algum local sem distrações.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Sempre

F6. Meu/minha filho/a costuma pular o almoço ou o jantar.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Sempre

F7. Meu/minha filho/a costuma fazer refeições em frente de telas(TV, notebook, computador, tablet ou smartphone).

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Sempre

F8. Meu/minha filho/a costuma fazer as refeições sentado (a) no sofá ou na cama.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Sempre

F9. Meu/minha filho/a costuma fazer as refeições em ambiente tranquilo.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Sempre

F10. Meu/minha filho/a costuma adicionar açúcar ao beber sucos.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Sempre

F11. Meu/minha filho/a costuma trocar a comida do almoço ou jantar por sanduíches, salgados, pizza ou outros tipos de lanche.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Sempre

F12. Meu/minha filho/a costuma beber refrigerante.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Sempre

F13. Meu/minha filho/a costuma beber sucos industrializados, como de caixinha, em pó, garrafa ou lata.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Sempre

F14. Meu/minha filho/a costuma comer balas, chocolates e outras guloseimas.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Sempre

F15. Meu/minha filho/a costuma comer comida de restaurantes fast-food, lanchonetes ou barracas de rua.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Sempre

F16. Quando saio com meu/minha filho/a costumo levar algum alimento caso ele (ela) sinta fome.

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Sempre

F17. Meu/minha filho/a costuma "beliscar" no intervalo entre as refeições principais (café da manhã, almoço e jantar).

Favor escolher apenas uma opção.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Sempre

BLOCO G: Aspectos relacionados a História Familiar, Clínica e Alimentar.

Neste bloco serão avaliados aspectos relacionados história familiar, clínica da e alimentar.

G1. Você apresenta alguma doença crônica não transmissível?

Por exemplo: hipertensão, diabetes, câncer, etc.

- Sim
- Não
- Não sabe ou não quis responder

G1.1. Se sim, qual(is)?

Favor digitar o nome de cada doença separada por vírgula.

G2. Algum familiar de primeiro grau materno da criança apresenta alguma doença crônica não transmissível?

Considera-se parentes de 1º grau a MÃE. Por exemplo: hipertensão, diabetes, câncer, etc.

- Sim
- Não
- Não sabe ou não quis responder

G2.1. Se sim, qual(is)?

Favor digitar o nome de cada doença separada por vírgula.

G3. Algum familiar de primeiro grau paterno da criança apresenta alguma doença crônica não transmissível?

Considera-se parentes de 1º grau o PAI. Por exemplo: hipertensão, diabetes, câncer, etc.

- Sim
- Não
- Não sabe ou não quis responder

G3.1 Se sim, qual(is)?

Favor digitar o nome de cada doença separada por vírgula.

G4. Qual foi o peso ao nascer do seu filho(a)?

Favor digitar o valor em gramas (por exemplo: 3500). Caso não saiba digitar 999.

G5. Qual foi o comprimento ao nascer do seu filho(a)?

Favor digitar o valor em centímetros (por exemplo: 50). Caso não saiba, favor deixar em branco. a resposta

G6. Com quantas semanas seu filho(a) nasceu?

Favor digitar números inteiros (por exemplo: 40). Caso não saiba digitar 999.

G7. Seu filho(a) apresentou durante a gestação retardo de crescimento intrauterino?

Favor escolher apenas uma opção.

- Sim
- Não
- Não sabe ou não quis responder

G8. Atualmente, seu filho(a) toma algum suplemento ou polivitamínico?

Favor escolher apenas uma opção.

- Sim
- Não
- Não sabe ou não quis responder

G8.1. Se sim, qual tipo ou marca?

Favor digitar apenas o nome da marca sem abreviações.

G8.2. Quantas vezes por semana seu filho(a) toma esse suplemento ou polivitamínico?

Favor escolher apenas uma opção.

- Quase nunca
- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive aos sábados e domingos)

G8.3. Há quanto tempo seu filho(a) toma esse suplemento ou polivitamínico?

Favor escolher apenas uma opção.

- Há menos de 1 mês
- Entre 1 a 3 meses
- Entre 4 a 6 meses
- Entre 6 meses a 1 ano
- Há mais de 1 ano

G8.4. Seu filho(a) tem o acompanhamento de algum(a) profissional de saúde para tomar esse suplemento ou polivitamínico?

Favor escolher apenas uma opção.

- Sim
- Não

G8.4.1. Se sim, qual o(a) profissional?

Favor escolher apenas uma opção.

- Educador(a) físico(a)
- Nutricionista
- Médico(a)
- Outro(a)

G8.4.2 Se for outro(a) profissional, qual é?

Favor digitar a especialidade mencionada (ex. farmacêutico, dentista).

G9. Seu filho(a) recebeu aleitamento materno exclusivo?

Considera-se aleitamento materno exclusivo somente a oferta de leite materno.

- Sim
- Não

G9.1. Se sim, por quantos meses?

Favor escolher apenas uma opção.

- Menos de 1 mês
- 1 mês
- 2 meses
- 3 meses
- 4 meses
- 5 meses
- 6 meses
- Mais de 6 meses

G9.1.1. Se não, recebeu aleitamento qual outra forma?

Favor escolher apenas uma opção.

- Aleitamento materno predominante (recebeu além do leite materno, água, chás, sucos)
- Aleitamento materno complementado (recebeu além do leite materno outro alimento para complementá-lo)
- Aleitamento misto ou parcial (recebeu leite materno e outros leites associados)

G9.1.2. Por quantos meses?

Favor escolher apenas uma opção.

- Menos de 1 mês
- 1 mês
- 2 meses
- 3 meses
- 4 meses
- 5 meses
- 6 meses
- Mais de 6 meses

G10. Atualmente, em geral, como você avalia a sua alimentação?

Essa pergunta refere-se a alimentação do RESPONSÁVEL. Favor escolher apenas uma opção.

- Muito ruim (nada saudável)
- Ruim (pouco saudável)
- Regular (mais ou menos saudável)
- Boa (saudável)
- Muito boa (muito saudável)
- Não sabe ou não quis responder

G11. Atualmente, em geral, como você avalia a alimentação do seu filho(a)?

Essa pergunta refere-se a alimentação da CRIANÇA. Favor escolher apenas uma opção.

- Muito ruim (nada saudável)
- Ruim (pouco saudável)
- Regular (mais ou menos saudável)
- Boa (saudável)
- Muito boa (muito saudável)
- Não sabe ou não quis responder

FIM DO QUESTIONÁRIO. AGRADECEMOS A SUA PARTICIPAÇÃO.

Favor apenas SALVAR o questionário.

BLOCO H: Antropometria

Este bloco só será preenchido posteriormente.

H1. Peso

Favor digitar somente números e com 2 casas decimais (por exemplo: 15,50).

H2. Estatura

Favor digitar somente números, em centímetros e com 1 casa decimal (por exemplo: 132,0).

H3. Circunferência do Pescoço

Favor digitar somente números, em centímetros e com 1 casa decimal (por exemplo: 32,1).

H5. Circunferência da Cintura

Favor digitar somente números, em centímetros e com 1 casa decimal (por exemplo: 30,5).

H6. Circunferência Abdominal

Favor digitar somente números, em centímetros e com 1 casa decimal (por exemplo: 40,6).

FIM DO QUESTIONÁRIO.

Após a digitação da antropometria, favor finalizar o questionário.

APÊNDICE III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TCLE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar, de forma voluntária, da Pesquisa sobre a Influência da Parentalidade Alimentar na Infância (PIPA KIDS), realizado pelo Grupo de Pesquisa em Nutrição e Saúde Coletiva (GPENSC) do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Queremos conhecer vários aspectos da saúde e da alimentação de crianças entre 4 a 6 anos, que estão devidamente matriculados(as) em escolas públicas do nosso município. A pesquisa irá contribuir para gerar mais conhecimento sobre a alimentação nessa faixa etária e a influência das escolhas alimentares dos pais e/ou responsáveis legais sobre a alimentação na infância.

Caso você esteja de acordo em participar, você será avaliado(a) na escola em relação às seguintes características:

- antropométricas (peso; altura; perímetros do pescoço, da cintura e abdominal);
- demográficas e socioeconômicas (cor da pele ou raça; religião; escolaridade e situação ocupacional dos pais ou responsáveis; condição de ocupação do domicílio; renda per capita; classe econômica);
- comportamentais (percepções sobre a saúde das crianças e sobre a saúde dos pais; histórico pessoal de saúde; hábitos alimentares).

Ressaltamos que todos os procedimentos serão conduzidos por profissionais de saúde treinados. Além disso, você não será identificado(a) e seus dados serão mantidas sob sigilo.

Esta pesquisa contém alguns riscos, que se referem ao sigilo quanto à identificação de seus dados e a realização da antropometria. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, adotaremos os respectivos critérios: primeiro, o profissional que irá realizar a avaliação antropométrica será devidamente treinado evitando assim, possíveis danos ao menor. Serão utilizados materiais apropriados para esta avaliação, como antropômetro, balança e fita métrica. Você receberá os resultados de todas as medidas de forma totalmente gratuita. Além disso, se notarmos qualquer problema, você será avisado(a) e encaminhado(a) a uma unidade de saúde. Para participar desta pesquisa, você não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se tiver algum dano por causa das atividades que fizemos com você, terá direito a uma indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou se recusar a participar. Mesmo que você autorize agora, poderá voltar atrás e interromper a participação a qualquer momento, retirando o assentimento, valendo a desistência a partir da data de formalização desta. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade.

A equipe de pesquisadores não divulgará o seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando ela estiver finalizada. O seu nome que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação científica. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela coordenadora da pesquisa e a outra será fornecida a você. Os dados coletados ficarão arquivados com a coordenadora da pesquisa por um período de 5 (cinco) anos e, após esse tempo, serão destruídos. A equipe de pesquisadores irá tratar a identidade do(a) menor com padrões de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares).

Declaro que concordo em deixá-lo(a) participar da pesquisa, e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de _____.

 Profa. Dra. Ana Paula Carlos Cândido Mendes
 Coordenadora da pesquisa

 Participante da pesquisa (menor)

Profa. Dra. Ana Paula Carlos Cândido Mendes
 Departamento de Nutrição – UFJF
 Rua José Lourenço Kelmer, s.n., Campus Universitário, Bairro São Pedro
 CEP: 36036-900 | Juiz de Fora – MG
 Telefone: (32) 2102-3234 (ramal 27)
 E-mail: anapaula.candido@uff.br

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 Campus Universitário da UFJF
 Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
 CEP: 36036-900
 Telefone: (32) 2102-3788 | E-mail: cep.propesq@uff.edu.br

APÊNDICE IV – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TALE



TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Participante menor)

Você foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar, de forma voluntária, da Pesquisa sobre a Influência da Parentalidade Alimentar na Infância (PIPA KIDS), realizado pelo Grupo de Pesquisa em Nutrição e Saúde Coletiva (GPENSC) do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Queremos conhecer vários aspectos da saúde e da alimentação de crianças entre 4 a 6 anos, que estão devidamente matriculados(as) em escolas públicas do nosso município. A pesquisa irá contribuir para gerar mais conhecimento sobre a alimentação nessa faixa etária e a influência das escolhas alimentares dos pais e/ou responsáveis legais sobre a alimentação na infância.

Caso você esteja de acordo em participar, você será avaliado(a) na escola em relação às seguintes características:

- antropométricas (peso; altura; perímetros do pescoço, da cintura e abdominal);
- demográficas e socioeconômicas (cor da pele ou raça; religião; escolaridade e situação ocupacional dos pais ou responsáveis; condição de ocupação do domicílio; renda per capita; classe econômica);
- comportamentais (percepções sobre a saúde das crianças e sobre a saúde dos pais; histórico pessoal de saúde; hábitos alimentares).

Ressaltamos que todos os procedimentos serão conduzidos por profissionais de saúde treinados. Além disso, você não será identificado(a) e seus dados serão mantidas sob sigilo.

Esta pesquisa contém alguns riscos, que se referem ao sigilo quanto à identificação de seus dados e a realização da antropometria. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, adotaremos os respectivos critérios: primeiro, o profissional que irá realizar a avaliação antropométrica será devidamente treinado evitando assim, possíveis danos ao menor. Serão utilizados materiais apropriados para esta avaliação, como antropômetro, balança e fita métrica. Você receberá os resultados de todas as medidas de forma totalmente gratuita. Além disso, se notamos qualquer problema, você será avisado(a) e encaminhado(a) a uma unidade de saúde. Para participar desta pesquisa, você não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se tiver algum dano por causa das atividades que fizermos com você, terá direito a uma indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou se recusar a participar. Mesmo que você autorize agora, poderá voltar atrás e interromper a participação a qualquer momento, retirando o assentimento, valendo a desistência a partir da data de formalização desta. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade.

A equipe de pesquisadores não divulgará o seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando ela estiver finalizada. O seu nome que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação científica. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela coordenadora da pesquisa e a outra será fornecida a você. Os dados coletados ficarão arquivados com a coordenadora da pesquisa por um período de 5 (cinco) anos e, após esse tempo, serão destruídos. A equipe de pesquisadores irá tratar a identidade do(a) menor com padrões de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares).

Declaro que concordo em deixá-lo(a) participar da pesquisa, e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de _____.

 Profa. Dra. Ana Paula Carlos Cândido Mendes
 Coordenadora da pesquisa

 Participante da pesquisa (menor)

Profa. Dra. Ana Paula Carlos Cândido Mendes
 Departamento de Nutrição – UFJF
 Rua José Lourenço Kelmer, s.n., Campus Universitário, Bairro São Pedro
 CEP: 36036-900 | Juiz de Fora – MG
 Telefone: (32) 2102-3234 (ramal 27)
 E-mail: anapaula.candido@ufjf.br

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 Campus Universitário da UFJF
 Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
 CEP: 36036-900
 Telefone: (32) 2102-3788 | E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXOS

ANEXO I – FOLDER ESCALA PARA ADULTOS

COMO ESTÁ A SUA ALIMENTAÇÃO?



ESTE TESTE É SOBRE A SUA ALIMENTAÇÃO.

Respostas de acordo com a frequência a dia

[A] NUNCA
[B] RARAMENTE
[C] MUITAS VEZES
[D] SEMPRE

DEPOIS DE RESPONDER, LEIA AS INSTRUÇÕES NO VERSO E DÊ UM TÓQUE PARA MARCAR SEUS PONTOS

1	Quando faço pequenos lanches ao longo do dia (costumo comer frutas ou castanhas).	[A] [B] [C] [D]	
2	Quando escolho frutas, verduras e legumes, dou preferência para aqueles que são de produção local.	[A] [B] [C] [D]	
3	Quando escolho frutas, legumes e verduras, dou preferência para aqueles que são orgânicos.	[A] [B] [C] [D]	
4	Costumo levar algum alimento consigo em caso de sentir fome ao longo do dia.	[A] [B] [C] [D]	
5	Costumo planejar as refeições que farei no dia.	[A] [B] [C] [D]	
6	Costumo variar o consumo de feijão por farinha, lentilha ou grão de bico.	[A] [B] [C] [D]	
7	Não tenho costão consumir farinha de trigo integral.	[A] [B] [C] [D]	
8	Costumo comer fruta no café da manhã.	[A] [B] [C] [D]	
9	Costumo fazer minhas refeições sentada(o) à mesa.	[A] [B] [C] [D]	
10	Procuro realizar as refeições com calma.	[A] [B] [C] [D]	
11	Costumo participar do preparo dos alimentos na minha casa.	[A] [B] [C] [D]	

12	Na minha casa compartilhamos as tarefas que envolvem o preparo e consumo das refeições.	[A] [B] [C] [D]	
13	Costumo comprar alimentos em feiras livres ou feiras de rua.	[A] [B] [C] [D]	
14	Aproveito o horário das refeições para resolver outras coisas e acabar deixando de comer.	[A] [B] [C] [D]	
15	Costumo fazer as refeições à minha mesa de trabalho ou estudo.	[A] [B] [C] [D]	
16	Costumo fazer minhas refeições sentada(o) no sofá da sala ou na cama.	[A] [B] [C] [D]	
17	Costumo pular pelo menos uma das refeições principais (almoço e/ou jantar).	[A] [B] [C] [D]	
18	Costumo comer balas, chocolates e outras guloseimas.	[A] [B] [C] [D]	
19	Costumo beber sucos industrializados, como de caixinha, em pó, gemada ou lata.	[A] [B] [C] [D]	
20	Costumo frequentar restaurantes, fast food ou lanchonetes.	[A] [B] [C] [D]	
21	Terço o hábito de "falar" no intervalo entre as refeições.	[A] [B] [C] [D]	
22	Costumo beber refrigerantes.	[A] [B] [C] [D]	
23	Costumo trocar a comida do almoço ou jantar por sanduíches, salgadinhos ou pizza.	[A] [B] [C] [D]	
24	Quando bebo café ou chá, costumo colocar açúcar.	[A] [B] [C] [D]	



SEU TOTAL DE PONTOS É: _____

SUA SITUACÃO

INSTRUÇÕES

PARAS QUESTÕES DE 1 A 13

[A] = 0 ponto
[B] = 1 ponto
[C] = 2 pontos
[D] = 3 pontos

PARAS QUESTÕES DE 14 A 24

[A] = 3 pontos
[B] = 2 pontos
[C] = 1 ponto
[D] = 0 ponto

ACIMA DE 41 PONTOS: Excelente! Parece que você tem uma alimentação saudável em diversos aspectos. Continue engajado, siga as quatro recomendações apresentadas a seguir e identifique os aspectos que você pode melhorar.

ENTRE 31 E 41 PONTOS: Siga em frente! Você está no meio do caminho para uma alimentação saudável. Leia as quatro recomendações apresentadas a seguir e identifique os aspectos que você pode melhorar.

ATÉ 31 PONTOS: Para ter uma alimentação saudável e prazerosa, você precisa mudar. Atenção às quatro recomendações apresentadas a seguir.

RECOMENDAÇÕES PARA UMA ALIMENTAÇÃO MAIS SAUDÁVEL

GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA
Uma análise em português de 2022 do IFPI

1 COMECE FAZENDO BOAS ESCOLHAS

PREFIRA SEMPRE ALIMENTOS IN NATURA OU MINIMAMENTE PROCESSADOS E PREPARAÇÕES CULINÁRIAS A ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS.

No almoço e no jantar, prefira comida feita em casa ou locais que sirvam "comida feita na hora", além de frutas frescas ou sobremesas à base de frutas.

Nas pequenas refeições (de manhã e à tarde), opte por preparações com frutas frescas ou secas, castanhas, iogurtes naturais ou leite.

Evite consumir guloseimas, bolachas, salgadinhos de pacote ou bebidas adoçadas, seja durante as refeições, seja "beliscando" entre elas.

PROCIURE COZINHAR EM CASA, SEJA SOZINHO OU ACOMPANHADO, E DIVIDA AS TAREFAS DA ROTINA ALIMENTAR.

Divida as responsabilidades entre todos da casa é essencial para evitar que uma pessoa fique sobrecarregada.

Organize sua despensa! Tenha em casa alimentos como arroz, feijão, macarrão, frutas, hortaliças e temperos naturais para preparar refeições saborosas e saudáveis.

Procure comprar em mercados de bairro, feiras livres ou de produtores, sacolões ou varejões. Esses locais oferecem uma ampla variedade de alimentos in natura e minimamente processados.

3 COMA COM CALMA E EM AMBIENTES APROPRIADOS

COMA SEMPRE DEVAGAR E APRECIÉ O QUE ESTA COMENDO, SEM SE ENVOLVER EM OUTRA ATIVIDADE.

Procure fazer refeições nos mesmos horários todos os dias e comer com atenção e sem pressa. Além de favorecer a digestão dos alimentos, evita que você coma mais do que o necessário.

Busque comer sempre em locais limpos, confortáveis e tranquilos e onde não haja distrações.

Prefira comer à mesa e na companhia de amigos e familiares, a fim de tornar agradável o momento da refeição e fortalecer as refeições entre vocês.

DÊ À ALIMENTAÇÃO O ESPAÇO QUE ELA MERECÊ.

Procure planejar e organizar todas as refeições do seu dia, sem recorrer a comidas prontas ou embaladas.

Use a criatividade: diversifique as combinações dos alimentos nas refeições. Varie os tipos de frutas, verduras, legumes, cereais e feijões.

Colabore para a construção de um sistema alimentar sustentável, preferindo alimentos locais, de época, orgânicos e de base agroecológica.

2 PROCURE COZINHAR MAIS

4 CUIDE BEM DA SUA ALIMENTAÇÃO

ANEXO II – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Hábitos alimentares de pais e o estado nutricional e de saúde de crianças de escolas públicas de Juiz de Fora, MG

Pesquisador: Ana Paula Carlos Cândido Mendes

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 31086220.8.0000.5147

Instituição Proponente: Departamento de Nutrição

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.721.456

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

"A prevalência elevada de sobrepeso e obesidade infantil em várias partes do mundo indica um cenário futuro de saúde preocupante, tornando sua prevenção uma ação de alta prioridade. Essa prevenção deve ter como foco algumas das causas multifatoriais da obesidade, tais como alimentação e atividade física. Em relação à alimentação, o início do estabelecimento de hábitos e preferências alimentares se dá na infância, e os pais/responsáveis tem um papel fundamental nesse processo. Os modos de comer e os hábitos alimentares dos pais podem influenciar o comportamento alimentar das crianças, sendo importante na prevenção e tratamento da obesidade. Portanto, objetiva-se investigar a qualidade da alimentação, a maneira como os alimentos são consumidos, preparados/planejados pelos pais e se os filhos já seguem alguns desses comportamentos (modelagem parental) com alteração de seu estado nutricional. Os dados dessa proposta serão derivados de um estudo metodológico que visa adaptar e validar uma escala para avaliar comportamentos alimentares de acordo com a modelagem parental. Em sequência será realizado um estudo de delineamento transversal, com pais/responsáveis e crianças de 3 a 6 anos de escolas públicas de Juiz de Fora, avaliando as características dietéticas, socioeconômicas e comportamentais. Espera-se identificar o risco que comportamentos alimentares inadequados dos pais tenham sobre as características nutricionais e comportamentais das crianças. Além disso,

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 4.721.456

poderá direcionar as ações de promoção de hábitos comportamentais saudáveis e de prevenção da obesidade infantil através de estratégias voltadas principalmente para os comportamentos alimentares dos pais. Isso pode reduzir a incidência de obesidade infantil, minimizar os riscos nutricionais e metabólicos ainda na infância e em outras fases da vida e reduzir o impacto econômico e social que essa doença imprime na vida adulta".

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário: Identificar a qualidade da alimentação, a maneira como os alimentos são consumidos, preparados/planejados pelos pais e se os filhos já seguem alguns desses comportamentos (modelagem parental) com alteração de seu estado nutricional."

"Objetivo Secundário: • Caracterizar os modos de comer e as escolhas alimentares de pais de crianças de 3 a 6 anos; • Caracterizar o perfil nutricional e de saúde de crianças de 3 a 6 anos; • Identificar a influência dos modos de comer e as escolhas alimentares de pais sobre o perfil nutricional (peso, altura, IMC, perímetro da cintura e pescoço; consumo alimentar) das crianças de 3 a 6 anos".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Os riscos envolvidos na pesquisa restringem-se à ao sigilo quanto à identificação de dados dos participantes, aos riscos de origem psicológica, emocional ou intelectual devido a vergonha, constrangimento e/ou cansaço para responder ao questionário. Para diminuir a chance desses riscos acontecerem, serão cumpridos os respectivos critérios: primeiro, será utilizado formulário eletrônico que agiliza a coleta dos dados; segundo, será utilizado um espaço adequado para a aferição dos dados antropométricos; terceiro, treinamento da equipe de campo, com orientações necessárias para sanar as dúvidas dos participantes. Ademais, os pesquisadores cumprirão os devidos protocolos e padrões de sigilo, utilizando as informações coletadas somente para fins acadêmicos e científicos. Informaremos verbalmente aos pais/responsáveis que terão acesso as informações, que serão confidenciais e utilizadas somente para a análise e divulgação de resultados gerais da pesquisa. • Este projeto exibe uma vasta capacidade para gerar conhecimentos sobre os modos de comer e os hábitos alimentares dos pais e se já ocorre influencia no consumo alimentar, excesso de peso e aspectos comportamentais e clínicos na faixa etária entre 3 a 6 anos. O reconhecimento das vulnerabilidades e necessidades dessa população fomentará a busca de estratégias que sejam voltadas não só para a melhoria do acesso e da qualidade de ações e serviços de saúde, mas também para a integralidade e a equidade na atenção. • Os participantes receberão na escola todos os resultados das medidas feitas na pesquisa, de forma totalmente gratuita, dando-lhes, assim, a

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 4.721.456

oportunidade de conhecer a sua situação de saúde e as necessidades de prevenção e/ou tratamento. Aqueles detectados com alterações antropométricas, comportamentais e/ou clínicas serão convidados para consultas individuais; casos de maior complexidade serão encaminhados via Secretaria de Educação ao Sistema Único de Saúde. • Os resultados serão apresentados em eventos científicos nacionais e internacionais, estando prevista a publicação de artigos em periódicos especializados, que poderão se tornar subsídios pertinentes para demais trabalhos com interface nas subáreas de Análise Nutricional de População e Nutrição da Criança. • Ao final das coletas de dados, serão elaborados relatórios contendo resultados gerais e por escola que serão destinados tanto aos diretores das instituições de ensino requisitadas para as coletas de dados, quanto às Secretarias de Educação (SE), Esporte e Lazer (SEL) e Saúde (SS) da Prefeitura de Juiz de Fora/MG. Este projeto servirá de apoio para a gestão, o planejamento, a execução, o monitoramento e a avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição.".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Em

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 4.721.456

acolhimento às medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde (MS) e a fim de priorizar a saúde da comunidade com o distanciamento social, (medida considerada a mais eficiente para frear a propagação do coronavírus e a disseminação da pandemia de Covid19), apresentará a(s) declaração(ões) de concordância e infraestrutura e a Folha de Rosto posteriormente, comprometendo-se em declaração de próprio punho a encaminhar ao CEP, por NOTIFICAÇÃO, o(s) documento(s) com as devidas assinaturas assim que a presente situação voltar à normalidade. Conforme autoriza a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), em caráter excepcional, a dispensa de assinaturas nos documentos necessários à submissão de protocolos de pesquisa junto a Plataforma Brasil durante esse período. Vale ressaltar que aprovação está sendo realizada mediante as recomendações da CONEP, que cada instituição tem autonomia de consentir ou não na realização da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, a emenda ao projeto está aprovada, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: agosto de 2022.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO a emenda ao protocolo de pesquisa proposto, com a seguinte justificativa: "A necessidade de se ampliar os prazos de termino do projeto se faz necessário, já que para obter o contato dos pais das crianças, foi necessária a autorização da Secretaria de Educação. Como no período da pandemia esse contato terá que ser remoto, a dificuldade de acesso aos pais e à própria Secretária de Educação, demanda uma modificação no tempo de execução do projeto.". Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_174905_2_E1.pdf	15/05/2021 16:38:34		Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 4.721.456

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEPemenda.pdf	15/05/2021 16:36:54	Ana Paula Carlos Cândido Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	09/06/2020 14:19:10	Ana Paula Carlos Cândido Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpesquisadores.docx	09/06/2020 14:19:00	Ana Paula Carlos Cândido Mendes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEResponsaveis.doc	09/06/2020 14:18:41	Ana Paula Carlos Cândido Mendes	Aceito
Outros	digitalizar0010.pdf	23/04/2020 16:34:13	Ana Paula Carlos Cândido Mendes	Aceito
Folha de Rosto	folhaRosto.pdf	23/04/2020 16:01:31	Ana Paula Carlos Cândido Mendes	Aceito
Outros	Questionario.pdf	20/04/2020 17:25:44	Ana Paula Carlos Cândido Mendes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 19 de Maio de 2021

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br