

MARIANA DELGADO DE OLIVAL

“PERCEPÇÃO PARENTAL ACERCA DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE CRIANÇAS PRÉ-
ESCOLARES EM UMA POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA NO DISTRITO FEDERAL.”

BRASÍLIA
Julho de 2015

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO HUMANA

MARIANA DELGADO DE OLIVAL

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Nutrição Humana pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana da Universidade de Brasília

Orientadora: Dr.^a Muriel Bauermann Gubert

Co-orientadora: Dr.^a Renata Alves Monteiro

Brasília
Julho de 2015

MARIANA DELGADO DE OLIVAL

“PERCEPÇÃO PARENTAL ACERCA DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE CRIANÇAS PRÉ-
ESCOLARES EM UMA POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA NO DISTRITO FEDERAL.”

Dissertação apresentada como requisito parcial para
a obtenção do Título de Mestre em Nutrição Humana
pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição
Humana da Universidade de Brasília

Orientadora: Dr.^a Muriel Bauermann Gubert

Co-orientadora: Dr.^a Renata Alves Monteiro

Aprovado em 25 de Junho de 2015

BANCA EXAMINADORA

Prof. ^a Dr.^a Muriel Bauermann Gubert - (Presidente)
Universidade de Brasília

Prof. ^a Dr.^a Natacha Toral Bertolini (Membro Efetivo)
Universidade de Brasília

Prof. ^a Dr.^a Danielle Cabrini Mattos (Membro Efetivo)
Universidade de Brasília

Prof. ^a Dr.^a Nathalia Marcolini Pelucio Pizato – (Membro Suplente)
Universidade de Brasília

Dedico esse trabalho a todos que ousam sair da sua zona de conforto.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela oportunidade de mais uma grande experiência e conquista na minha vida.

À Muriel Gubert, pela confiança e por todas as oportunidades a mim oferecidas nesse período de orientação na pós-graduação.

À Renata Monteiro, por aceitar ser minha co-orientadora e participar ativamente da construção desse trabalho, sempre com muita paciência, dedicação e um carinho que eu espero um dia poder retribuir.

Aos membros das bancas de qualificação e defesa por terem aceitado integrá-las e pelas ótimas contribuições.

À toda equipe do Centro de Saúde do Scia-Estrutural por todo apoio prestado durante a fase de coleta do projeto.

À Izabela Cavalcante e aos voluntários de coleta, sem os quais eu jamais teria finalizado a coleta de dados para a pesquisa.

Ao Matheus, meu amor, por toda ajuda, companheirismo, paciência e amor oferecidos tão generosamente, como só ele poderia.

Aos meus familiares, em especial meus pais, Elenizia e José Carlos, e meu irmão, Luciano, por todas as preces dedicadas a mim e por toda compreensão nas minhas ausências e nos meus momentos de tensão.

À professora Kênia, pois pela nossa conversa informal decidi me aventurar pela vida acadêmica, chegando agora ao fim da primeira etapa.

À professora Patrícia Martins, responsável pela minha paixão pela saúde pública e saúde infantil através de seu grande exemplo como profissional.

A todas as minhas companheiras de trabalho: Rafaela Rangel, Elizete Guedes, Maria Aparecida Castro, Altaíva Cardoso e Janaína Dantas pelo carinho e apoio incondicional à busca dos meus sonhos.

A todas as professoras da Pós-Graduação em Nutrição Humana da UnB que tive o prazer de conhecer nesse processo pelo conhecimento compartilhado.

À querida Ana Spaniol, por toda ajuda e paciência ao me ajudar com sua experiência em fases críticas do meu trabalho.

À querida tia Magdalena Depieri, por tantas vezes contribuir com correções e sugestões para que o meu trabalho ficasse sempre melhor.

A todos aqueles que estiveram do meu lado nesse período difícil, que leram e contribuíram com a minha tese, que rezaram e torceram para que tudo desse certo, mesmo nos momentos mais complicados. E que, acima de tudo, tiveram sempre muita paciência comigo.

À CAPES pela bolsa de mestrado que possibilitou minha dedicação exclusiva à essa jornada.

“Quer você acredite que consiga fazer uma coisa ou não, você está certo”.

Henry Ford

RESUMO

Objetivo: O Objetivo deste trabalho foi validar uma escala de percepção parental acerca do comportamento alimentar infantil e analisa-la em uma população de pré-escolares de baixa renda, segundo situação de insegurança alimentar domiciliar (IA) . **Métodos:** Estudo transversal realizado mediante entrevista com os pais de crianças de 1 a 5 anos incompletos, na Unidade Básica de Saúde da região do SCIA-Estrutural, em Brasília, escolhida por se tratar de uma das regiões mais pobres do Distrito Federal. O questionário continha dados sociodemográficos, a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), a versão brasileira do *Children's Eating Behaviour Questionnaire* (CEBQ), dados de consumo alimentar e avaliação antropométrica. A amostra final foi de 360 participantes, representativa para a Região do SCIA-Estrutural. Primeiramente foi validado o Questionário de Comportamento Alimentar Infantil por análise de componentes principais e posteriormente verificada a associação entre IA e a percepção parental acerca do comportamento alimentar infantil através do teste de Kruskal-Wallis. **Resultados:** Na primeira etapa validou-se uma escala com 18 itens e 4 constructos, com KMO=0,835, 60% da variância explicada e alfas de Cronbach variando entre 0,74 e 0,88. Quando analisada a população de estudo, observou-se uma alta prevalência de IA (62,2%) e de excesso de peso (31,2%). Os itens relacionados a maior desejo de comer, ingerir líquido e experimentar novos alimentos apresentaram maiores médias ($p=0,020$, $p=0,009$, $p=0,023$, $p=0,000$) entre crianças com IA moderada/grave. **Conclusão:** O presente estudo validou a versão brasileira do *Children's Eating Behaviour Questionnaire* com 18 itens para crianças menores de 5 anos em uma população de baixa renda e verificou uma associação positiva entre insegurança alimentar e comportamentos alimentares característicos de maior atração pela comida neste grupo.

Palavras-chave: insegurança alimentar, comportamento alimentar, crianças, pré-escolar e baixa renda.

ABSTRACT

Objective: This paper aimed at validating a scale on the parental perception of children's eating behavior and analyzing it in low income preschool children according to household food insecurity. **Methods:** Cross-sectional study by interviewing parents of children from 1 to 4 years of age. Interviews were conducted in the Basic Health Unit in the region of SCIA-Estrutural in Brasilia as it is one of the poorest regions in Distrito Federal. The questionnaire contained sociodemographic data, the Brazilian Food Insecurity Scale (EBIA), the Brazilian version of the Children's Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ), intake consumption data and anthropometric measurements. The final sample consisted of 360 participants, representative to the region. At first, we validated the Children's Eating Behaviour Questionnaire using factor analysis and later we verified the association between FI and parental perception of children's eating behavior using the Kruskal-Wallis test. **Results:** In the first stage we validated with 18 items and 4 constructs, with KMO = 0.835, 60% of the explained variance and Cronbach alphas ranging between 0.74 and 0.88. When analyzing the study population we observed a high prevalence of FI content (62.2%) and overweight or obese (31.2%). The items concerning a stronger wish to eat, drink and try new foods presented increasing averages among children with critical FI ($p=0,020$, $p=0,009$, $p=0,023$, $p=0,000$). **Conclusion:** This study validated the Brazilian version of the Children's Eating Behaviour Questionnaire with 18 items for children under 5 years of age in a low income situation and also verified a positive association between food insecurity and characteristic eating behaviors of greatest attraction to food in this group.

Keywords: Food insecurity, Eating behavior, Children, Preschool and Low-income.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Mapa da Prevalência de Insegurança alimentar em domicílios particulares, por Unidade da Federação – 2013.....18
- Figura 2** – Classificação de situação de segurança alimentar – EBIA.....21

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – População residente no Distrito Federal, por quintis de rendimento mensal per capita, segundo condição de Segurança Alimentar (%) – 2009.....	25
Quadro 2 – População de 0 a 4 anos de idade, residente no Distrito Federal, por quintis de rendimento mensal per capita, segundo condição de Segurança Alimentar (%) – 2009.....	25
Quadro 3 – Rendimento mensal domiciliar per capita médio por Região Administrativa.	26
Artigo 1– Validação fatorial da versão brasileira do Children’s Eating Behaviour Questionnaire em população de baixa renda no Distrito Federal.	
Tabela 1- Distribuição da amostra de acordo com características sociodemográficas. SCIA-Estrutural, DF, 2014.	37
Tabela 2- Rotação (Varimax) dos fatores da Análise de Componentes Principais da escala proposta, com 18 itens.	38
Tabela 3- Consistência interna do Questionário de Comportamento Alimentar Infantil.	39
Tabela 4- Correlação (Spermann) entre os fatores do CEBQ.	40
Artigo 2 – Percepção parental acerca da alimentação infantil e sua associação com insegurança alimentar	
Quadro 1- Relação de itens e conteúdos organizados por fatores do comportamento alimentar infantil analisados pelo CEBQ, aplicado na região do SCIA-Estrutural, DF, 2014.	49
Tabela 1- Distribuição da amostra de acordo com características sociodemográficas. SCIA-Estrutural, DF, 2014.	50
Tabela 2- Média dos fatores do comportamento alimentar por estado nutricional e situação de segurança alimentar, SCIA-Estrutural, DF, 2014.	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEBQ – Children’s Eating Behaviour Questionnaire

CODEPLAN - Companhia de Planejamento do Distrito Federal

DHAA – Direito Humano a Alimentação Adequada

EBIA – Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

FAO - Food and Agriculture Organization

HFSSM – Household Food Security Survey Measure

IA – Insegurança Alimentar

IAG – Insegurança Alimentar Grave

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

LOSAN – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

OMS – Organização Mundial de Saúde

OR – Odds Ratio

PIB – Produto Interno Bruto

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

RAs – Regiões Administrativas

SA – Segurança Alimentar

SAN – Segurança Alimentar e Nutricional

SCIA – Setor Complementar de Indústria e Abastecimento

SUMÁRIO

1) Introdução.....	13
1.1) Determinantes do Comportamento Alimentar Infantil.....	13
1.2) (In)Segurança Alimentar.....	16
1.3) Epidemiologia da Insegurança Alimentar no Brasil.....	17
1.4) Fome, Consumo de Alimentos e Insegurança Alimentar.....	19
1.5) Aferição da Insegurança Alimentar pela Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA.....	20
1.6) Children’s Eating Behaviour Questionnaire.....	22
2) Justificativa.....	23
3) Objetivos.....	24
3.1) Objetivo geral.....	24
3.2) Objetivos específicos.....	24
4) Métodos.....	25
4.1) Caracterização do estudo e da amostra.....	25
4.2) Coleta de Dados.....	28
4.3) Aspectos Éticos.....	28
4.4) Análise de Dados.....	28
5) Resultados e Discussão.....	31
5.1) Artigo 1 – Validação fatorial da versão brasileira do Children’s Eating Behaviour Questionnaire em população de baixa renda no Distrito Federal.	31
5.2) Artigo 2 – Percepção parental acerca da alimentação infantil e sua associação com insegurança alimentar.	43
6) Conclusão.....	55
7) Referências Bibliográficas.....	56
8) Anexos.....	62
8.1) Anexo A – Comparação entre o instrumento original e os estudos de validação do Children’s Eating Behaviour Questionnaire já realizados até 2015.	62
8.2) Anexo B – Aprovação da pesquisa “Percepção Parental do Comportamento Alimentar de Crianças Pré-escolares em uma População de Alta Vulnerabilidade Social” no comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.	64
8.3) Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	65
8.4) Anexo D – Instrumento de coleta de dados.	66

1) INTRODUÇÃO

1.1) Determinantes do Comportamento Alimentar Infantil

A alimentação, além de uma questão biológica, apresenta-se como um ato social, constituído culturalmente, de modo que cada indivíduo constrói sua própria relação com os alimentos de maneira subjetiva¹. Tal relação se inicia na amamentação e, posteriormente, se dá pelas ações e reações diante dos alimentos, constantemente influenciadas pela forma como estes são apresentados e oferecidos^{2,3,4}. Nos primeiros anos de vida a criança já inicia o processo de aprendizagem sobre o quê, como, quando e por quê comer ou não comer determinado alimento, e esse processo ocorre de acordo com a cultura do grupo social ao qual a criança pertence^{1,5}. Nesse sentido, a escolha da alimentação infantil é construída pela sociedade e transformada pelo contexto social e cultural^{1,6,7}.

Comumente, a família é o primeiro grupo de socialização da criança. Apesar de alguns autores como Molpeceres, Llinares e Musito (2006)⁸ defenderem que não há diferença de valores entre pais e filhos devido a essa socialização, outros como Whitbeck e Gecas (1988)⁹ entendem que variáveis de contexto familiar podem influenciar na formação desses valores nas crianças. Em termos psicossociais, os pais, no papel de educadores nutricionais (termo utilizado por Ramos e Stein, 2000), são os responsáveis pelo desenvolvimento efetivo do padrão alimentar^{1,10}. Isso porque as crianças entendem os pais como modelos para formação de suas práticas alimentares, além da maior disponibilidade de alimentos usualmente consumidos pela família^{11,12}.

Bandura (2008)¹³ utiliza o termo “modelação” referindo-se ao processo de aquisição ou modificação de comportamentos por meio da observação de modelos. Tal processo ocorre tanto no contexto familiar^{14,15} quanto na observação de outros contextos (escolar, por exemplo) e da mídia¹⁶. Ou seja, não basta o desejo dos pais de ter uma alimentação saudável quando outros fatores influenciam muito essa decisão, tais quais: nível de formação e informação dos pais, trabalho dos pais fora de casa, influência da mídia e de outras crianças¹⁷.

Um modelo teórico proposto por Story e colaboradores (2002)¹⁸ para entendimento das influências sobre o comportamento alimentar do adolescente parte da Teoria Social Cognitiva¹³ e de uma visão ecológica¹⁹; e pode ser extrapolado para outras faixas etárias, já que a importância dada a cada um dos elementos varia, também, de acordo com o período do ciclo de vida considerado²⁰.

Nesse modelo, as influências são divididas em quatro níveis, sendo esses: individual (intrapessoal), ambiente social (interpessoal), ambiente físico (situacional) e macrosistema (societal). O nível individual abrange aspectos biológicos e psicossociais, como valores, crenças, atitudes com relação a determinados alimentos, conhecimentos, preferências, comportamentos e estilos de vida. O ambiente social está relacionado aos processos interpessoais, por assim dizer, aos relacionamentos com outros (amigos, família, entre outros atores importantes). Por sua vez, o ambiente físico diz respeito ao acesso propriamente dito, à disponibilidade de locais de compra, escolhas alimentares e as mais diversas condições situacionais em que se dão as refeições e as escolhas. E, por fim, a influência social (mais indiretamente ligada ao comportamento alimentar) trata da mídia, os sistemas de produção e distribuição de alimentos, propagandas, regulamentação, segurança alimentar e políticas públicas. O dinamismo do modelo evidencia-se pelo fato do hábito alimentar influenciar e ser

influenciado pelos fatores expostos¹⁸. Desta forma, o comportamento alimentar apresenta natureza multideterminada, em uma interrelação entre aspectos socioambientais e pessoais na formação dos hábitos alimentares^{13,18,19,20}.

A alimentação desperta reações que envolvem tanto o campo sensorial, quanto o afetivo²¹. A escolha dos alimentos não ocorre de maneira diferente, ou seja, ela revela relações de status e identidade com o grupo ao qual se pertence. Portanto, muitas vezes o significado dessas escolhas está relacionado às crenças, a cultura do seu grupo e podem não estar de acordo com a ciência e a razão²².

Segundo Garcia (1997)²³, o comportamento alimentar não se limita a práticas como o tipo e quantidade dos produtos alimentares, companhia e locais de realização das refeições, mas abrange, também: as preparações, escolhas alimentares, alimentos desejados e apreciados, alimentos e preparações que os indivíduos gostariam de apreciar, a quantidade que os indivíduos pensam que comem, entre outros. Sendo assim, em situações de insegurança alimentar grave, nas quais o acesso à alimentação é restrito, os determinantes do comportamento alimentar podem apresentar diferenças significativas quando comparados a famílias em situação de segurança alimentar e nutricional, primeiramente nos adultos e, assim, influenciando no comportamento das crianças.

O consumo alimentar é um dos componentes do hábito alimentar, que pode ser compreendido como um conjunto de entendimentos, atitudes e práticas alimentares resultantes da assimilação do mundo e da construção da relação com os alimentos. Esse conceito foi utilizado por Monteiro (2009)²⁰ e é baseado no de *habitus* desenvolvido por Bourdieu (2002)²⁴ que se refere à ação e compreensão sobre o mundo social por um indivíduo ativo na construção de sua história.

Culturalmente, a alimentação infantil no Brasil consistia, basicamente, em alimentos de preparo caseiro, pouco processados²². Porém, com a crescente inserção da mulher no mercado de trabalho e conseqüente alteração na rotina e estrutura familiar, a prática alimentar infantil sofreu mudanças muito significativas, especialmente associadas ao maior acesso a produtos alimentícios e inovações tecnológicas que visam a praticidade^{4,25}.

O acesso aos alimentos industrializados/ultraprocessados por essas famílias, em grande parte delas, não significa dieta apropriada, tendo em vista que se observa o consumo diário de refrigerantes e a exclusão de frutas e verduras²⁶. Esse fato corrobora a fase de transição nutricional que vem ocorrendo no Brasil, caracterizada pela diminuição da prevalência de déficits nutricionais e aumento de casos de sobrepeso e obesidade em todas as faixas etárias²⁷, bem como em diferentes classes socioeconômicas²⁸.

Segundo dados da PNDS realizada em 2006²⁹, as crianças menores de cinco anos apresentam um padrão alimentar insatisfatório considerando as recomendações dos guias alimentares do Ministério da Saúde, com alto consumo de doces, refrigerantes e um baixo consumo de frutas, algumas hortaliças e carne. O estudo de Bortolini et al (2012)³⁰ aponta como fator determinante para acesso a esses alimentos o rendimento familiar, de maneira que o aumento da renda proporciona aumento da inserção de carnes e hortaliças. No entanto este aumento de renda favorece também o consumo de refeições prontas, pães, biscoitos e refrigerantes.

Em termos de antropometria, o estudo de Muller et al (2014)³¹ obteve uma prevalência geral (no Brasil) de excesso de peso em crianças menores de 5 anos de 12%, resultado maior do que o apontado pela PNDS (2006)²⁹, que foi de 7,3%. Nesse mesmo estudo demonstrou-se uma relação

inversa entre excesso de peso e a idade da criança, enquanto a renda não se relacionou ao estado nutricional.

Portanto, é cada vez maior a importância de se analisar os elementos que influenciam os hábitos alimentares na infância, bem como o entendimento das possíveis explicações para o estabelecimento de tais atitudes e escolhas alimentares.

Outras influências no comportamento alimentar infantil estão relacionadas ao ambiente das refeições, e, principalmente, à acessibilidade e disponibilidade de alimentos¹⁸. As crianças tendem a preferir alimentos que estão disponíveis em casa e seu consumo é maior quando estão acessíveis e prontos para comer³². Outros fatores também se relacionam com a formação dos hábitos alimentares como: local das refeições e exposição da criança à televisão enquanto se alimentam³³.

Além disso, o estilo de vida urbano atual levou o ambiente alimentar a se deslocar, frequentemente, do ambiente doméstico. Ou seja, cada vez mais lanches e refeições são realizados fora de casa, diminuindo o tempo destinado a elas bem como o compartilhamento desses momentos com a família e favorecendo a inclusão de alimentos industrializados e uma maior variedade de alimentos consumidos³⁴.

Pode se observar que existem, então, causas mais amplas e distais ligadas a alimentação da criança, que, no entanto, possuem impacto igualmente importante sobre ela²⁰. Tais causas, como políticas públicas, normas culturais e de consumo e exposição à mídia, devem ser compreendidas em um nível mais societal¹⁸.

As influências sociais são mais estáveis quando comparadas às já citadas, uma vez que as alterações nesse nível resultam de mudanças de maior abrangência, como políticas, econômicas e estruturais²⁰. Porém, algumas dessas relações podem estar mais diretamente ligadas ao comportamento alimentar quando intermediadas por elementos como relações familiares de consumo e local de moradia¹⁸.

A renda é constantemente citada como um fator determinante para o acesso a alimentos^{26,30}. O estudo de Panigassi et. al. (2008)²⁶ aponta a existência de associação entre a baixa renda (e insegurança alimentar) e o baixo consumo de frutas, verduras e legumes, dados condizentes com os resultados de Antunes et. al. (2010)³⁵, que mostraram que a insegurança alimentar (moderada e grave) contribui para a redução de todos os grupos de alimentos. Burlandy e SallesCosta (2007)³⁶ também destacam o comprometimento que a redução da disponibilidade pode ter em relação a qualidade da dieta e quantidade de seus alimentos em famílias em situação de insegurança alimentar.

O estudo de Bortolini et. al. (2013)³⁰, realizado com crianças brasileiras entre 6 e 59 meses de idade observou variações significativas entre o consumo de todos os alimentos pesquisados de acordo com a região de residência das crianças. Nas regiões Sul, Sudeste e Centro-oeste o consumo de alimentos mais recomendados (arroz, pão, batata, feijão, verdura de folha, legumes, carne, iogurte) foi mais frequente em comparação às crianças das regiões Norte e Nordeste (com exceção de alguns alimentos como frango, frutas, sucos de fruta e peixe). Uma das explicações possíveis é o maior número de municípios com elevadas prevalências de insegurança alimentar grave nessas regiões³⁷.

Em termos de políticas públicas, estudos indicam que a tendência é que as famílias de baixa renda, quando beneficiadas por algum programa de transferência de renda, gastem uma parcela

importante do benefício com aquisição de alimentos, especialmente para as crianças³⁸. Principalmente em situações de extrema pobreza, tais programas podem refletir em melhoria das condições sociais da população³⁹. Considerando a renda como um indicador de segurança alimentar e nutricional, é razoável supor que o benefício contribua, também, para a redução de insegurança alimentar e fome^{40,41}.

Relacionando diretamente ao consumo, o estudo de Paula et al (2012)³⁹ identificou diferenças significativas da participação de alimentos em escolares beneficiados e não beneficiados pelo programa Bolsa Família. Positivamente, houve um maior consumo de queijo/leite no lanche da manhã entre os beneficiados. Por outro lado, constatou-se também nessa classe um maior consumo de alimentos hipercalóricos não nutritivos (doces e *fast-food*), considerados negativos. Já no lanche da tarde, houve um consumo menor de alimentos como feijão e carne/frango (normalmente oferecidos nessa refeição na merenda escolar na região do estudo) entre os alunos beneficiados, diferença não observada no almoço e jantar. Uma possível explicação para esse padrão é a preferência das famílias de menor renda por alimentos que promovam maior saciedade, ou seja, devido às condições financeiras, elas optam pela compra de alimentos mais baratos e que permitem cobrir as necessidades nutricionais⁴².

1.2) (In)Segurança Alimentar

O conceito de segurança alimentar e nutricional (SAN), no Brasil, é abrangente e interdisciplinar e envolve questões desde as práticas sustentáveis de produção ao acesso de alimentos de qualidade, incluindo práticas alimentares saudáveis, cidadania e direitos humanos para toda a população, inclusive de classes sociais mais favorecidas⁴³.

Segundo o documento aprovado na II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e incorporado na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) (Lei nº 11.346, de 15 de julho de 2006), segurança alimentar e nutricional é definida como *“a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente saudáveis”*⁴⁴.

Uma maneira simples de dimensionar a SAN é estudá-la a partir de suas quatro dimensões: 1) Disponibilidade do alimento; 2) Acesso (físico e econômico) ao alimento; 3) Utilização de seus nutrientes; e 4) Estabilidade de disponibilidade, acesso e utilização do alimento. Pensando dessa forma, o acesso ao alimento é garantido quando o indivíduo tem a capacidade de adquirir esses alimentos em quantidade e qualidade adequada, respeitando os aspectos culturais, de maneira socialmente aceitável. A utilização de nutrientes diz respeito a sua utilização biológica, que resulta das condições de saúde do indivíduo, que podem incluir morbidades agudas, infecciosas ou crônicas. Além disso, a utilização biológica dos nutrientes pode sofrer influência dos hábitos e escolhas alimentares dos indivíduos, bem como do seu conhecimento acerca do teor nutricional dos alimentos.⁴⁵

Existem cinco indicadores comumente utilizados para medir segurança alimentar: 1) O método da *Food and Agriculture Organization (FAO)* para estimar a disponibilidade per capita de

calorias no nível nacional; 2) Renda domiciliar e inquéritos de despesas; 3) Consumo diário dos indivíduos; 4) Antropometria e 5) Escalas de medida de Segurança Alimentar validadas⁴⁶.

Porém, situações de insegurança alimentar podem ser detectadas por diversos tipos de indicadores como: fome, desnutrição, obesidade, consumo de alimentos de qualidade duvidosa ou prejudiciais à saúde, entre outros⁴⁷. Assim, a identificação dos determinantes da IA contribui para compreensão de quais grupos populacionais são mais vulneráveis ao problema, além de possíveis soluções para sua redução⁴⁸, permitindo o planejamento de ações direcionadas para tais determinantes, como, da disponibilidade de alimentos, acesso e consumo⁴⁹.

1.3) Epidemiologia da Insegurança Alimentar no Brasil

Analisando os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) acerca das condições de vida da população brasileira ao longo dos anos percebe-se que o Brasil é um país de desigualdades sociais, tanto no âmbito nacional quanto estadual e municipal⁵⁰. Apesar da economia do país estar entre as seis maiores do mundo, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) brasileiro ocupa a 79ª posição no ranking mundial e, quando se considera o índice de Gini, o país apresenta o 12º pior índice de desigualdade de renda⁵¹.

Dentro do território nacional, são observadas disparidades socioeconômicas regionais, sendo o Norte e o Nordeste menos desenvolvidos e as regiões Sul, Sudeste e Centro-oeste detentoras de índices mais elevados⁵². No âmbito municipal, foi observado no estudo de Gubert et al.³⁷ que a variação de prevalência domiciliar de insegurança alimentar grave (IAG) em municípios brasileiros atinge de 1% até 31% dos seus domicílios. Nesse estudo demonstraram-se, também, prevalências médias (entre 2,1% e 12,6%) de insegurança alimentar grave em 50,4% dos municípios da região Centro-oeste e no Distrito Federal.

A Pesquisa Suplementar de Segurança Alimentar – PNAD de 2013 fez, em convênio com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), um levantamento de dados dos anos de 2004, 2009 e 2013 para estimar a prevalência da situação de segurança alimentar no país⁵³. Observou-se que:

- 1) Houve diminuição do número de domicílios particulares em situação de insegurança alimentar de 2009 para 2013, passando de 30,2% a 22,6%;
- 2) A prevalência de Segurança Alimentar foi maior em domicílios da área urbana do que da rural;
- 3) Os domicílios das Regiões Norte e Nordeste apresentaram as maiores prevalências de IA (Figura 1).

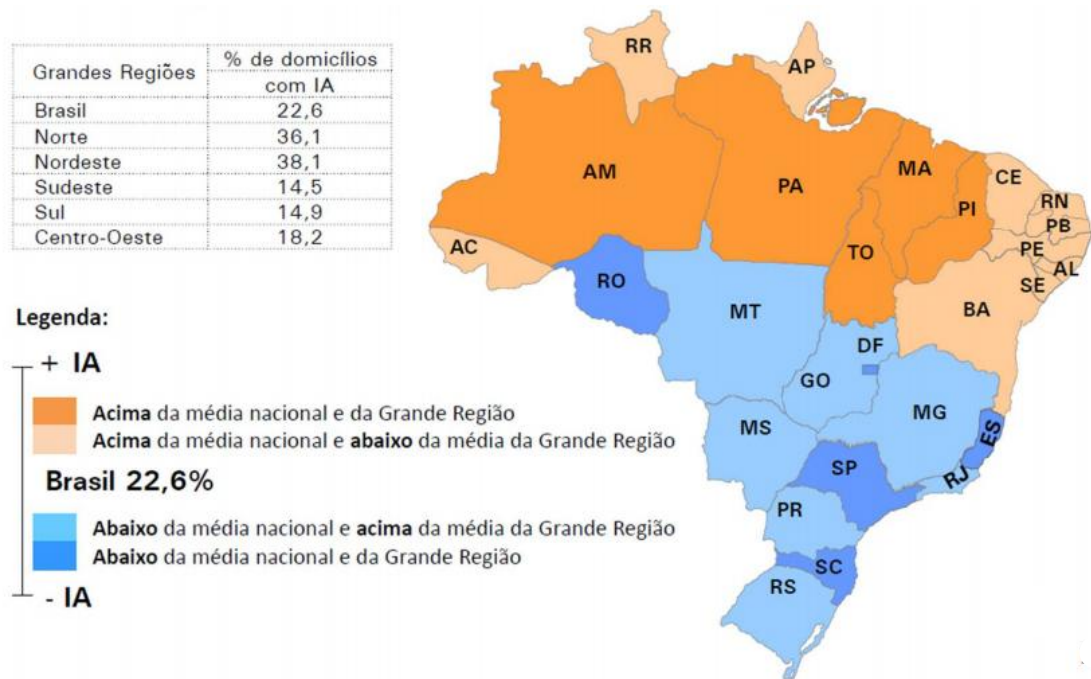


Figura 1. Mapa da Prevalência de Insegurança alimentar em domicílios particulares, por Unidade da Federação –2013. Fonte: Pesquisa Suplementar de Segurança Alimentar – PNAD 2013.

Com relação à população infantil, estudos internacionais descrevem uma maior suscetibilidade deste grupo populacional à insegurança alimentar⁵⁴. Estudos realizados nos EUA e na Índia revelaram prevalências de IA significativamente maiores em famílias com crianças^{54,55}.

No Brasil, foi realizada, em 2006, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) que coletou dados de IA nos domicílios com mulheres em idade fértil e moradores menores de 18 anos²⁹. Tal pesquisa tornou possível a análise das informações referentes aos indivíduos em processo de desenvolvimento, portanto, em potencial risco nutricional, dentre eles, crianças nos primeiros cinco anos de vida, que vivem uma fase de mudanças marcantes nos hábitos alimentares, desenvolvimento cognitivo, linguístico, social e emocional, caracterizando-se como um grupo de maior vulnerabilidade biológica⁵⁶. Neste estudo, a prevalência de insegurança alimentar estimada pela EBIA foi próxima a 38%, permaneceu em proporções mais elevadas entre famílias com crianças (57% vs. 44%)⁵⁶.

Poblacion e colaboradores (2014)⁵⁶ estudaram o processo de insegurança alimentar e da fome no Brasil a partir dos dados da amostra de domicílios com residentes menores de cinco anos de idade, obtidos pela PNDS, 2006. Os pesquisadores encontraram altas prevalências de insegurança alimentar leve, moderada e grave nos domicílios com crianças menores de cinco anos no país, como também as grandes disparidades macrorregionais e urbano-rural. Ainda nesse estudo, constatou-se que 17,5% das residências brasileiras com moradores menores de cinco anos estavam em insegurança moderada ou grave nos três meses que antecederam a entrevista, representando mais de dois milhões de domicílios após expandir a amostra.

A fome é a expressão extrema de situações de insegurança alimentar grave. Em famílias cuja renda é baixa, observa-se que, procurando otimizar os recursos financeiros, os indivíduos trocam a qualidade dos alimentos e da dieta, consumindo alimentos mais baratos e menos saudáveis. Posteriormente, começam a diminuir a quantidade de alimentos ofertados à família, especialmente aos adultos²⁶. A relação entre fome, consumo e IA será discutida na subseção seguinte.

1.4) Fome, Consumo de Alimentos e Insegurança Alimentar

No Brasil 17,5% dos domicílios com crianças menores de cinco anos encontravam-se em situação de IA moderada e grave em 2006, passando por situações de restrição alimentar⁵⁶. A deficiência alimentar pode ser sinônimo de fome, porém, nem sempre tal fenômeno é visível e facilmente reconhecido. A fome crônica, silenciosa, pode ser uma das formas de carência mais difíceis de observar, e uma das mais relevantes²⁶. Nessa situação, a família precisa otimizar o uso dos seus recursos financeiros, e, para isso, utiliza estratégias como diminuir a qualidade e quantidade dos alimentos e priorização de um membro da família considerado mais vulnerável, como crianças e idosos^{48,57}. Essa condição de fome insatisfeita e prolongada cria vulnerabilidades biológicas e sociais e, muitas vezes, resulta em doenças⁵⁸.

Contudo, estudo de Panigassi e colaboradores (2008)²⁶ observou que, apesar da existência de estratégias de priorização de consumo alimentar infantil em situações de IA, a presença de fome entre adultos e/ou crianças ocorreu em mais de 19 mil famílias em Campinas. Além disso, demonstrou que a frequência de refeições principais diminui com o agravamento da insegurança alimentar e que essas famílias apresentam dieta monótona e composta majoritariamente por alimentos de alta densidade energética.

Para uma avaliação mais criteriosa da insegurança alimentar, é necessária uma diferenciação entre alguns conceitos, comumente utilizados como sinônimos. O baixo consumo alimentar não se equipara com insegurança alimentar, visto que carências nutricionais independem da situação de fome, e podem estar presentes em lares com segurança alimentar; e insegurança alimentar não se vincula, necessariamente, à desnutrição. Apesar de ser claro que a IA grave possa levar a tal desfecho, suas consequências, por outro lado, também passam pelo sobrepeso quando há aumento do consumo de alimentos de alta densidade energética e baixo custo⁵⁶.

O estudo de Antunes e colaboradores (2010)³⁵ avaliou o consumo alimentar de crianças menores de três anos residentes em áreas de alta prevalência de insegurança alimentar domiciliar. Os resultados mostraram que o percentual de inadequação de consumo de energia e nutrientes (proteínas e ferro, por exemplo) foi maior entre as crianças inseguras (moderada e grave, principalmente), enquanto o consumo de glicídios acima da recomendação foi significativamente maior nesse grupo. Com relação aos grupos de alimentos, crianças com IA leve apresentaram maior consumo de hortaliças, doces, açúcares e café e menor consumo de cereais comparadas às em SA; enquanto as inseguras nas formas moderada e grave o consumo foi significativamente reduzido para cereais, hortaliças, frutas, carnes e ovos e gorduras. Destacou-se, porém, que o consumo de verduras, legumes, leite e derivados demonstrou-se aquém das recomendações, independente da situação de segurança alimentar do domicílio. Os resultados desse estudo foram condizentes com outros já existentes na literatura^{26,59,60}.

É importante que se destaque a existência de variações mais graves da IA, que tratam da fome, corrompendo o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Tais condições contradizem as condições necessárias e essenciais dos seres humanos desenvolverem suas capacidades e participarem, plena e dignamente, da sociedade⁴⁴. A segurança alimentar é uma condição necessária para o bem-estar físico, social e mental⁴³. A impossibilidade da mãe de prover a quantidade mínima

de alimentos aos seus filhos pode causar ansiedade, melancolia, preocupação ou irritabilidade e, sua própria privação diminuía a energia disponível para os cuidados e estímulos do desenvolvimento físico e mental das crianças, refletindo no vínculo mãe-filho^{61,62}. A falta de qualidade dos cuidados recebidos pela criança, inclusive com a alimentação, assistência e estímulo nos seus primeiros anos de vida, pode ter um efeito negativo e irreversível no seu desenvolvimento⁶³. Sendo assim, causa ou consequência da incerteza de poder alimentar a si e a seus filhos, a depressão materna pode ser um indicador indireto de que a insegurança alimentar influencia negativamente a saúde e desenvolvimento das crianças^{61,64} e, não obstante, pode-se supor que tal influência alcance o comportamento alimentar infantil.

1.5) Aferição da Insegurança Alimentar pela Escala Brasileira de Insegurança Alimentar - EBIA

Em 1945, com o fim da Segunda Guerra Mundial, o conceito de segurança alimentar, pouco abrangente, se limitava à disponibilidade de alimentos e uma ameaça aos países que, devido à guerra, se encontravam sem condições de produção em quantidade suficiente para sua população. Esse contexto levou a FAO a propor o indicador de medida padronizado a partir da disponibilidade calórica per capita para acompanhar tendências históricas e estabelecer comparações entre países^{65,66}.

Com o passar do tempo, tal conceito ganhou complexidade e outros indicadores foram introduzidos para entender e mensurar suas novas dimensões incorporadas⁴³. Passou-se, então, a analisar o acesso aos alimentos (diferente da disponibilidade) através dos indicadores de rendimento familiar, gasto familiar com compra de alimentos e consumo alimentar individual além de, especialmente entre crianças, avaliar-se os indicadores antropométricos pela sua consequência nutricional⁶⁵.

Tais indicadores, inclusive o de disponibilidade calórica per capita, possuem vantagens e desvantagens quanto ao uso, considerando seus objetivos de estimativa. Com exceção do consumo alimentar, todos são especificamente apropriados para identificação e análise dos determinantes de insegurança alimentar ou dimensionamento das suas consequências para a saúde e nutrição dos indivíduos e populações⁴³.

Apenas na década de 90, o Departamento Americano de Agricultura assumiu um papel de liderança nos esforços para desenvolver uma escala capaz de medir diretamente a insegurança alimentar domiciliar a partir das escalas de Radimer/Cornell^{67,68} e do Projeto Comunitário de Identificação de Fome Infantil⁶⁹. Tal escala foi chamada de *U.S. Household Food Security Survey Measure (HFSSM)*^{70,43}.

Diversos países traduziram e validaram a HFSSM⁷¹ e, em 2004, o Brasil obteve sua própria versão, nomeada Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). O objetivo desse instrumento é medir diretamente a percepção da insegurança alimentar e da fome em nível domiciliar, relacionado com a dificuldade de acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente, e avaliar o efeito dos programas e políticas públicas em nível populacional⁴³. A EBIA considera a percepção das famílias sobre a situação de insegurança alimentar, uma vez que estão presentes também componentes psicológicos importantes como a incerteza de poder adquirir alimento no próximo mês⁷².

Inúmeros estudos já realizados no Brasil demonstram que a EBIA é adequada para identificação de populações ou grupos de risco, em âmbito nacional, regional ou local, bem como para o estudo dos determinantes e consequências da IA⁴⁰.

Em 2010, foi realizada uma atualização da EBIA por meio da Oficina Técnica para Análise da Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar. As mudanças consistiram na exclusão da associação da perda de peso com IA e exclusão de item repetitivo. O questionário passou, então, a possuir 14 itens sobre a situação alimentar vivenciada no domicílio nos últimos 90 dias antecedentes à entrevista⁵¹.

Para classificação dos domicílios, atribui-se uma pontuação para cada resposta da escala (“sim” ou “não”), sendo a pontuação maior quando o domicílio possui pelo menos um morador menor de 18 anos de idade. Os pontos de corte são: 0 = Segurança alimentar, de 1 a 5 = Insegurança alimentar leve, de 6 a 9 = Insegurança alimentar moderada e de 10 a 14 = Insegurança alimentar grave e seus significados estão descritos na figura 2.

Segurança Alimentar	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente, e sequer sentem-se na iminência de sofrer restrição em um futuro próximo.
Insegurança Alimentar Leve	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupação ou incerteza quanto a disponibilidade de alimentos no futuro em quantidade e qualidade adequada.
Insegurança Alimentar Moderada	<ul style="list-style-type: none"> • Redução quantitativa de alimentos e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultantes da falta de alimentos entre adultos.
Insegurança Alimentar Grave	<ul style="list-style-type: none"> • Redução quantitativa de alimentos e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultantes da falta de alimentos entre adultos e/ou crianças; e/ou privação de alimentos; fome.

Figura 2. Classificação de situação de segurança alimentar a partir da Escala Brasileira de Insegurança alimentar. Fonte: PNUD, 2014.

Uma das possíveis limitações da EBIA é tratar da quantificação de um fenômeno inegavelmente subjetivo. Apesar disso, a confiabilidade de seus resultados é considerada alta por ser um instrumento cujos conceitos e conteúdos estão fortemente enraizados na experiência de vida com IA ou fome⁴³. Além disso, os estudos de validação desse instrumento são exaustivos e se mostram bastante consistentes com a sua alta capacidade preditiva de SAN quando comparadas com as resultantes dos indicadores indiretos^{73,74,75,76,77}. Sendo assim, esse foi o instrumento escolhido para verificar a situação de segurança alimentar das famílias nesse trabalho.

1.6) Children's Eating Behaviour Questionnaire

Para avaliar especificamente a percepção parental acerca dos estilos alimentares em crianças pequenas, foi desenvolvido, no Reino Unido, o Children's Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ). Trata-se de um instrumento composto por 35 itens. O questionário foi elaborado de modo a abranger as atitudes alimentares que estão relacionadas com o excesso de peso ou desnutrição⁷⁸.

As perguntas do questionário abordam, de forma objetiva, os seguintes aspectos: Vontade de comer após condições externas como ser exposto a um alimento saboroso, consumo exagerado após alterações emocionais, interesse em comer e apetite para bebidas, resposta à saciedade, baixo consumo após alterações emocionais e comer devagar e rejeição alimentar⁷⁸. As respostas são pontuadas através de uma escala tipo Likert de 5 pontos, variando com a frequência do evento, sendo as respostas possíveis: "Nunca", "Raramente", "Às vezes", "Quase sempre" e "Sempre".

O instrumento original é capaz de avaliar oito dimensões da percepção parental do comportamento alimentar infantil, que podem ser associadas ao estado nutricional da criança: 1)resposta à saciedade, 2)ingestão lenta, 3)seletividade, 4)resposta à comida, 5)prazer em comer, 6)desejo de beber, 7)sobre-ingestão emocional e 8)sub-ingestão emocional. Essas dimensões se integram em dois grupos distintos e opostos: o Prazer em Comer, resposta à comida e sobre-ingestão emocional que, no seu conjunto, avaliam o comportamento de "atração pela comida"; enquanto a resposta à saciedade, ingestão lenta, seletividade e sub-ingestão emocional avaliam os comportamentos de "evitamento de comida"⁷⁸.

A resposta à saciedade avalia a capacidade da criança de autorregular a sua ingestão e apetite, de modo a compensar uma refeição anterior, enquanto a resposta à comida e o prazer em comer associam uma maior resposta aos fatores externos relacionados aos alimentos, tais como fatores sociais que influenciam a ingestão e o apetite; estas duas dimensões avaliam o interesse pela comida. O desejo de beber se relaciona com o interesse da criança por bebidas açucaradas, como refrigerantes, e a sobre-ingestão emocional avalia a reatividade emocional à comida, já a ingestão lenta se relaciona com a falta de interesse pela comida e, finalmente, a seletividade inclui a falta de apetite e preferências alimentares e a sub-ingestão com a inibição do apetite⁷⁸.

A utilização de versão adaptada de um instrumento já existente apresenta vantagens notáveis, a principal delas é a possibilidade de se comparar, com maior equidade na avaliação, dados obtidos em amostras de contextos diferentes, já que se utiliza a mesma medida, que avalia o construto a partir da mesma perspectiva metodológica e teórica⁷⁹.

O CEBQ já passou pelo processo de adaptação e validação em diversos países, entre eles Holanda⁸⁰, Portugal⁸¹, Chile⁸², Suécia⁸³ e China⁸⁴. O Brasil ganhou, recentemente, sua versão traduzida e adaptada por pesquisadores da Universidade de Brasília⁸⁵, entretanto, a equivalência conceitual e idiomática é apenas o primeiro passo no processo de adaptação^{86,87}, pois, ainda que os métodos qualitativos sejam indispensáveis, eles não fornecem qualquer informação sobre as propriedades psicométricas do novo instrumento⁸⁸.

Entende-se, assim, que adaptar e validar um instrumento são processos distintos e complementares, sendo, na validação, utilizadas análises estatísticas para avaliar em que medida o instrumento pode, de fato, ser considerado válido para o contexto ao qual foi aplicado⁷⁹.

2) JUSTIFICATIVA

Com base no exposto, percebe-se a complexidade do processo de formação do hábito alimentar infantil, envolvendo acesso, consumo, preferências, relações familiares/sociais e fatores psicossociais e demográficos, bem como a necessidade e importância de uma maior investigação sobre o tema que, atualmente, no Brasil, continua pouco presente na literatura. Em contrapartida, observa-se o aumento alarmante do índice de sobrepeso/obesidade e a má qualidade da dieta das crianças, especialmente daquelas em situação de segurança alimentar.

Tal panorama fundamenta-se em questões já bastante exploradas como: acesso aos alimentos, políticas públicas de saúde e aspectos culturais, porém, outros fatores mais especificamente ligados ao comportamento alimentar das crianças continuam pouco entendidos, por exemplo, seletividade, alta ou baixa ingestão devido a questões emocionais, relação psicológica dessas crianças com os alimentos e influência dos pais no comportamento infantil.

Nesse contexto, o presente estudo propõe um novo campo aos estudiosos da insegurança alimentar: um olhar sobre sua influência e suas consequências no comportamento alimentar das crianças. Ainda com relação ao comportamento alimentar infantil, busca-se contribuir para o crescimento do número de estudos na área, fornecendo ferramentas para futuros estudos. Dessa forma, pode-se entender melhor as vias que contribuem para levar a criança ao quadro de sobrepeso ou obesidade e, assim, traçar estratégias mais eficientes para reversão do quadro mundial.

3) OBJETIVOS

3.1) Objetivo Geral:

- ✓ Analisar a percepção parental acerca do comportamento alimentar infantil em crianças de 1 a 5 anos e sua associação com a IA domiciliar e estado nutricional, em uma população de baixa renda no DF.

3.2) Objetivos Específicos:

- ✓ Validar a versão traduzida e adaptada do Children's Eating Behaviour Questionnaire em crianças de 1-5 anos.
- ✓ Aferir estado nutricional das crianças e a situação de segurança alimentar das famílias;
- ✓ Verificar a percepção dos pais acerca do comportamento alimentar das crianças;
- ✓ Associar estado nutricional e situação de IA à percepção parental do comportamento alimentar infantil.

4) MÉTODOS

4.1) Caracterização do estudo e da amostra

Trata-se um estudo do tipo transversal. Os sujeitos da pesquisa foram crianças entre 1 e 5 anos incompletos que frequentavam o Centro de Saúde da região do SCIA-Estrutural, no Distrito Federal, no período de setembro à novembro de 2014.

O Distrito Federal é dividido em 31 Regiões Administrativas (RAs) e possui a maior renda per capita e o mais alto PIB per capita do Brasil. Apesar disso, apresenta grandes diferenças socioeconômicas entre suas RAs⁸⁹. Como a situação de insegurança alimentar está intimamente relacionada à renda⁹⁰ considerando que a população do DF se divide em estratos socioeconômicos distintos segundo localização geográfica (RA), é razoável supor que em cada estrato a variável de interesse (insegurança alimentar) apresente um comportamento substancialmente diverso. Por outro lado, pode-se inferir que o comportamento da variável de interesse é razoavelmente homogêneo dentro de cada estrato.

Conforme dados da PNAD 2009⁹⁰, verifica-se que a insegurança alimentar está associada à renda dos moradores do domicílio da seguinte forma: quanto menor o rendimento domiciliar per capita, maior a chance de o domicílio apresentar insegurança alimentar (Quadro 1). Quando avaliado o recorte da população de 0 a 4 anos de idade, essa relação se mantém (Quadro 2).

Quadro 1: Distribuição percentual da população residente no Distrito Federal, por quintis de Rendimento Mensal Domiciliar per capita, segundo Condição de Segurança Alimentar (%) – 2009

Quartil	Condição de Segurança Alimentar (%)		
	Segurança	Insegurança	Total
1 (20% mais pobres)	56,76	43,24	100,00
2	63,11	36,89	100,00
3	75,23	24,77	100,00
4	88,29	11,71	100,00
5 (20% mais ricos)	94,67	5,33	100,00
Total	75,82	24,18	100,00

Fonte: IBGE / Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009

Quadro 2: Distribuição percentual da população de 0 a 4 anos de idade, residente no Distrito Federal, por quintis de Rendimento Mensal Domiciliar per capita, segundo Condição de Segurança Alimentar (%) – 2009

Quartil	Condição de Segurança Alimentar		
	Segurança	Insegurança	Total
1 (20% mais pobres)	47,76	52,24	100,00
2	53,20	46,80	100,00
3	61,16	38,84	100,00
4	74,84	25,16	100,00
5 (20% mais ricos)	91,21	8,79	100,00
Total	65,74	34,26	100,00

Fonte: IBGE / Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009

O quadro 3 expõe as RA's do Distrito Federal ordenadas de acordo com o rendimento domiciliar per capita médio (em reais) e divididas em cinco estratos, sendo o primeiro estrato o que representa as RA's dentre as 20% mais pobres e o último estrato as 20% mais ricas⁹¹.

Quadro 3: Rendimento Mensal domiciliar per capita médio por Região Administrativa do DF.

REGIÃO ADMINISTRATIVA	Rendimento Mensal domiciliar per capita médio (R\$)	Estratos
SCIA-Estrutural	299,55	1
Recanto das Emas	487,61	
Paranoá	503,42	
Varjão	509,67	
São Sebastião	522,42	
Itapoã	529,17	
Planaltina	560,51	2
Santa Maria	581,54	
Riacho Fundo II	595,71	
Brazlândia	606,27	
Ceilândia	611,29	
Samambaia	614,68	
Gama	951,8	3
Candangolândia	995,2	
Riacho Fundo	1.076,63	
SAI	1.173,90	
Sobradinho II	1.203,35	
Sobradinho	1.271,11	
Taguatinga	1.318,38	4
Núcleo Bandeirante	1.467,94	
Vicente Pires	1.534,43	
Guará	1.803,35	
Cruzeiro	2.060,99	
Águas Claras	2.401,83	
Jardim Botânico	3.040,68	5
Park Way	3.173,98	
Brasília (Plano Piloto - Asa Sul e Asa Norte)	3.835,27	
Lago Norte	4.297,96	
Sudoeste/Octogonal	4.792,33	
Lago Sul	5.420,62	
DISTRITO FEDERAL	1.367,90	

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 2010

Para esse estudo, optou-se pela realização da coleta na RA de menor renda (SCIA-Estrutural), já que, nessa região, é possível encontrar tanto crianças em situação de insegurança alimentar (grave, moderada ou leve) quanto crianças em situação de segurança alimentar.

A formação do SCIA-Estrutural tem sua origem em uma invasão de catadores de lixo próximo ao aterro sanitário do Distrito Federal existente há décadas naquela localidade, Com o passar do ano

e as obras realizadas em seus arredores, o conjunto de barracos que ocupava o local cresceu consideravelmente, tornando-se, em 2004, uma Região Administrativa, atualmente com população de aproximadamente 35.801 habitantes⁹². Dados da Pesquisa Distrital por Amostras de Domicílios de 2013⁹³ caracterizam essa região como jovem (63,23% da população possui entre 15 e 39 anos de idade). Com relação à escolaridade, a maior parte dos habitantes não concluiu o ensino fundamental. Apesar das condições de moradia muitas vezes serem precárias, 90% dos domicílios possuem serviços de infraestrutura urbana. Os trabalhadores que possuem carteira de trabalho assinada não chegam a 50% e a renda concentra-se entre um a cinco salários mínimos mensais (82,11%).

Foram incluídas na pesquisa crianças com idade entre 1 a 5 anos incompletos na data da pesquisa, acompanhadas pela mãe, pai ou responsável e residentes do SCIA-Estrutural e excluídas crianças que não puderem ter seu peso ou altura aferidos por patologia ou imobilizações ou que não fossem moradoras da região.

Considerando a população de crianças de 1 a 5 anos incompletos no SCIA-Estrutural ($n=3286$)⁹³, a prevalência do evento (insegurança alimentar grave = 4,2%)⁹⁰, o nível de significância de 95% e o erro máximo de 5%, o dimensionamento amostral obtido foi de 359 crianças.

Para realizar a validação do CEBQ utilizou-se a recomendação de Pasquali e colaboradores (2010)⁹⁴ de que, em caso de dúvidas quanto ao número de dimensões medidas pelo instrumento, o usual é a utilização de 10 sujeitos para cada item do questionário na amostra, que deve ser homogênea⁹⁴, sendo, portanto, necessários 350 questionários nesse estudo.

O questionário era composto por 5 módulos, sendo:

- Módulo 1 – Dados socioeconômicos: Idade, sexo, raça, condições de moradia, rede de esgoto, abastecimento de água, estado civil, anos de estudo do chefe da família e da mãe da criança, situação de emprego, renda, recebimento de transferência de renda, exposição à televisão e internet, entre outros.
- Módulo 2 – Dados antropométricos da criança.
- Módulo 3 – Escala Brasileira de Insegurança Alimentar– EBIA para classificação do participante nesse critério. Essa escala tem sido amplamente utilizada no Brasil, seja com propósitos acadêmicos ou mesmo como indicador adequado e válido para as políticas de combate à insegurança alimentar e fome⁹⁵.
- Módulo 4 – Versão brasileira do CEBQ^{78,85} para avaliar a percepção parental do comportamento alimentar das crianças.
- Módulo 5 – Alimentação infantil: Dados sobre aleitamento materno e consumo semanal de alimentos.

Os módulos 1, 3, 4 e 5 eram realizados primeiramente, em entrevista feita pelos pesquisadores. Posteriormente, durante o atendimento da criança pela equipe do centro de saúde, as medidas antropométricas de peso e estatura das crianças eram realizadas pela equipe saúde da família (médicos ou enfermeiros). Para medição da estatura foi utilizado o Estadiômetro de leitura frontal, com graduação em milímetros. Para obtenção do peso foram utilizadas balanças antropométricas com capacidade de 150kg e intervalos de 100g e balanças pediátricas digitais para crianças que não ficavam em pé, equipamentos padrão nos serviços de saúde. Para ser avaliada, a criança deveria tirar os sapatos e a fralda.

Para o cálculo dos índices nutricionais das crianças segundo a referência OMS-2006 foi utilizado o software “WHO Anthro 2006”⁹⁶. O índice antropométrico IMC/idade foi expresso como desvios-padrão (escores Z) da população de referência e submetidos ao critério de “plausibilidade biológica”, procedimentos recomendados pela Organização Mundial da Saúde. Crianças com valores do desvio-padrão 2 vezes menor que o valor mediano da população de referência serão consideradas com déficit nutricional para o índice sob análise. Crianças com valores de desvio-padrão do 2 vezes maior que a mediana da população de referência serão consideradas com excesso nutricional para o índice sob análise.

4.2) Coleta de Dados

A coleta teve início após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Coordenadora Geral de Saúde do Guará e da Gerente do Centro de Saúde Número 04, responsáveis pelo centro de saúde localizado no SCIA-Estrutural, bem como dos chefes de cada equipe atuante nesse centro.

Os possíveis candidatos foram convidados a participar da pesquisa enquanto aguardavam atendimento no centro de saúde e, decidindo participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nesse momento. Nos casos de recusa em participar, a abordagem foi feita ao próximo imediato da fila. A coleta foi realizada entre os meses de setembro e novembro de 2014 e resultou em uma amostra de 360 questionários respondidos.

Os questionários foram respondidos por um dos pais ou responsável e preenchidos devidamente por pesquisador treinado para tal. Foram descartados dois questionários incompletos

4.3) Aspectos Éticos

Atendendo ao que estabelece a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa levou em conta os princípios éticos de respeito pela autonomia das pessoas, bem como a obrigação ética de aumentar ao máximo os benefícios e reduzir ao mínimo os danos. O presente projeto foi submetido à análise e aprovado pelo Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília, sob número 39849014.4.0000.0030. O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelos participantes, em duas vias, antes da entrega dos questionários, ficando uma via com cada participante e uma com a pesquisadora.

4.4) Análise de dados

A análise univariada expressou a frequência de cada variável sob a forma de proporções e respectivos intervalos de confiança de 95%, tendo sido utilizada para descrição dos dados sociodemográficos (sexo, idade, anos de estudo, estado nutricional e situação de segurança alimentar) encontrados.

Para a validação do CEBQ o procedimento adotado foi a análise fatorial (método de análise dos componentes principais), com rotação “*varimax*”, visando verificar que dimensões o instrumento

aplicado foi capaz de avaliar. A análise fatorial é um dos procedimentos estatísticos mais utilizados na construção, revisão e avaliação de instrumentos psicométricos⁹⁷.

Nesse procedimento é utilizada uma variedade de técnicas estatísticas que facilitam a interpretação de dados observados diretamente. Isto é feito analisando-se os inter-relacionamentos entre as variáveis observadas para que possam ser descritas convenientemente por um conjunto menor de categorias de conteúdo (fator). Ou seja, o objetivo da análise fatorial é a definição do relacionamento entre as variáveis de modo simples para utilização de um número menor de fatores que o número original de variáveis nas análises⁹⁷.

A análise fatorial mostra quais fatores o instrumento está medindo e quais itens compõem cada fator, produzindo, para cada item, sua carga fatorial (saturação) no fator; e esta carga fatorial indica a covariância entre o item e o fator⁹⁴.

Para realização das estatísticas descritivas e analíticas, foi utilizado o Software IBM SPSS Statistics 20 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). Inicialmente, o banco de dados foi analisado em relação a inconsistências, dados ausentes e casos extremos. O percentual de dados ausentes encontrados no banco de dados não foi significativo, abaixo de 5%^{97,98}. Porém, como a análise fatorial não pode ser realizada com dados ausentes, esses foram substituídos pelo valor médio de cada variável (imputação única)⁹⁹.

Foi encontrado apenas um caso extremo multivariado por meio da distância de Mahalanobis. Assim, optou-se por excluí-lo para não causar prejuízos aos resultados da análise fatorial. Os casos extremos univariados foram mantidos, pois eram importantes para a caracterização das variáveis e não apresentaram qualquer padrão de diferenciação.

As medidas de dispersão (Skewness e Kurtosis), assim como os testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, apresentaram valores significativos, apontando para a não normalidade da amostra, mesmo após a retirada dos casos extremos e transformação das variáveis sugerida por Hair e colaboradores (2005)⁹⁸. Tal fenômeno já era esperado devido à natureza da variável, que não costuma apresentar distribuição normal na população. Apesar da ausência de normalidade das variáveis, a análise fatorial é robusta à violação desse pressuposto, principalmente em grandes amostras, considerando aquelas com mais de 200 sujeitos^{94,97,98}.

A análise fatorial assume que a relação das variáveis seja linear e é indicado que variáveis que não estejam produzindo relacionamentos lineares ou aquelas com multicolinearidade sejam eliminadas ou transformadas, tais critérios foram respeitados nessa pesquisa.

Primeiramente, foi analisada a matriz de correlação entre as variáveis para verificar a sua fatorabilidade. Utilizou-se o KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) para análise comparativa entre os coeficientes de correlação simples e parcial. Pequenos valores para esse índice indicam que a análise fatorial dessas variáveis não é adequada, já que as correlações entre pares de variáveis não podem ser explicadas pelas outras variáveis. Resultados da medida KMO acima de 0,90 são classificados de maravilhosos, acima de 0,80 de meritórios, na faixa dos 0,70 de moderados, na faixa dos 0,60 de medíocres, na faixa dos 0,50 de miseráveis e abaixo de 0,50 de inaceitáveis (classificação proposta por Neiva e colaboradores, 2013)⁹⁷.

A covariância é o grau de parentesco entre o item e o fator, dessa forma, quanto mais próximo de 100% esse valor, melhor a representatividade do item para o comportamento do fator. As cargas fatoriais são expressas com valores entre -1,00 e +1,00. Uma carga de 0,00 significa que não

há qualquer relação entre o item e o fator e o valor 0,30 (positivo ou negativo) é comumente considerado como a carga mínima necessária para o item ser um representante útil do fator⁹⁴.

A precisão da consistência interna se dá por várias técnicas estatísticas que visam verificar a homogeneidade da amostra de itens do teste. Para isso, uma das técnicas mais utilizadas é a alfa de Cronbach, que exige aplicação do teste em uma única ocasião, evitando a constância temporal. Essa técnica é apropriada quando a resposta ao item pode assumir mais de duas alternativas⁹⁴. A literatura internacional considera índices superiores a 0,6 como aceitáveis para o alfa de Cronbach⁹⁷.

Para estabelecer a correlação entre os fatores encontrados foi utilizado o ρ de Spearman, considerando que os dados não satisfazem as condições para realização dos testes paramétricos (r de Pearson), ou seja, os dados não apresentam distribuição normal¹⁰¹.

Para as análises do segundo artigo, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Este teste é apropriado para amostras que não possuem distribuição normal, apresentando-se como um equivalente não-paramétrico da ANOVA. O teste utiliza a comparação de médias de grupos (mais de dois) e o ponto de corte da significância é $p < 0,05$ ¹⁰⁰.

5) RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1) Artigo 1 –

Título: Validação fatorial da versão brasileira do Children's Eating Behaviour Questionnaire em população de baixa renda no Distrito Federal.

Autoras: Mariana Delgado de Olival, Muriel Bauermann Gubert e Renata Alves Monteiro.

Resumo: O Brasil enfrenta, há alguns anos, o fenômeno da transição alimentar e nutricional. Observa-se que a alta prevalência de desnutrição cede lugar a um quadro igualmente importante de sobrepeso e obesidade, em todas as classes econômicas e regiões. Apesar dos fatores já conhecidos associados com o ganho de peso em crianças, como consumo inadequado de alimentos, continua sendo um desafio descobrir os comportamentos subjacentes que possam contribuir com esse fenômeno do sobrepeso/desnutrição. Um dos instrumentos utilizados para tal é o *Children's Eating Behaviour Questionnaire*, cuja versão brasileira foi desenvolvida e adaptada culturalmente por pesquisadores da Universidade de Brasília e o presente estudo teve como objetivo validá-lo para uma população de baixa renda, no contexto brasileiro. **Métodos:** A amostra foi composta por 358 crianças de 1 a 5 anos incompletos, de ambos os sexos, representativa para a região de mais baixa renda do Distrito Federal. Foi realizada análise fatorial para verificação da validade dos constructos. **Resultados:** Definiu-se uma escala de 18 itens, formando 4 constructos, com KMO=0,835, 60% da variância explicada e valores de alfa de Cronbach entre 0,74 e 0,88. **Conclusão:** O presente estudo validou a versão brasileira do *Children's Eating Behaviour Questionnaire* para crianças menores de 5 anos em famílias de baixa renda no DF. Adaptações à escala original foram necessárias devido a diferenças culturais e sociais da amostra, quando comparada a outros estudos já realizados. Estudos adicionais são recomendados para verificar aplicabilidade em outras populações.

Termos de indexação: Pré-escolar, Baixa renda, Comportamento Alimentar.

Abstract: Brazil has been facing for many years the food and nutrition transition. We have been observing that the high prevalence of malnutrition gives way to an equally important picture of overweight and obesity in all economic classes and regions. Despite the known factors already associated with weight gain in children, such as inadequate food intake, it remains a challenge to discover the underlying behaviors that may contribute to this phenomenon of overweight / malnutrition. One of the tools used for unveiling such behaviors is the Children's Eating Behaviour Questionnaire, which was translated to Portuguese and culturally adjusted by researchers at the University of Brasilia. The present study aimed at validating it for a low-income population in the Brazilian context. **Methods:** The sample consisted of 358 children from 1 to 4 years of age, of both genders, representative for the lowest income region of Distrito Federal. Factor analysis was performed to verify the validity of the constructs. Results: We defined a scale of 18 items, forming four constructs, with KMO = 0.835, 60% of the explained variance and Cronbach's alpha values between 0.74 and 0.88. **Conclusion:** This study validated the Brazilian version of the Children's Eating Behaviour Questionnaire for children under 5 years of social vulnerability. Adaptations to the original scale were necessary due to cultural and social differences of the sample compared to other previous studies. Further studies are recommended to check applicability to other populations.

Index terms: Preschool, Social Vulnerability, Eating Behavior.

Introdução

O Brasil enfrenta, há alguns anos, o fenômeno da transição alimentar e nutricional¹. Observam-se mudanças nas prevalências dos desvios nutricionais entre crianças no país, onde a alta prevalência de desnutrição cede lugar a um quadro igualmente importante de sobrepeso e obesidade, em todas as classes econômicas e regiões^{2,3}. Enquanto a prevalência de déficit de peso infantil na década de 70 era de 29,3% e a de obesidade de 10,9%, em 2008/09 esses valores passaram, respectivamente, para 7,2% e 34,8%³. Uma possível explicação para esse quadro é que crianças menores de cinco anos apresentam um consumo alimentar insatisfatório de acordo com as recomendações dos guias alimentares do Ministério da Saúde, com baixo consumo de frutas, vegetais e carne, além de alto consumo de doces e refrigerantes^{4,5}.

Além da conhecida relação entre excesso de peso ou desnutrição com o padrão de consumo entre crianças, outros estudos vêm demonstrando sua associação também com certos comportamentos alimentares na população infantil⁶. Contudo, continua sendo um desafio estudar os comportamentos subjacentes que possam contribuir com o fenômeno do sobrepeso/desnutrição⁷.

Um dos instrumentos utilizados para estudar tais comportamentos (através da percepção parental) é o *Children's Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ)*⁶. Sua versão original é constituída por 35 itens e avaliam oito dimensões do comportamento alimentar, que podem ser associadas ao estado nutricional da criança: 1) resposta à saciedade, 2) ingestão lenta, 3) seletividade, 4) resposta à comida, 5) prazer em comer, 6) desejo de beber, 7) sobre-ingestão emocional e 8) sub-ingestão emocional. Essas dimensões se integram em dois grupos distintos e opostos: A "Atração pela Comida" - prazer em comer, resposta à comida, sobre-ingestão emocional e desejo de beber; e o "Evitamento de Comida" - resposta à saciedade, ingestão lenta, seletividade e sub-ingestão emocional. As respostas são dadas por uma escala do tipo Likert de 5 pontos, variando entre "nunca" e "sempre".

No Brasil, o CEBQ foi traduzido e adaptado por Bento (2013)⁸, porém não chegou a ser aplicado. A utilização de versão adaptada de um instrumento já existente apresenta vantagens notáveis, a principal delas é a possibilidade de se comparar, com maior equidade na avaliação, dados obtidos em amostras de contextos diferentes, já que se utiliza a mesma medida, que avalia o construto a partir da mesma perspectiva metodológica e teórica¹¹.

Entretanto, a tradução semântica do instrumento (equivalência conceitual e idiomática) é apenas o primeiro passo no processo de adaptação⁹. Os métodos qualitativos, ainda que indispensáveis, não fornecem qualquer informação sobre as propriedades psicométricas do novo instrumento¹⁰, sendo, para tal, necessária a validação. Entende-se, assim, que adaptar e validar um instrumento são processos distintos e complementares, sendo, na validação, utilizadas análises estatísticas para avaliar em que medida o instrumento pode, de fato, ser considerado válido para o contexto ao qual foi aplicado¹¹.

Considerando que no Brasil o problema de sobrepeso e obesidade na infância atinge todas as classes sociais e que entre os menos privilegiados economicamente este problema é especialmente importante¹², este estudo teve como objetivo validar o *Children's Eating Behaviour Questionnaire* para uma população de baixa renda, no contexto do DF.

Métodos

A amostra foi composta por 358 crianças de 1 a 5 anos incompletos, de ambos os sexos, representativa para uma das regiões (SCIA-Estrutural) de mais baixa renda do Distrito Federal¹³. A pesquisa foi autorizada pelo comitê de ética da Faculdade de Saúde da UnB sob número 39849014.4.0000.0030.

As entrevistas foram realizadas com os pais ou responsáveis pela criança, no Centro de Saúde local, nos dias de atendimento da pediatria e preenchidas por uma equipe de pesquisadores treinados para tal. A coleta ocorreu durante os meses de setembro, outubro e novembro de 2014. O local escolhido foi a sala de acolhimento, enquanto os responsáveis aguardavam pela consulta da criança. O instrumento de pesquisa era composto pela versão traduzida e adaptada do CEBQ⁸, além de dados sociodemográficos (sexo, idade e anos de estudo dos pais).

Foi realizada análise fatorial para verificação da validade dos constructos. No processo de análise dos seus pressupostos, um questionário foi excluído por se tratar de um caso extremo multivariado. Foi utilizado o método de análise dos componentes principais com rotação “*varimax*” e extraídos os fatores com “valor próprio” (*eigenvalue*) superiores a 1, de acordo com as configurações prévias do programa estatístico.

Primeiramente, foi analisada a matriz de correlação entre as variáveis para verificar a sua fatorabilidade. Utilizou-se o KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) para análise comparativa entre os coeficientes de correlação simples e parcial. A covariância foi analisada para verificar o grau de representatividade do item para o comportamento do fator. Foram considerados valores de 0,30 (positivo ou negativo) como a carga mínima necessária para o item ser um representante útil do fator¹⁶. A precisão da consistência interna dos itens foi analisada a técnica do alfa de Cronbach, que exige aplicação do teste em apenas uma ocasião e é apropriada quando a resposta ao item pode assumir mais de duas alternativas¹⁶. A literatura internacional considera índices superiores a 0,6 como aceitáveis para o alfa de Cronbach¹⁷. Finalmente, a correlação entre os fatores foi analisada pelo coeficiente de Spearman, sendo significativa no nível 0,01 unilateral.

Todas as análises foram realizadas utilizando-se o Software IBM SPSS Statistics 20 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

Resultados

Foram avaliados 357 questionários. Dentre as crianças, 50,7% eram do sexo feminino e 49,3% do sexo masculino. A maioria (59,4%) das crianças tinha entre um e dois anos de idade no dia da pesquisa, sendo que a média de idade foi de 2,3 anos. A média de idade das mães foi de 28,87 anos (DP= 6,93 anos). Já no que tange a escolaridade, a diferença entre a média de anos de estudo do pai (8,2 anos) e da mãe (8,7 anos) foi de menos de um ano de estudo (Tabela 1).

Na primeira hipótese, utilizando todos os itens da escala (35), foi encontrada uma solução de 10 fatores, que explicavam 63% da variância dos itens e possuíam um índice de adequação da amostra (KMO) de 0,825. Porém, alguns problemas encontrados foram: 1) Alguns itens não alcançaram o valor mínimo na matriz de covariância (0,3); 2) Itens tiveram cargas aceitáveis e próximas em mais de um fator; 3) Os valores do alfa de Cronbach dos fatores foram inferiores ao

esperado (menores que 0,6); e 4) Alguns fatores eram constituídos por apenas um item, sendo, por isso, impossível precisar sua consistência interna.

Considerando as análises estatísticas e a base teórica da literatura existente, optou-se pela exclusão de tais itens (17, no total). Os novos resultados para a escala de 18 itens mostraram uma solução de 4 fatores, com $KMO=0,835$, 60% da variância explicada e valores de alfa de Cronbach entre 0,74 e 0,88. Os itens que compuseram cada fator e seus respectivos índices são apresentados nas tabelas 2 e 3.

Os itens 14, 19 e 34 foram atribuídos aos fatores 1 e 4, porém, foram mantidos no fator 4, em concordância com o modelo original, pois, dessa forma, melhores resultados foram obtidos para variância, KMO e alfa de Cronbach. Nos outros casos, tais índices não modificaram ou pioraram seus valores com presença dos itens ambíguos e optou-se, então, pela sua exclusão.

A tabela 4 apresenta a matriz de correlação entre os fatores encontrados. Foi encontrada uma correlação positiva ($P<0,01$) entre os fatores Prazer em Comer/Seletividade/Resposta à Saciedade e Resposta à Comida e os fatores Desejo de Beber e Resposta à Comida, enquanto a correlação foi negativa ($P<0,01$) entre os fatores Prazer em Comer/Seletividade/Resposta à Saciedade e Ingestão Lenta e Ingestão Lenta e Resposta à Comida.

Discussão

Esse foi o primeiro estudo de validação do CEBQ realizado no Brasil. O resultado encontrado foi diferente do modelo proposto na construção original do instrumento, com 7 fatores e 35 itens⁶. Porém, o modelo aqui proposto, com 4 fatores e 18 itens, tem caráter provisório, uma vez que sem a replicação do estudo não é possível determinar se trata-se de um modelo de aplicação geral ou exclusivo para a nossa amostra.

No estudo de Bento (2013)⁸ foram realizadas as seguintes etapas do processo de adaptação do instrumento: autorização do autor do instrumento original, tradução por dois tradutores, resolução de discrepância entre os dois tradutores e síntese em uma versão final, retrotradução por outros dois tradutores, avaliação da versão final por três especialistas da área e adaptação cultural a partir da avaliação dos juízes. O processo foi realizado visando uma população de estudo semelhante a do instrumento original, majoritariamente de classe média na Inglaterra, mas não chegou à fase de aplicação.

O primeiro ponto importante a ser destacado é a diferença cultural e de classe econômica da amostra, tratando-se de uma população de baixa renda. Outros estudos de validação, em sua maioria, foram realizados na Europa e, mesmo os realizados em outros continentes, contaram com amostras predominantemente de classe média^{6, 7, 19, 20, 21, 22, 23}. Uma baixa escolaridade dos pais, comuns em populações de baixa renda, pode ter influenciado os resultados por não compreensão e baixa relevância dos itens^{6, 18}. Em concordância com essa hipótese, alguns estudos sugerem que mães de baixa renda podem interpretar questionários bem diferentemente do esperado pelos pesquisadores²⁴.

Na faturação exploratória inicial, com o questionário original, muitos itens foram atribuídos a diversos fatores e outros a nenhum, demonstrando uma fragilidade em sua estrutura para o contexto aplicado, ou seja, o conteúdo dos itens pode ter sido ambíguo nessas situações. Resultados bastante

semelhantes foram encontrados no estudo de Sparks e Radnitz (2012)¹⁸, que também avaliou a aplicabilidade do CEBQ em população de baixa renda.

A formação do fator 1 deste estudo envolveu itens de mais de um fator do CEBQ original (“prazer em comer”, “seletividade” e “resposta à saciedade”) e houve exclusão total de dois fatores (“sub-ingestão emocional” e “sobre-ingestão emocional”), resultado que sugere que o conceito de cada fator, como estruturado no instrumento original, pode não fazer sentido para a população estudada. A mesma situação foi verificada em estudo americano¹⁸, que sugere que mais investigações sejam feitas para definir mais claramente quais comportamentos alimentares infantis são relevantes e elaborar itens que, de fato, capturem esse comportamento. Apesar da diferença, cada sub-escala ficou com os itens que originalmente a compunham, com exceção daqueles que foram excluídos por não serem considerados bons representantes.

Considerando que a média de idade das crianças foi de 2,3 anos (DP = 1,10 anos) e diferente da versão original⁶ (2 a 7 anos), uma possível explicação é que as perguntas do questionário não sejam aplicáveis em responsáveis de crianças brasileiras de baixa renda e pouca idade, pois eles podem ter dificuldade em identificar, em crianças dessa faixa etária, as emoções citadas em alguns itens, como “preocupação” ou “ansiedade”. Faz-se necessário destacar que, isolada da situação de renda, a pouca idade das crianças não seria suficiente para explicar o resultado, uma vez que outros estudos foram realizados com crianças menores de 3 anos e obtiveram resultados mais semelhantes ao estudo original^{19,22}.

Apesar das diferenças quando comparado ao instrumento original, a versão brasileira do CEBQ conseguiu explicar bem as dimensões analisadas na população estudada. Ou seja, com sua estrutura diminuída (de 35 para 18 itens) e simplificada foi possível analisar os 4 fatores com segurança, uma vez que 60% da variação de respostas foi explicada por esses fatores e o índice de adequação da amostra (KMO) foi considerado alto (0,835).

Uma fragilidade deste estudo é a avaliação do comportamento alimentar da criança por meio de relato dos responsáveis, que pode estar sujeito a esquecimentos, desejabilidade social e falha de interpretação dos itens. Assim, não é possível determinar se as respostas traduzem o real comportamento da criança.

Conclusão

O presente estudo validou a versão brasileira do CEBQ para crianças entre 1 e 5 anos incompletos em famílias de baixa renda no DF. A escala de 18 itens aqui proposta é válida, porém tem aplicação provisória restrita a populações de baixa renda. Estudos adicionais são recomendados para verificar aplicabilidade em outras populações.

Tabelas

Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com características sociodemográficas. SCIA-Estrutural, DF, 2014.

Variável	n	%	(IC=95%)
Sexo das crianças (n=357)*			
Feminino	181	50,7	45,51-55,89
Masculino	176	49,3	44,11-54,49
Idade das crianças (n=355)*			
1 ano	102	28,7	24,01-33,39
2 anos	109	30,8	25,92-35,48
3 anos	74	20,8	16,59-25,01
4 anos	70	19,7	15,57-23,83
Média: 2,3(+1,10)			2,19-2,42
Média de idade da mãe: 28,87(+6,93)			28,09-29,66
Anos de estudo dos pais			
Mãe (n=314)*			
Nunca estudou	3	1	(-)0,03-2,03
Ensino fundamental incompleto	87	27,7	23,06-32,34
Ensino fundamental completo	53	16,9	13,01-20,79
Ensino médio incompleto	55	17,5	13,56-21,44
Ensino médio completo	102	32,5	27,64-37,36
Ensino superior incompleto	10	3,1	1,37-5,03
Ensino superior completo	4	1,3	0,12-2,48
Média (em anos de estudo): 8,7(+2,77)			8,4-9,02
Pai (n=339)*			
Nunca estudou	4	1,2	0,07-2,33
Ensino fundamental incompleto	126	37,2	32,19-42,21
Ensino fundamental completo	50	14,7	11,03-18,37
Ensino médio incompleto	49	14,5	10,85-18,15
Ensino médio completo	93	27,4	22,77-32,03
Ensino superior incompleto	10	2,9	1,16-4,64
Ensino superior completo	7	2,1	0,61-3,59
Média (em anos de estudo): 8,2(+3,06)			7,85-8,54

*O número de respostas varia por variável em função das informações ignoradas.

Tabela 2. Rotação (Varimax) dos fatores da Análise de Componentes Principais da escala proposta, com 18 itens.

Nome dos Fatores e itens que os compõem	Carga
Fator 1 - Prazer em Comer/Seletividade/Resposta à Saciedade (30,2% da variância)	
1. Meu filho ama comida	0,77
3. Meu filho tem muito apetite	0,82
10. Meu filho gosta de experimentar novos alimentos	0,51
16. Meu filho gosta de uma grande variedade de alimentos	0,64
17. Meu filho deixa comida no prato depois que termina uma refeição	0,56
20. Meu filho espera ansiosamente pela hora das refeições	0,57
22. Meu filho gosta de comer	0,78
24. É difícil agradar meu filho das refeições	0,66
30. Meu filho não é capaz de comer a refeição se tiver comido alguma coisa antes	0,41
33. Meu filho decide que não gosta de determinada comida mesmo sem experimentá-la	0,54
Fator 2 - Desejo de Beber (15% da variância)	
6. Meu filho está sempre pedindo refrigerantes ou sucos adoçados para beber	0,81
29. Se pudesse escolher, meu filho beberia (refrigerantes ou sucos adoçados) em todas as refeições do dia	0,84
31. Se pudesse escolher, meu filho beberia (refrigerantes ou sucos adoçados) a todo instante	0,85
Fator 3 - Ingestão Lenta (7,7% da variância)	
4. Meu filho termina suas refeições rapidamente	0,70
8. Meu filho come devagar	0,69
Fator 4 - Resposta à Comida (7,3% da variância)	
14. Se eu deixasse, meu filho comeria mais do que o necessário*	0,46
19. Se pudesse escolher, meu filho comeria a maior parte do tempo*	0,47
34. Se fosse dada a chance, meu filho estaria sempre comendo alguma coisa*	0,44

*Originalmente, esses itens tiveram cargas maiores no fator 1 (0,56/0,52/0,47), porém, foram mantidos no fator 4 em concordância com o modelo teórico original, considerando que obtiveram valores também aceitáveis para tal fator.

Tabela 3. Consistência interna do Questionário de Comportamento Alimentar Infantil

Fatores	Alpha de Cronbach
Prazer em Comer/Seletividade/Resposta à Saciedade	0,75
Desejo de Beber	0,87
Ingestão Lenta	0,88
Resposta à Comida	0,74

Tabela 4. Correlação (Spermann) entre os fatores do CEBQ

		PC/S/RS	DB	IL	RC
Prazer em Comer/Seletividade/Resposta à Satedade (PC/S/RS)	Coeficiente de correlação	--	--	--	--
	Significância	--	--	--	--
Desejo de Beber (DB)	Coeficiente de correlação	,009	--	--	--
	Significância	,867	--	--	--
Ingestão Lenta (IL)	Coeficiente de correlação	-,363**	-,094	--	--
	Significância	,000	,076	--	--
Resposta à Comida (RC)	Coeficiente de correlação	,432**	,261**	-,302**	--
	Significância	,000	,000	,000	--

** . Correlação é significativa no nível 0.01 unilateral.

Referências

1. Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad saúde pública*. 2003; 19(1): 181S-91S.
2. Costa MB, Silva JHA, Simões ACSR, Alves MJM. Obesidade infantil: características em uma população atendida pelo programa de saúde da família. *Revista APS*. 2011; 14(3): 283-88.
3. Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamento Familiares (POF) 2008-2009 – Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. Poblacion AP, Marin-León L, Segall-Corrêa AM, Silveira JA, Taddei JADAC. Insegurança alimentar em domicílios brasileiros com crianças menores de cinco anos. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(5): 1067-78.
6. Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *Journal of Child Psychology Psychiatry*. 2001; 42(7): 963-70.
7. Sleddens EF, Kremers SP, Thijs C. The Children's eating behavior questionnaire: factorial validity and association with Body Mass Index in Dutch children aged 6-7. *International Journal of Behavioral Nutrition Physical Activity*. 2008; 5(1): 49.
8. Bento AS. Tradução e adaptação cultural de um instrumento sobre comportamento alimentar infantil para a população brasileira [Graduação]. Brasília: Universidade de Brasília, 2013.
9. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. Equivalence and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Quality of Life Research*. 1997; 6(3): 237-47.
10. Eremenco SL, Cella D, Arnold BJ. A comprehensive method for the translation and crosscultural validation of health status questionnaires. *Evaluation & the Health Professions*. 2005; 28(2), 212-32.
11. Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos. *Paidéia*. 2012; 22 (53): 423-32.
12. Monteiro F, Schmidt ST, da Costa IB, Almeida CCB, da Silva Matuda N. Bolsa Família: insegurança alimentar e nutricional de crianças menores de cinco anos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(5): 1347-57.
13. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2010.
14. World Health Organization (WHO). Multicentre Growth Reference Study Group 2006. WHO Child Growth Standards: Length/height- for age, weightfor-age, weight for length, weight for height: Methods and development. Geneva: World Health Organization; 2006.
15. World Health Organization (WHO). Physical Status: the Use and Interpretation of Anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series n. 854. Geneva: WHO, 1995.
16. Pasquali L & colaboradores. Instrumentação Psicológica: Fundamentos e Práticas. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
17. Neiva ER, Abbad G, Tróccoli BT. Roteiro para Análise Fatorial de Dados. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e Organizacional. Brasília: Universidade de Brasília, 2013.
18. Sparks MA, Radnitz CL. Confirmatory factor analysis of the Children's Eating Behaviour Questionnaire in a low-income sample. *Eating behaviors*. 2012; 13(3): 267-70.

19. Cao YT, Svensson V, Marcus C, Zhang J, Zhang JD, Sobko T. Eating behavior patterns in Chinese children aged 12-18 months and association with relative weight-factorial validation of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *International Journal of Behavioral Nutrition Physical Activity*. 2012; 9 (5): 1-7.
20. Ashcroft J, Semmler C, Carnell S, van Jaarsveld CHM, Wardle J. (2008). Continuity and stability of eating behaviour traits in children. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2008; 62(8): 985–90
21. Viana V, Sinde S, Saxton JC. Children's eating behaviour questionnaire: associations with BMI in Portuguese Children. *Journal of Nutrition*. 2008; 100(2): 445-50.
22. Santos JL, Ho-Urriola JA, González A, Smalley SV, Domínguez-Vásquez P, Cataldo R, *et al.* Association between eating behavior scores and obesity in Chilean children. *Nutrition Journal*. 2011; 10(108):1-8.
23. Svensson V, Lundborg L, Cao Y, Nowicka P, Marcus C, Sobko T. Obesity related eating behavior patterns in Swedish preschool children and association with age, gender, relative weight and parental weight factorial validation of Children's Eating Behaviour Questionnaire. *International Journal of Behavioral Nutrition Physical Activity*. 2011; 8(1): 134.
24. Jain A, Sherman SN, Chamberlin LA, Whitaker RC (2004). Mothers misunderstand questions on a feeding questionnaire. *Appetite*. 2004; 42(3): 249–54.

5.2) Artigo 2 –

Título: Percepção parental acerca da alimentação infantil e sua associação com insegurança alimentar

Autoras: Mariana Delgado de Olival, Muriel Bauermann Gubert e Renata Alves Monteiro

Resumo: A insegurança alimentar é especialmente encontrada em famílias que possuem crianças em sua constituição e pode causar um prejuízo no vínculo mãe-filho. Tais consequências podem abranger o comportamento alimentar infantil, uma vez que a família é o primeiro grupo de socialização da criança. O objetivo deste estudo é analisar a percepção parental acerca do comportamento alimentar infantil em pré-escolares e sua associação com a IA domiciliar, em uma população de baixa renda no Distrito Federal. **Métodos:** A amostra foi composta por crianças entre 1 a 5 anos incompletos da região de mais baixa renda do Distrito Federal. Os questionários foram aplicados pelos pesquisadores em um dos pais da criança. O instrumento continha dados sociodemográficos, a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, o Questionário de Comportamento Alimentar Infantil e medidas antropométricas. **Resultados:** A média de idade das crianças foi de 2,3 anos e 31,2% encontrava-se em risco de sobrepeso ou sobrepeso/obesidade. 62,2% da população encontrava-se com algum nível de insegurança alimentar. Não foram observadas diferenças significativas entre os fatores do comportamento alimentar segundo o estado nutricional da criança. Com relação a insegurança alimentar, observou-se uma tendência de aumento na média de respostas no grupo mais inseguro. **Conclusão:** Encontrou-se uma associação positiva entre insegurança alimentar e comportamentos alimentares de maior atração pela comida, indicando a tendência a um comportamento compulsivo pelas crianças do grupo, embora não tenha sido encontrada diferença significativa na associação com estado nutricional, possivelmente pela restrição alimentar sofrida por essas crianças, independentemente do desejo de consumir os alimentos.

Termos de indexação: Pré-escolar, Baixa renda, Insegurança Alimentar e Comportamento Alimentar.

Abstract: Food insecurity is especially found in families who have children in their constitution and can cause damage in the mother-child bond. Such consequences may include changes in the children's eating behavior, as the family is commonly the child's first socialization group. The aim of this study is to analyze the parental perception of children's eating behavior in preschool children and its association with the home IA in a highly vulnerable population. **Methods:** The sample consisted of children from 1 to 4 years of age from the lowest income region of Distrito Federal. The questionnaires were applied in one of the children's parents. The instrument contained sociodemographic data, the Brazilian Food Insecurity Scale, the Children's Eating Behavior Questionnaire and anthropometric measurements. **Results:** The average age was 2.3 years and 31.2% was in risk of overweight or overweight / obesity. 62.2% of the population experienced some level of food insecurity. No significant differences were observed between the eating behavior of the factors according to the children's nutritional status. About food insecurity, there was an increasing tendency in the average responses in the most insecure group. **Conclusion:** Was found a positive association between food insecurity and eating behaviors of greater attraction to food, indicating the tendency to compulsive behavior by children of the group, although it was not a significant difference in association with nutritional status, possibly by food restriction experienced by the children, regardless of the desire to consume food.

Index terms: Preschool, Low income, Food Insecurity and Eating Behavior.

Introdução

No Brasil, ao longo dos anos, o conceito de segurança alimentar e nutricional (SAN) evoluiu, tornando-se abrangente e interdisciplinar, envolvendo sustentáveis de produção, acesso a alimentos de qualidade, incluindo práticas alimentares saudáveis, cidadania e direitos humanos para toda a população¹.

Desta forma, problemas como a fome, desnutrição, obesidade e consumo de alimentos de qualidade duvidosa ou prejudiciais à saúde podem ser indicadores de situações de insegurança alimentar (IA)². A identificação dos determinantes da IA contribui para compreensão dos grupos populacionais mais vulneráveis e possibilita identificar medidas possíveis para redução do problema³.

Um dos grupos de maior vulnerabilidade à IA é a população infantil. A IA tende a ser maior em famílias com crianças em sua composição, comparadas às que não as possuem^{4, 5}.

Em situação de IA, a impossibilidade da mãe de proporcionar aos filhos a quantidade mínima de alimentos a eles necessários pode impactar negativamente no vínculo mãe-filho⁶. Essa situação pode causar à mãe ansiedade, melancolia, preocupação, irritabilidade e, devido à privação alimentar, pode diminuir a energia disponível para o cuidado e estímulo ao desenvolvimento físico e mental das crianças^{7,8}. Causa ou consequência da incerteza de poder alimentar a si e a seus filhos, a depressão materna pode ser um indicador indireto de como a insegurança alimentar influencia negativamente a saúde e desenvolvimento das crianças^{7,9}. Pode-se supor, portanto, que a influência da IA domiciliar alcance consequências sobre o comportamento alimentar infantil, uma vez que comumente a família, especialmente a mãe, é o primeiro grupo de socialização da criança e que já nos primeiros anos de vida a criança inicia o processo de aprendizagem sobre o comportamento alimentar, condizente com a cultura do seu grupo social¹⁰.

No ambiente familiar, os estilos e práticas parentais na alimentação, o ambiente emocional durante as refeições, a modelagem, as crenças dos pais acerca de alimentação e os elementos sociodemográficos são fatores que influenciarão a formação das preferências alimentares infantis^{11, 12, 13, 14, 15, 16}.

A situação de insegurança alimentar pode estar ligada a práticas diferenciadas, uma vez que nem sempre o alimento está presente à mesa em quantidade e qualidade desejadas. O estudo de Feinberg e colaboradores (2008)¹⁸ encontrou uma associação positiva entre a prática alimentar compensatória e a situação de insegurança alimentar. As estratégias utilizadas pelos pais nesta situação podem ter um impacto importante na maneira como a criança se relaciona com os alimentos¹⁷. Tais estratégias podem fortalecer hábitos saudáveis ou ter resultados indesejáveis como o desenvolvimento da seletividade e da neofobia alimentar.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi analisar a percepção parental acerca do comportamento alimentar infantil em pré-escolares e sua associação com a IA domiciliar, em uma população de baixa renda no Distrito Federal, Brasil.

Metodologia

A amostra foi composta por crianças entre 1 a 5 anos incompletos, de ambos os sexos, representativa para a região de mais baixa renda do Distrito Federal (SCIA-Estrutural)¹⁹. A amostra foi calculada com erro máximo de 5% e intervalo de confiança de 95%, sendo estimada em 350 crianças.

A metodologia incluía aplicação de questionários a um dos pais da criança. As entrevistas foram aplicadas pelos pesquisadores no período de setembro a novembro de 2014, na única Unidade Básica de Saúde (UBS) da região, em dias de atendimento da pediatria. Enquanto os responsáveis aguardavam pela consulta de rotina da criança, eram convidados a participar da pesquisa e, caso concordassem, o questionário era aplicado em uma sala de acolhimento, garantindo assim a privacidade das respostas. A pesquisa foi autorizada pelo comitê de ética da Faculdade de Saúde da UnB, sob número 39849014.4.0000.0030.

O instrumento de pesquisa contemplava a coleta de dados sociodemográficos (sexo da criança, idade da mãe e da criança, anos de estudos da mãe e renda), a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)²⁰ e a versão brasileira do Children's Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ)²¹. Foram aferidos também peso e estatura das crianças.

A Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) é composta de 14 itens e avalia, segundo escore de respostas positivas, a situação de insegurança alimentar domiciliar em: leve (1-4 pontos), moderada (5-9 pontos) e grave (10-14 pontos).

O CEBQ foi originalmente desenvolvido na Inglaterra²², traduzido e adaptado culturalmente ao Brasil²¹ e validado para uso em populações de baixa renda. Trata-se de instrumento composto por 18 itens (Quadro 1) e que é capaz de analisar 4 fatores do comportamento alimentar infantil: 1) Prazer em Comer/Seletividade/Resposta à Saciedade; 2) Desejo de Beber; 3) Ingestão Lenta; e 4) Resposta à Comida. As respostas são em escala *Likert* de 5 pontos, variando de “nunca” a “sempre”. As médias apresentadas para cada pergunta/fator correspondem a esta escala *Likert*, sendo atribuída a seguinte pontuação: nunca (1), raramente (2), às vezes (3), quase sempre (4) e sempre (5).

As medidas antropométricas de peso e estatura das crianças foram realizadas pela equipe saúde da UBS, sendo registradas no questionário. Para o cálculo e classificação dos índices nutricionais das crianças foi utilizado o software “WHO Anthro 2006”²⁴, sendo as crianças classificadas pelo escore-z dos seus índices IMC/idade²⁴, utilizando os pontos de corte preconizados pela OMS^{24,25}.

Para as análises de associação entre as variáveis foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis e foram considerados significativos valores de $p < 0,05$. As análises foram realizadas no Software SPSS Statistics 20 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

Resultados

A amostra final foi de 357 pares responsável/criança, sendo 50,7% das crianças do sexo feminino. A média de idade foi de 2,3 anos (DP= $\pm 1,1$ anos). A maior parte das crianças era eutrófica segundo IMC/idade (55,6%), com alta prevalência de crianças em sobrepeso ou obesidade (31,2%). Com relação à escolaridade, a média de anos de estudo materna foi de 8,7 anos, equivalente ao ensino fundamental completo.

A média de renda per capita das famílias foi de R\$335,13 reais, o que representa menos de meio salário mínimo, em 2015 (R\$788 reais). Não obstante, observa-se que 62,2% da população encontrava-se com algum nível de insegurança alimentar, sendo 9,5% em IA grave (Tabela 1).

A tabela 2 apresenta as médias das respostas dos quatro fatores do CEBQ segundo o estado nutricional da criança, não sendo observadas diferenças significativas.

Quando comparadas as médias entre dos fatores e a condição de SAN, percebe-se uma tendência de aumento na média de respostas no grupo mais inseguro (IA moderada/grave), porém, a diferença apenas foi significativa no fator “Resposta à Comida” (Tabela 2).

Discussão

A média de idade das crianças participantes dessa pesquisa (2,3 anos) deve-se a maior frequência desse público nas consultas de Crescimento e Desenvolvimento, como preconizado pela “Rede Cegonha” do Sistema Único de Saúde (SUS), programa cujo um dos objetivos é a garantia da atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade²⁶.

O valor da média do rendimento per capita mensal das famílias pesquisadas (R\$335,13) é ainda menor que o aferido em pesquisa anterior para a mesma região do Distrito Federal (DF)²⁷, de R\$378,44 reais. Mais de 70% dos entrevistados recebiam até meio salário mínimo, indicando uma alta prevalência de pobreza e vulnerabilidade econômica e social.

Essa renda insuficiente normalmente está atrelada a uma maior ocorrência de insegurança alimentar²⁸, o que explica o elevado percentual de indivíduos em IA moderada/grave (29,4%), comparado à prevalência deste evento no DF (11,2%)²⁸. A pobreza dessa população já foi documentada anteriormente, sendo ela uma das regiões de maior vulnerabilidade social do DF²⁷.

Não foi encontrada associação entre a média de pontuação dos fatores do CEBQ e o estado nutricional (EN) da criança, semelhantemente a outros estudos^{29,30}. Entretanto, alguns pesquisadores, anteriormente, identificaram associação positiva entre maior IMC e os fatores que indicam atração pela comida (prazer em comer e desejo de beber) e negativa com os fatores que indicam rejeição à comida (ingestão lenta, seletividade e resposta à saciedade)^{31,32,33}. Cabe ressaltar que estes estudos não utilizaram populações de baixa renda como neste estudo. Uma maior atração pela comida não necessariamente está ligada à possibilidade da ingestão da mesma quando a família vive em IA, assim como uma criança, mesmo que seletiva em termos alimentares, nem sempre pode escolher não comer determinado alimento (o que estaria ligado a menores IMCs) quando a comida da casa é escassa.

Embora não tenha sido identificada uma associação entre os fatores do CEBQ e EN, a proporção de crianças com excesso de peso e obesidade é elevada. Esse resultado corrobora estudos prévios associando positivamente o excesso de peso à situação de IA (principalmente na forma leve)^{34,35}, especialmente devido a substituição de alimentos saudáveis por outros de menor custo e maior valor energético³⁶.

Quando a IA foi relacionada aos quatro fatores de percepção parental acerca do comportamento alimentar pesquisados, mostrou-se uma diferença significativa entre as médias para o fator “Resposta à Comida”, sendo que os indivíduos em IA moderada/grave tinham as médias mais altas. Isso quer dizer que em situação de IA os pais tendem a perceber com mais frequência um

comportamento de atração pela comida (comportamento medido pelo fator em questão²³), podendo indicar uma relação de compulsão com o alimento por parte das crianças do grupo em situação de IA moderada/grave.

Importante salientar que o comportamento alimentar abrange aspectos subjetivos, socioculturais e psicológicos como: alimentos e preparações que os indivíduos gostariam de apreciar, a quantidade que os indivíduos pensam que comem, entre outros³⁷. Assim, por estarem em situação de restrição alimentar quali-quantitativa (IA moderada/grave)³⁸, o desejo de apreciar os alimentos pode contribuir para uma prática alimentar compulsiva. Ou ainda, considerando que o QCAI verifica a percepção dos pais e não constata o real comportamento da criança, o fator psicológico envolvido pelo “desejo de apreciar os alimentos” pode justificar a tendência de exagero nas respostas, independentemente do consumo real da criança.

Existem ainda poucos estudos relacionando insegurança alimentar e percepção parental acerca do comportamento alimentar infantil. Os resultados de estudos anteriores apontavam para a maior prevalência de práticas tanto restritivas (quando os pais limitam a ingestão da criança, ainda que ela esteja com fome) quanto de pressão (quando os pais incentivam o consumo mesmo que a criança não esteja com fome) em famílias inseguras^{18,39}, porém, a percepção parental desses comportamentos não foi analisada.

Conclusão

Observou-se uma associação positiva entre IA moderada/grave e comportamentos alimentares de maior atração pela comida, indicando a possibilidade de uma tendência a um comportamento compulsivo pelas crianças do grupo. Não foi encontrada diferença significativa na associação com EN, possivelmente pela restrição alimentar sofrida por essas crianças, independentemente do desejo de consumir os alimentos.

Uma limitação deste estudo é a impossibilidade de verificar se a tendência à maior atração pela comida é, de fato, um comportamento apresentado pela criança ou apenas um anseio dos pais de oferecer mais alimentos por se encontrarem em situação de IA. Mais estudos, especialmente com acompanhamento das crianças nas refeições e dados de consumo, são necessários para melhor entendimento da relação entre percepção parental de práticas alimentares infantis e situação de segurança alimentar.

Quadros e tabelas

Quadro 1. Relação de itens e conteúdos organizados por fatores do comportamento alimentar infantil analisados pelo QCAI, aplicado na região do SCIA-Estrutural, DF, 2014.

Fator 1 - Prazer em Comer/Seletividade/Resposta à Saciedade	
Item 1	Meu filho ama comida
Item 2	Meu filho tem muito apetite
Item 6	Meu filho gosta de experimentar novos alimentos
Item 8	Meu filho gosta de uma grande variedade de alimentos
Item 9	Meu filho deixa comida no prato depois que termina uma refeição
Item 11	Meu filho espera ansiosamente pela hora das refeições
Item 12	Meu filho gosta de comer
Item 13	É difícil agradar meu filho das refeições
Item 15	Meu filho não é capaz de comer a refeição se tiver comido alguma coisa antes
Item 17	Meu filho decide que não gosta de determinada comida mesmo sem experimentá-la
Fator 2 - Desejo de Beber	
Item 4	Meu filho está sempre pedindo refrigerantes ou sucos adoçados para beber
Item 14	Se pudesse, meu filho beberia (refrigerantes ou sucos adoçados) em todas as refeições do dia
Item 16	Se pudesse escolher, meu filho beberia (refrigerantes ou sucos adoçados) a todo instante
Fator 3 - Ingestão Lenta	
Item 3	Meu filho termina suas refeições rapidamente
Item 5	Meu filho come devagar
Fator 4 - Resposta à Comida	
Item 7	Se eu deixasse, meu filho comeria mais do que o necessário
Item 10	Se pudesse escolher, meu filho comeria a maior parte do tempo
Item 18	Se fosse dada a chance, meu filho estaria sempre comendo alguma coisa

Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com características sociodemográficas. SCIA-Estrutural, DF, 2014

Variável	n	%	(IC=95%)
Sexo das crianças (n=357)*			
Feminino	181	50,7	45,51-55,89
Masculino	176	49,3	44,11-54,49
Idade das crianças (n=355)*			
1 ano	102	28,7	24,01-33,39
2 anos	109	30,8	25,92-35,48
3 anos	74	20,8	16,59-25,01
4 anos	70	19,7	15,57-23,83
	Média: 2,3(+1,10)		2,19-2,42
Estado nutricional das crianças (n=356)*			
Magreza acentuada	18	5,1	2,82-7,38
Magreza	29	8,1	5,27-10,93
Eutrofia	198	55,6	50,45-60,75
Sobrepeso	79	22,2	17,89-26,51
Obesidade	32	9,0	6,03-11,97
Média de idade da mãe: 28,87(+6,93)			28,09-29,66
Anos de estudo da mãe (n=314)*			
Nunca estudou	3	1,0	(-)0,03-2,03
Ensino fundamental incompleto	87	27,7	23,06-32,34
Ensino fundamental completo	53	16,9	13,01-20,79
Ensino médio incompleto	55	17,5	13,56-21,44
Ensino médio completo	102	32,5	27,64-37,36
Ensino superior incompleto	10	3,1	1,37-5,03
Ensino superior completo	4	1,3	0,12-2,48
	Média (em anos de estudo): 8,7(+2,77)		8,4-9,02
Renda per capita por domicílio (R\$) (n=350)* **			
Até 197	110	31,5	26,83-36,37
Mais de 197 a 394	138	39,4	34,28-44,52
Mais de 394 até 591	52	14,9	11,17-18,63
Mais de 591 até 788	32	9,1	6,09-12,11
Mais de 788	18	5,1	2,80-7,40
	Média: 335,13 (+252,97)		308,54-361,73
Classificação de segurança alimentar por domicílio (n=357)*			
Seguro	135	37,8	32,77-42,83
Insegurança alimentar leve	117	32,8	27,93-37,67
Insegurança alimentar moderada	71	19,9	15,76-24,04
Insegurança alimentar grave	34	9,5	6,46-12,54

*O número de respostas varia por variável em função das informações ignoradas.

**Classificação baseada no valor do salário mínimo no Brasil em 2015 (R\$788,00 reais)

Tabela 2. Média dos fatores do comportamento alimentar por estado nutricional e situação de segurança alimentar, SCIA-Estrutural, DF, 2014.

	Prazer em Comer/Seletividade/Resposta à Saciedade	Desejo de Beber	Ingestão Lenta	Resposta à Comida
	Média (SD)	Média (SD)	Média (SD)	Média (SD)
Estado Nutricional				
Déficit	3,42 (0,98)	3,18 (1,18)	3,64 (1,61)	3,35 (1,40)
Eutrofia	3,61 (0,84)	3,09 (1,09)	3,41 (1,61)	3,25 (1,44)
Sobrepeso/Obesidade	3,74 (0,81)	3,32 (1,00)	3,22 (1,66)	3,43 (1,44)
p*	0,127	0,317	0,237	0,456
Situação de Segurança Alimentar				
Segurança				
Alimentar/Insegurança	3,59 (0,85)	3,14 (1,06)	3,43 (1,59)	3,19 (1,43)
Alimentar Leve				
Insegurança Alimentar				
Moderada/Grave	3,70 (0,86)	3,29 (1,12)	3,43 (1,59)	3,64 (1,38)
p*	0,188	0,222	0,602	0,005

*Significância segundo teste de Kruskal-Wallis

Referências

- 1) Kepple AW, Segall-corrêa AM. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(1): 187-99.
- 2) Brasil. Conselho Nacional de Segurança Alimentar. Documento base da III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: Conselho Nacional de Segurança Alimentar; 2007.
- 3) Santos SMC, Santos LMP. Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período de 1995-2002. 1 – Abordagem metodológica. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(5): 1029-40.
- 4) Nnakwe N, Yegammia C. Prevalence of food insecurity among households with children in Coimbatore, India. *Nutr Res*. 2002; 22(9): 1009-16.
- 5) Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- 6) Kepple AW, Segall-Corrêa AM. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(1): 187-99.
- 7) Cook JT, Frank DA. Food security, poverty, and human development in the United States. *Ann NY Acad Sci*. 2008; 1136(1): 193-209.
- 8) Whitaker RC, Phillips SM, Orzol SM. Food insecurity and the risks of depression and anxiety in mothers and behavior problems in their preschool-aged children. *Pediatrics*. 2006; 118(3): e859-68.
- 9) Rose-Jacobs R, Black MM, Casey PH, Cook JT, Cutts DB, Chilton M, et al. Household food insecurity: associations with at-risk infant and toddler development. *Pediatrics*. 2008; 121(1): 65-72.
- 10) Savage JS, Fisher JO, Birch LL. Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. *Journal of law, Medicine & Ethics*. 2007; 35(1): 22.
- 11) Hart CN, Raynor HA, Jelalian E, Drotar D. The association of maternal food intake and infants' and toddlers' food intake. *Child: Care, Health and Development*. 2010; 36(3), 396-403.
- 12) Hughes SO, Power TG, Fisher JO, Mueller S, Nicklas TA. Revising a neglected construct: Parenting styles in a child-feeding context. *Appetite*. 2005; 44, 83-92.
- 13) Kourlaba G, Kondaki K, Grammatikaki E, Roma-giannikou E, Manios Y. Diet quality of preschool children and maternal perceptions/misperceptions: The GENESIS study. *Public Health*. 2009; 123(11): 738-42.
- 14) Patrick H, Nicklas TA. A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *Journal of the American College of Nutrition*. 2005; 24(2), 83-92.
- 15) Rossi A, Moreira E, Rauen M. Determinantes do comportamento alimentar: Uma revisão com enfoque na família. *Revista de Nutrição*. 2008; 21(6), 739-48.
- 16) Viana V, Santos PL, Guimarães MJ (2008). Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da literatura. *Psicologia, saúde & doenças*. 2008; 9(2): 209-231.
- 17) Monteiro RA. Influência de Aspectos Psicossociais e Situacionais sobre a Escolha Alimentar Infantil [Doutorado] Brasília: Universidade de Brasília, 2009.
- 18) Feinberg E, Kavanagh PL, Young RL, Prudent N. Food insecurity and compensatory feeding practices among urban black families. *Pediatrics*. 2008; 122(4): e854-60.

- 19) Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2010.
- 20) Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Suplementar de Segurança Alimentar – PNAD 2013. Segurança Alimentar. 2013.
- 21) Bento AS. Tradução e adaptação cultural de um instrumento sobre comportamento alimentar infantil para a população brasileira [graduação]. Brasília: Universidade de Brasília, 2013.
- 22) Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *Journal of Child Psychology Psychiatry*. 2001; 42(7): 963-70.
- 23) Olival M, Gubert MB, Monteiro RA. (2015) Validação fatorial da versão brasileira do Children's Eating Behaviour Questionnaire em população de baixa renda no Distrito Federal.
- 24) World Health Organization (WHO). Multicentre Growth Reference Study Group 2006. WHO Child Growth Standards: Length/height- for age, weight-for-age, weight for length, weight for height: Methods and development. Geneva: World Health Organization; 2006. p. 312. Disponível em <http://www.who.int/childgrowth/publications/en>
- 25) World Health Organization (WHO). Physical Status: the Use and Interpretation of Anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series n. 854. Geneva: WHO, 1995.
- 26) Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.
- 27) Brasil. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD – 2013/2014 – Estrutural. 2013/2014.
- 28) Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 2009. Segurança Alimentar. 2004/2009.
- 29) Cao YT, Svensson V, Marcus C, Zhang J, Zhang JD, Sobko T. Eating behavior patterns in Chinese children aged 12-18 months and association with relative weight-factorial validation of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *International Journal of Behavioral Nutrition Physical Activity*. 2012; 9 (5): 1-7.
- 30) Svensson V, Lundborg L, Cao Y, Nowicka P, Marcus C, Sobko T. Obesity related eating behavior patterns in Swedish preschool children and association with age, gender, relative weight and parental weight factorial validation of Children's Eating Behaviour Questionnaire. *International Journal of Behavioral Nutrition Physical Activity*. 2011; 8(1): 134.
- 31) Sleddens EF, Kremers SP, Thijs C. The Children's eating behavior questionnaire: factorial validity and association with Body Mass Index in Dutch children aged 6-7. *International Journal of Behavioral Nutrition Physical Activity*. 2008; 5(1): 49.
- 32) Viana V, Sinde S, Saxton JC. Children's eating behaviour questionnaire: associations with BMI in Portuguese Children. *Journal of Nutrition*. 2008; 100(2): 445-50.
- 33) Santos JL, Ho-Urriola JA, González A, Smalley SV, Domínguez-Vásquez P, Cataldo R, *et al*. Association between eating behavior scores and obesity in Chilean children. *Nutrition Journal*. 2011; 10(108):1-8.
- 34) Monteiro F, Schmidt ST, da Costa IB, Almeida CCB, Matuda NS. Bolsa Família: insegurança alimentar e nutricional de crianças menores de cinco anos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(5): 1347-57.

- 35) Maschio MS, Oliveira NF, Gregoletto ML (2014, August). Estado nutricional dos beneficiários do programa bolsa família em uma unidade básica de saúde de caxias do sul. 2014; 2(2): 914-17.
- 36) Panigassi G, Segall-Corrêa AM, Marin-León L, Pérez-Escamilla R, Maranhã LK, Sampaio MDFA. Insegurança alimentar intrafamiliar e perfil de consumo de alimentos. Rev. Nutr. 2008; 21, 135s-144s.
- 37) Garcia RWD. Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. Physis. 1997; 7(2): 51-68.
- 38) Segall-Corrêa AM, Marin-Leon L. A segurança alimentar no Brasil: proposição e usos da Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. Segurança Alimentar e Nutricional. 2009; 16(2): 1-19.
- 39) Gross RS, Mendelsohn AL, Fierman AH, Racine AD, Messito MJ. Food insecurity and obesogenic maternal infant feeding styles and practices in low-income families. Pediatrics. 2012; 130(2), 254-261.

6) CONCLUSÃO

A porcentagem de famílias em situação de IA encontrada neste estudo foi elevada: 62,2% no total, sendo 32,8% de IA leve, 19,9% de IA moderada e 9,5% IA grave. Situação esta intimamente relacionada à baixa renda relatada (mais de 70% dos entrevistados recebiam até meio salário mínimo per capita, indicando sua alta vulnerabilidade econômica e social).

Tal situação está, normalmente, atrelada tanto à baixa escolaridade (média de 8,7 anos de estudo para as mães e 8,2 anos para os pais) quanto à alta prevalência de crianças em risco de sobrepeso (22,2%) e com sobrepeso/obesidade (9,0%).

No que tange à validação da versão brasileira do CEBQ, foi validado para populações de baixa renda um questionário com 18 itens medindo 4 fatores do comportamento alimentar infantil, tais quais: Fator 1 - Prazer em Comer/Seletividade/Resposta à Saciedade, Fator 2 – Desejo de Beber, Fator 3 – Ingestão Lenta e Fator 4 – Resposta à Comida. Na fatoração exploratória inicial, muitos itens foram atribuídos ou a diversos fatores, ou a nenhum. Isso indicou certa fragilidade em sua estrutura, ou seja, o conteúdo dos itens pode ter sido ambíguo nessas situações, o que sugere que o conceito de cada fator pode não estar bem definido.

Não foi encontrada associação entre o estado nutricional da criança e a média de pontuação no CEBQ, possivelmente devido à situação de IA das famílias, sendo que nem sempre que a criança deseja comer o alimento está disponível ou, ainda, a criança pode não ter a chance de ser seletiva quando a comida da casa é escassa.

Já quando relacionada a IA, separada ou não por fatores, a média de pontuação das respostas do CEBQ tendeu a ser maior nos grupos mais inseguros (IA moderada/grave) em relação aos itens que medem atração pela comida, indicando uma possível relação compulsiva com o alimento por parte dessas crianças ou ainda uma tendência de exagero nas respostas dos pais, independentemente do real consumo da criança. A principal limitação do estudo é a impossibilidade de distinguir essas duas possibilidades.

Mais estudos são necessários, tanto para extrapolação da validação do CEBQ para outras populações, quanto para melhor entendimento da relação entre o comportamento alimentar infantil e a situação de segurança alimentar domiciliar.

7) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos M, Stein LM. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria*. 2000; 76(3) 229S-37S.
2. Birch LL. Development of food preference. *Annual Review of Nutrition*. 1999; 19(1), 41-62.
3. Canesqui AM, Garcia RW. Uma introdução à reflexão sobre a abordagem sociocultural da alimentação. In: A. M. Canesqui, & R. W. Garcia, *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.
4. Philippi ST, Cruz AT, Colucci AC. Pirâmide alimentar para crianças de 2 a 3 anos. *Revista de Nutrição*. 2003; 16(1): 5-19.
5. Savage JS, Fisher JO, Birch LL. Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. *Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2007; 35(1): 22.
6. Hursti UKK. Factors influence of food choice. *The Finnish Medical Society Duodecim*. 1999; 31(1), 26-32.
7. Shepherd, R. Social determinants of food choice. *Proceeding of the Nutrition Society*. 1999; 58(4): 807-812.
8. Molceperes M, Llinares L, Musito G. Internalização de valores sociais e estratégias educativas parentais. In: M. Ros, & V. Gouveia, *Psicologia Social dos valores humanos: desenvolvimentos teóricos, metodológicos e aplicados*. São Paulo: SENAC; 2006.
9. Whitbeck DB, Gecas V. (1988). Value attribution and value transmission between parents and children. *Journal of marriage and the family*. 1998; 829-833.
10. Gillespie AH, Acterberg CL. Comparison of family interaction patterns related to food and nutrition. *J Am Diet Assoc*. 1989; 89(4): 509-12.
11. Fisher JO, Mitchell D, Smiciklas-wright H, Birch LL. Parental influences on young girls' fruit and vegetables, micronutrients and fat intake. *Journal of the American Dietetic Association*. 2002; 102 (1), 58-64.
12. Wardle J, Cooke L. Genetic and environmental determinants of children's food preferences. *British Journal of Nutrition*. 2008; 99 (1): 15S-21S.
13. Bandura A. A evolução da teoria social cognitiva. In: A. Bandura, R.G. Azzi, & S. Polydoro, *Teoria social cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
14. Hart CN, Raynor HA, Jelalian E, Drotar D. The association of maternal food intake and infants' and toddlers' food intake. *Child: Care, Health and Development*. 2010; 36(3), 396-403.
15. Kourlaba G, Kondaki K, Grammatikaki E, Roma-giannikou E, Manios Y. Diet quality of preschool children and maternal perceptions/misperceptions: The genesis study. *Public Health*. 2009; 123(11): 738-42.
16. Costa AE. Modelação. In: A. Bandura, R.G. Azzi, & S. Polydoro, *Teoria social cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
17. Quaioti TCB, Almeida SS. Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. *Psicologia USP*. 2006; 17(4):193-211.
18. Story M, Neumark-sztainer D, French S. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *Journal of the American Dietetic Association*. 2002; 102(3): 40S-51S.

19. Bronfenbrenner U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. (M.A. Veríssimo, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
20. Monteiro RA. Influência de Aspectos Psicossociais e Situacionais sobre a Escolha Alimentar Infantil [Doutorado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2009.
21. Bleil SI. O padrão alimentar ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. *Cadernos de Debate*. 1998; 6(1): 1-25.
22. Monteiro RA, Coutinho JG, Recine E. Consulta aos rótulos de alimentos e bebidas por frequentadores de supermercados em Brasília, Brasil. *Revista Panamericana de Saúde Pública*. 2005; 18(3): 172-77.
23. Garcia RWD. Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. *Physis*. 1997; 7(2): 51-68.
24. Bourdieu P. O poder simbólico. 11ª ed. Bertran: Brasil; 2002.
25. Ishimoto EY, Nacif MA. Propaganda e marketing na informação nutricional. *Brasil Alimentos*. 2001; 11(1): 28-33.
26. Panigassi G, Segall-Corrêa AM, Marin-León L, Pérez-Escamilla R, Maranhã LK, Sampaio MDFA. Insegurança alimentar intrafamiliar e perfil de consumo de alimentos. *Rev. nutr.* 2008; 21: 135s-44s.
27. Malta DC, Silva SAD, Oliveira PPVD, Iser BPM, Bernal RTI, Sardinha LMV, *et al.* Resultados do monitoramento dos Fatores de risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis nas capitais brasileiras por inquérito telefônico, 2008. *Rev. bras. Epidemiol.* 2012; 15(3): 639-50.
28. Costa MB, Silva JHA, Simões ACSR, Alves MM. Obesidade infantil: características em uma população atendida pelo programa de saúde da família. *Revista APS*. 2011; 14(3):283-88.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
30. Bortolini GA, Gubert MB; Santos LMP. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 28(9): 1759-71.
31. Müller RDM, Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Silveira DSD, Siqueira F, *et al.* Prevalence of overweight and associated factors in under-five-year-old children in urban population in Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2014; 17(2): 285-96.
32. Rossi A, Moreira E, Rauhen M. Determinantes do comportamento alimentar: Uma revisão com enfoque na família. *Revista de Nutrição*. 2008; 21(6): 739-48.
33. Marquis M. Strategies for influencing parental decisions on food purchasing. *Journal of Consumer Marketing*. 2004; 21(2): 134-43.
34. Garcia RWD. Representações sobre consumo alimentar e suas implicações em inquéritos alimentares: estudo qualitativo em sujeitos submetidos à prescrição dietética. *Revista de Nutrição*. 2004; 17 (1), 15-28.
35. Antunes MML, Sichieri R, Salles-costa R. Consumo alimentar de crianças menores de três anos residentes em área de alta prevalência de insegurança alimentar domiciliar. *Cad Saude Publica*. 2010; 23(4): 785-93.
36. Burlandy L, Salles-costa R. Segurança alimentar e nutricional: concepções e desenhos de investigação. In: Kac G, Sichieri R, Gigante D, organizadores. *Epidemiologia nutricional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

37. Gubert MB, Benício MHA, Dos santos LMP. Estimativas de insegurança alimentar grave nos municípios brasileiros. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(8): 1595-1605.
38. Cotta RMM, Machado JC. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 33(1):54–60.
39. Paula DV, Botelho LP, Zanirati VF, Lopes ACS, Santos LC. Avaliação nutricional e padrão de consumo alimentar entre crianças beneficiárias e não beneficiárias de programas de transferência de renda, em escola municipal do Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, em 2009. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2012; 21(3): 385-94.
40. Segall-Corrêa AM, Marin-Leon L, Helito H, Pérez- Escamilla R, Santos LMP, Paes-Sousa R. Transferência de renda e segurança alimentar no Brasil: análise dos dados nacionais. *Revista de Nutrição*. 2008; 21:39S-51S.
41. Resende ACC, Oliveira AMHC. Avaliando resultados de um programa de transferência de renda: o impacto do bolsa-escola sobre os gastos das famílias brasileiras. *Estudos Econômicos*. 2008; 38(2):235-65.
42. Burlandy L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007; 12(6):1441-1451.
43. Kepple AW, Segall-corrêa AM. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(1): 187-99.
44. Brasil. Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006. Lei Orgânica de Segurança Alimentar Nutricional. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional-SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006.
45. Gubert MB, Kepple A, Segall-corrêa AM. Instrumentos de Avaliação de Segurança Alimentar e Nutricional. In: Taddei JAA, *et al*. *Nutrição em Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2011.
46. Perez-escamilla R, Segall-correa AM. Food insecurity measurement and indicators. *Rev. Nutr.* 2008; 21: 15S-26S.
47. Brasil. Conselho Nacional de Segurança Alimentar. Documento base da III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: Conselho Nacional de Segurança Alimentar; 2007.
48. Rose D. Economic determinants and dietary consequences of food insecurity in the United States. *J Nutr.* 1999; 129(2): 517S-20S.
49. Santos SMC, Santos LMP. Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período de 1995-2002. 1 – Abordagem metodológica. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(5): 1029-40.
50. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais – uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2008.
51. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Relatório de Desenvolvimento Humano 2014.
52. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Brasil, 2013.
53. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Suplementar de Segurança Alimentar – PNAD 2013. Segurança Alimentar. 2013.

54. Tarasuk VS, Beaton GH. Women's dietary intakes in the context of household food insecurity. *J Nutr.* 1999; 129(3):672-9.
55. Nnakwe N, Yegammia C. Prevalence of food insecurity among households with children in Coimbatore, India. *Nutr Res.* 2002; 22: 1009-16.
56. Poblacion AP, Marín-León L, Segall-Corrêa AM, Silveira JA, Taddei JADAC. Insegurança alimentar em domicílios brasileiros com crianças menores de cinco anos. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(5): 1067-78.
57. Cristofar SP, Basiotis PP. Dietary intakes and selected characteristics of women ages 19-50 years and their children ages 1-5 years by reported perception of food insufficiency. *J Nutr Educ.* 1992; 24(2):53-8.
58. Batista-Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(Suppl 1):181-91.
59. Fávaro T, Ribas DLB, Zorzatto, JR, Segall-Corrêa AM, Panigassi G. Segurança alimentar em famílias indígenas Terêna, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(4):785-93.
60. Borges CVD, Veiga APB, Barroso GS, Jesus EFO, Serpa RFB, Moreira S, et al. Associação entre concentrações séricas de minerais, índices antropométricos e ocorrência de diarreia entre crianças de baixa renda da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Rev Nutr* 2007; 20(2):159-69.
61. Cook JT, Frank DA. Food security, poverty, and human development in the United States. *Ann NY Acad Sci* 2008; 1136(1):193-209.
62. Whitaker RC, Phillips SM, Orzol SM. Food insecurity and the risks of depression and anxiety in mothers and behavior problems in their preschool-aged children. *Pediatrics.* 2006; 118(3): e859-e68.
63. Ramey CT, Ramey SL. Prevention of intellectual disabilities: early intervention to improve cognitive development. *Prev Med.* 1998; 27(2): 224-32.
64. Rose-Jacobs R, Black MM, Casey PH, Cook JT, Cutts DB, Chilton M, et al. Household food insecurity: associations with at-risk infant and toddler development. *Pediatrics.* 2008; 121(1): 65-72.
65. Belik W. Perspectivas para segurança alimentar e nutricional no Brasil. *Saúde e Sociedade.* 2003;12(1):12-20.
66. Migotto M, Davis B, Caretto G, Beegle K. Measuring food security using respondents' perception of food consumption adequacy (No. 2006/88). Research Paper, UNU-WIDER, United Nations University (UNU). 2006.
67. Radimer KL, Olson CM, Campbell CC. Development of indicators to assess hunger. *J Nutr.* 1990; 120: 1544S-8S.
68. Radimer KL, Olson CM, Greene JC, Campbell CC, Habicht JP. Understanding hunger and developing indicators to assess it in women and children. *J Nutr Educ.* 1992; 24(1): 36S-44S.
69. Wehler CA, Scott RI, Anderson JJ. The Community Childhood Hunger Identification Project: a model of domestic hunger – demonstration project in Seattle, Washington, 1992. *J Nutr Educ.* 1992; 24 (1): 29S-35S.
70. National Research Council. Food insecurity and hunger in the United States: an assessment of the measure. Washington DC: National Academies Press; 2006.

71. Melgar-Quinonez H, Hackett M. Measuring household food security: the global experience. *Rev Nutr.* 2008; 21: 27S-37S.
72. Correa AMS. Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas. *Estud. Av.* 2007; 21(60): 143-54.
73. Frongillo EA. Validation of measures of food insecurity and hunger. *J Nutr.* 1999; 129(2): 506S-09S.
74. Frongillo EA, Rauschenbach BS, Olson CM, Kendall A, Colmenares AG. Questionnaire-based measures are valid for the identification of households with hunger and food insecurity. *J Nutr.* 1997; 127(5): 699-705.
75. Carlson SJ, Andrews MS, Bickel GW. Measuring food insecurity and hunger in the United States: development of a national benchmark measure and prevalence estimates. *J Nutr.* 1999; 129(2): 510S-16S.
76. Segall-Corrêa AMS, Escarilha RP, Sampaio MFA, Panigassi, G, Maranha LK, Bergamasio S. Acompanhamento e avaliação da segurança alimentar de famílias brasileiras: validação de metodologia e de instrumento de coleta de informação. Urbano/rural. Relatório técnico: versão preliminar. Brasília (DF): Ministério da Saúde: Organização Pan-Americana da Saúde. 2003.
77. Pérez-Escamilla R, Segall-Corrêa AM, Kurdian Maranha L, Sampaio MFA, Marin-Leon L, Panigassi G. An adapted version of the US Department of Agriculture Food Insecurity module is a valid tool for assessing household food insecurity in Campinas, Brazil. *J Nutr.* 2004; 134(8): 1923-28.
78. Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *Journal of Child Psychology Psychiatry.* 2001; 42(7): 963-70.
79. Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos. *Paidéia.* 2012; 22(53): 423-32.
80. Sleddens EF, Kremers SP, Thijs C. The Children's eating behavior questionnaire: factorial validity and association with Body Mass Index in Dutch children aged 6-7. *International Journal of Behavioral Nutrition Physical Activity.* 2008; 5(1): 49.
81. Viana V, Sinde S, Saxton JC. Children's eating behaviour questionnaire: associations with BMI in Portuguese Children. *Journal of Nutrition.* 2008; 100(2): 445-50.
82. Santos JL, Ho-Urriola JA, González A, Smalley SV, Domínguez-Vásquez P, Cataldo R, *et al.* Association between eating behavior scores and obesity in Chilean children. *Nutrition Journal.* 2011; 10(108):1-8.
83. Svensson V, Lundborg L, Cao Y, Nowicka P, Marcus C, Sobko T. Obesity related eating behavior patterns in Swedish preschool children and association with age, gender, relative weight and parental weight factorial validation of Children's Eating Behaviour Questionnaire. *International Journal of Behavioral Nutrition Physical Activity.* 2011; 8(1):134.
84. Cao YT, Svensson V, Marcus C, Zhang J, Zhang JD, Sobko T. Eating behavior patterns in Chinese children aged 12-18 months and association with relative weight-factorial validation of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *International Journal of Behavioral Nutrition Physical Activity.* 2012; 9 (5): 1-7.
85. Bento AS. Tradução e adaptação cultural de um instrumento sobre comportamento alimentar infantil para a população brasileira [graduação]. Brasília: Universidade de Brasília. 2013.
86. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. Equivalence and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Quality of Life Research.* 1997; 6(3): 237-47.

87. Hui CH, Triandis HC. Measurement in cross-cultural psychology: A review and comparison of strategies. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 1985; 16(2): 131-52.
88. Eremenco SL, Cella D, Arnold BJ. A comprehensive method for the translation and crosscultural validation of health status questionnaires. *Evaluation & the Health Professions*. 2005; 28(2): 212-32.
89. Brasil. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Distrito Federal em síntese: informações socioeconômicas e geográficas. 2012.
90. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 2009. Segurança Alimentar. 2004/2009.
91. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2010.
92. Portal do Governo de Brasília [internet]. Administração Regional do SCIA. 2013 [acesso 2015 jul 06. Disponível em: <http://www.scia.df.gov.br/sobre-a-administracao/a-administracao.html>.
93. Brasil. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD – 2013/2014 – Estrutural. 2013/2014.
94. Pasquali L & colaboradores. Instrumentação Psicológica: Fundamentos e Práticas. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
95. Segall-corrêa AM; Marin-leon L. Segurança Alimentar no Brasil: Proposição e Usos da Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. *Segurança Alimentar e Nutricional*. 2009; 16(2): 1-19.
96. World Health Organization (WHO). Multicentre Growth Reference Study Group 2006. WHO Child Growth Standards: Length/height- for age, weightfor-age, weight for length, weight for height: Methods and development. Geneva: World Health Organization; 2006.
97. Neiva ER; Abbad G, Tróccoli BT. Roteiro para Análise Fatorial de Dados. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e Organizacional. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
98. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise multivariadade dados. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.
99. Little RJA, Rubin DB. Statistical analysis with missing data. 2nd ed. New York: Wiley; 2002.
100. Dancy CP, Reidy J. Estatística sem matemática para psicologia. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

ANEXOS

ANEXO A – Quadro de comparação entre o instrumento original e os estudos de validação do Children’s Eating Behaviour Questionnaire já realizados até 2015.

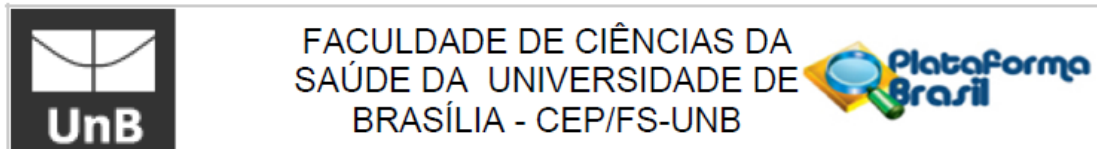
	ORIGINAL	HOLANDÊS	CHILENO	PORTUGUÊS	CHINÊS	SUECO	BRASILEIRO
Item 1	Fator 4	Fator 2	Fator 4	Fator 1		Fator 4	Fator 1
Item 2	Fator 7	Fator 3	Fator 5	Fator 4	Fator 6	Fator 2	
Item 3	Fator 1	Fator 4	Fator 2	Fator 2		Fator 4	Fator 1
Item 4	Fator 1	Fator 7	Fator 2	Fator 2	Fator 1	Fator 6	Fator 3
Item 5	Fator 4	Fator 2	Fator 4	Fator 1		Fator 4	
Item 6	Fator 5	Fator 6	Fator 6	Fator 6	Fator 5	Fator 5	Fator 2
Item 7	Fator 2	Fator 1	Fator 3	Fator 3	Fator 3	Fator 1	
Item 8	Fator 1	Fator 7	Fator 2	Fator 2	Fator 1	Fator 6	Fator 3
Item 9	Fator 6	Fator 5	Fator 7	Fator 5		Fator 3	
Item 10	Fator 2	Fator 1	Fator 3	Fator 3	Fator 3	Fator 1	Fator 1
Item 11	Fator 6	Fator 5	Fator 7	Fator 5	Fator 2	Fator 3	
Item 12	Fator 3	Fator 2	Fator 1	Fator 1	Fator 7	Fator 2	
Item 13	Fator 7	Fator 3	Fator 5	Fator 4	Fator 6	Fator 2	
Item 14	Fator 3	Fator 3	Fator 1	Fator 1		Fator 2	Fator 4
Item 15	Fator 7	Fator 3	Fator 5	Fator 4	Fator 6	Fator 2	
Item 16	Fator 2	Fator 1	Fator 3	Fator 3		Fator 1	Fator 1
Item 17	Fator 1	Fator 4	Fator 2	Fator 2		Fator 7	Fator 1
Item 18	Fator 1	Fator 7	Fator 2	Fator 2	Fator 1	Fator 6	
Item 19	Fator 3	Fator 3	Fator 1	Fator 1	Fator 7	Fator 2	Fator 4
Item 20	Fator 4	Fator 2	Fator 4	Fator 1		Fator 4	Fator 1
Item 21	Fator 1	Fator 4	Fator 2	Fator 2		Fator 7	
Item 22	Fator 4	Fator 2	Fator 4	Fator 1		Fator 4	Fator 1
Item 23	Fator 6	Fator 5	Fator 7	Fator 5	Fator 2	Fator 3	
Item 24	Fator 2	Fator 1	Fator 3	Fator 3		Fator 1	Fator 1
Item 25	Fator 6	Fator 5	Fator 7	Fator 5	Fator 2	Fator 3	
Item 26	Fator 1	Fator 4	Fator 2	Fator 2		Fator 7	
Item 27	Fator 7	Fator 3	Fator 5	Fator 4		Fator 2	
Item 28	Fator 3	Fator 3	Fator 1	Fator 1	Fator 4	Fator 2	
Item 29	Fator 5	Fator 6	Fator 6	Fator 6	Fator 5	Fator 5	Fator 2
Item 30	Fator 1	Fator 4	Fator 2	Fator 2		Fator 7	Fator 1
Item 31	Fator 5	Fator 6	Fator 6	Fator 6	Fator 5	Fator 5	Fator 2
Item 32	Fator 2	Fator 1	Fator 3	Fator 3	Fator 3	Fator 1	
Item 33	Fator 2	Fator 1	Fator 3	Fator 3		Fator 1	Fator 1
Item 34	Fator 3	Fator 3	Fator 1	Fator 1	Fator 4	Fator 2	Fator 4
Item 35	Fator 1	Fator 7	Fator 2	Fator 2		Fator 6	

<p>ORIGINAL</p> <p>F1: Satiety Responsiveness/Slowness in eating</p> <p>F2: Fussiness</p> <p>F3: Food Responsiveness</p> <p>F4: Enjoyment of Food</p> <p>F5: Desire to Drink</p> <p>F6: Emotional Undereating</p> <p>F7: Emotional Overeating</p>	<p>HOLANDÊS</p> <p>F1: Food Fussiness</p> <p>F2: Enjoyment of Food</p> <p>F3: Food Responsiveness/Emotional overeating</p> <p>F4: Satiety Responsiveness</p> <p>F5: Emotional Undereating</p> <p>F6: Desire to Drink</p> <p>F7: Slowness in Eating</p>	<p>CHILENO</p> <p>F1: Food Responsiveness</p> <p>F2: Satiety Responsiveness/Slowness in eating</p> <p>F3: Food Fussiness</p> <p>F4: Enjoyment of Food</p> <p>F5: Emotional overeating</p> <p>F6: Desire to Drink</p> <p>F7: Emotional Undereating</p>
<p>PORTUGUÊS</p> <p>F1: Enjoyment of Food/Food Responsiveness</p> <p>F2: Satiety Responsiveness/Slowness in eating</p> <p>F3: Food Fussiness</p> <p>F4: Emotional overeating</p> <p>F5: Emotional Undereating</p> <p>F6: Desire to Drink</p>	<p>CHINES</p> <p>F1: Slowness in Eating</p> <p>F2: Emotional Undereating</p> <p>F3: Food Fussiness</p> <p>F4: Food Responsiveness 1</p> <p>F5: Drink Desire</p> <p>F6: Emotional Overeating</p> <p>F7: Food Responsiveness 2</p>	<p>SUECO</p> <p>F1: Slowness in Eating</p> <p>F2: Emotional Undereating</p> <p>F3: Food Fussiness</p> <p>F4: Food Responsiveness 1</p> <p>F5: Drink Desire</p> <p>F6: Emotional Overeating</p> <p>F7: Food Responsiveness 2</p>
<p>BRASILEIRO</p> <p>F1: Enjoyment of Food/Fussiness/ Satiety Responsiveness</p> <p>F2: Desire to Drink</p> <p>F3: Slowness in Eating</p> <p>F4: Food Responsiveness</p>		

OBSERVAÇÕES:

- ✓ As cores iguais indicam que os itens mantiveram-se no mesmo fator (mesmo nome apesar da numeração e agrupamentos diferentes em cada estudo);
- ✓ Os itens em preto foram excluídos dos questionários em seus estudos;
- ✓ Na coluna brasileira, o fator 1 ficou com a cor branca pois reuniu 3 fatores do questionário original, sendo impossível seguir a lógica de coloração aplicada aos outros casos;
- ✓ O questionário Londrino não apresentou os resultados por itens.

ANEXO B – Documento referente à aprovação da pesquisa “percepção parental do comportamento alimentar de crianças pré-escolares em uma população de alta vulnerabilidade social.” no comitê de ética em pesquisa da faculdade de ciências da saúde da universidade de Brasília.



**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB**

COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Segurança Alimentar e Percepção Parental do Comportamento Alimentar de Crianças Pré-escolares Segundo Situação de Insegurança Alimentar no Distrito Federal
Pesquisador: MURIEL BAUERMANN GUBERT
Versão: 2
CAAE: 39849014.4.0000.0030
Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 115169/2014
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Você foi convidado(a) a participar do projeto **“Segurança Alimentar e Percepção Parental do Comportamento Alimentar de Crianças Pré-escolares Segundo Situação de Insegurança Alimentar no DF.”**

O objetivo desta pesquisa é entender como os pais enxergam o comportamento alimentar de seus filhos em diferentes situações de segurança alimentar. Você poderá tirar qualquer dúvida em qualquer momento da pesquisa.

Seu nome **não** será registrado (nem haverá qualquer forma de identificação pessoal) em nenhum momento, garantindo que suas respostas serão anônimas. A sua participação será através da aplicação de um questionário, aplicado no Centro de Saúde, após as consultas médicas, com um tempo estimado para sua realização de 30 minutos.

Informamos que o questionário pode causar constrangimento ou desconforto e você pode se recusar a responder qualquer pergunta ou participar de qualquer procedimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo. Porém, para evitar que isso aconteça, sua entrevista será realizada individualmente em uma sala fechada. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Em caso de danos sofridos por causa da pesquisa, você será proporcionalmente indenizado pela pesquisadora responsável por esse projeto.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa serão de responsabilidade do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dr(a). Muriel Bauermann Gubert, na instituição Universidade de Brasília telefone: 61- 3307.2543, no horário: 9h as 11h, ou nos telefones 61 – 34271526 ou 61 – 93032444 a qualquer momento, ainda que seja ligação a cobrar.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ___ de _____ de _____

ANEXO D – Instrumento de pesquisa utilizado na coleta de dados dos artigos 1 e 2, resultantes dessa dissertação.

ID:

QUESTIONÁRIO – ANÁLISE DA PERCEPÇÃO PARENTAL ACERCA DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE CRIANÇAS SEGUNDO SITUAÇÃO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

ATENÇÃO: PERGUNTAR SE A CRIANÇA JÁ PARTICIPOU DA PESQUISA E SE MORA NA ESTRUTURAL

MÓDULO 1 – DADOS SOCIOECONÔMICOS

- 1) Data da pesquisa: ___/___/___
- 2) Qual a sua relação com a criança? 1.() Pai/Padrasto 2.() Mãe/Madrasta 3.() Avô/Avó 4.() Cria a criança
- 3) Sexo do entrevistado: 1.() Feminino 2.() Masculino
- 4) Qual a sua raça? 1.() Branco 2.() Preto / Pardo 3.() Amarelo/ Indígena
- 5) Qual o material predominante da parede de sua casa? 1.() Alvenaria 2.() Madeira 3.() Lona 4.() Outro _____
- 6) Na sua casa, para onde vai o esgoto? 1.() Fossa 2.() Rua 3.() Rede 4.() Outro _____
- 7) Possui água encanada? 1.() Sim 2.() Não
- 8) Qual a data de nascimento da criança? ___/___/___
- 9) Qual o sexo da criança? 1.() Feminino 2.() Masculino
- 10) Qual a data de nascimento da mãe? ___/___/___
- 11) Qual o seu estado civil? 1.() Solteiro 2.() Casado 3.() Divorciado 4.() Viúvo 5.() União estável/ com companheiro
- 12) Quem é a pessoa de referência (chefe) do seu domicílio? 1.() Entrevistado 2.() Cônjuge/companheiro) 3.() Outro _____
- 13) Qual foi a última série cursada pelo chefe de família com aprovação? _____ série do ()EF ()EM ()ES
- 14) Qual foi a última série cursada pela mãe com aprovação? * **Se chefe for mãe pule essa pergunta** _____ série do ()EF ()EM ()ES
- 15) Mãe faz algum trabalho remunerado atualmente? 1.() Sim 2.() Não 3.() Não tem mãe
- 16) Possui carteira de trabalho assinada? 1.() Sim 2.() Não 3.() Não tem mãe
- 17) Qual a renda familiar média mensal contando todos os rendimentos (trabalhos, bicos, transferência de renda)? R\$ _____,00
- 18) Recebe transferência de renda? 1.() Não 2.() BF 3.() BE 4.() Outro _____
- 19) Quantas pessoas residem no total na sua casa? _____
- 20) Destes, quantos são menores de 18 anos? _____
- 21) Durante o dia, onde a criança fica? 1.() Casa 2.() Casa de parente 3.() Casa de vizinho 4.() Creche 5.() Outro _____
- 22) Quantas horas por dia (em média) o Sr(a) assiste televisão? _____ Horas ____ Minutos
- 23) O Sr(a) tem acesso à internet? 1.() Não 2.() Sim. Onde? 1.() Lan house 2.() Casa 3.() Trabalho 4.() Celular 5.() Outro
- 24) Quantas horas por dia em média o Sr(a) utiliza a internet? _____ Horas ____ Minutos
- 25) Quantas horas por dia em média a criança assiste televisão? _____ Horas ____ Minutos
- 26) A criança faz atividade física na escolinha ou brinca na rua? 1.() Não 2.() Sim.
- 27) Quanto tempo na semana? ____ horas ____ minutos
- 28) Qual o seu peso? _____ Kg
- 29) Qual a sua altura? _____ Cm

MÓDULO 2 – DADOS ANTROPOMÉTRICOS DA CRIANÇA

- 30) Peso: _____ Kg Altura _____ Cm

MÓDULO 3 – SEGURANÇA ALIMENTAR – ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR - EBIA

- 31) Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio tiveram a preocupação de que a comida acabasse antes que tivessem dinheiro para comprar mais comida? 1.() Sim 2.() Não 3.() Não sabe
- 32) Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores desse domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida? 1.() Sim 2.() Não 3.() Não sabe

33) Nos últimos três meses, os moradores desse domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada? 1.() Sim 2.()Não 3.()Não sabe

34) Nos últimos três meses, os moradores menores de 18 anos de idade comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda havia neste domicílio, porque o dinheiro acabou? 1.() Sim 2.()Não 3.()Não sabe

Caso TODAS as respostas tenham sido NÃO ou NÃO SABE encerre o módulo aqui

35) Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou? 1.() Sim 2.()Não 3.()Não sabe

36) Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar a comida? 1.() Sim 2.()Não 3.()Não sabe

37) Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade comeu menos do que achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar comida? 1.() Sim 2.()Não 3.()Não sabe

38) Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade sentiu fome, mas não comeu, porque não tinha dinheiro para comprar comida? 1.() Sim 2.()Não 3.()Não sabe

39) Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade ficou um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não tinha dinheiro para comprar a comida? 1.() Sim 2.()Não 3.()Não sabe

40) Nos últimos três meses, os moradores com menos de 18 anos de idade não puderam ter uma alimentação saudável e variada, porque não havia dinheiro para comprar comida? 1.() Sim 2.()Não 3.()Não sabe

41) Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade comeu menos do que você achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar a comida? 1.() Sim 2.()Não 3.()Não sabe

42) Nos últimos três meses, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida? 1.() Sim 2.()Não 3.()Não sabe

43) Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida? 1.() Sim 2.()Não 3.()Não sabe

44) Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar mais comida? 1.() Sim 2.()Não 3.()Não sabe

MÓDULO 4 –PERCEPÇÃO PARENTAL ACERCA DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR INFANTIL

	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
45. Meu filho ama a comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Meu filho come mais quando está preocupado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Meu filho tem muito apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Meu filho termina suas refeições rapidamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Meu filho tem interesse por comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Meu filho está sempre pedindo refrigerantes ou sucos adoçados para beber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Meu filho, a principio, se recusa a experimentar novos alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Meu filho come devagar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Meu filho come menos quando está zangado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Meu filho gosta de experimentar novos alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Meu filho come menos quando está cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Meu filho está sempre pedindo algo para comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Meu filho come mais quando está irritado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Se eu deixasse, meu filho comeria mais do que o necessário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Meu filho come mais quando está ansioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Meu filho gosta de uma grande variedade de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Meu filho deixa comida no prato depois que termina a refeição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Meu filho leva mais de 30 minutos para terminar uma refeição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

63. Se pudesse escolher, meu filho comeria a maior parte do tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Meu filho espera ansiosamente pela hora das refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Meu filho fica satisfeito antes de terminar a refeição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Meu filho gosta de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Meu filho come mais quando está feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. É difícil agradar meu filho nas refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Meu filho come menos quando está chateado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Meu filho fica satisfeito e não aceita mais alimentos com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Meu filho come mais quando não tem outra coisa para fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Mesmo depois de satisfeito meu filho ainda consegue comer sua comida favorita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Se pudesse, meu filho beberia (refrigerantes e sucos adoçados) em todas as refeições do dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Meu filho não é capaz de comer a refeição se tiver comido alguma coisa antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Se pudesse, meu filho beberia (refrigerantes e sucos adoçados) a todo instante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Meu filho gosta de provar alimentos que nunca provou antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Meu filho decide que não gosta de determinada comida mesmo sem experimenta-la	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Se fosse dada a chance, meu filho estaria sempre comendo alguma coisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Meu filho come cada vez mais devagar no decorrer de uma refeição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MÓDULO 5 – ALIMENTAÇÃO INFANTIL

80) A criança **ontem** recebeu leite do peito? 1.()Sim 2.()Não

1.() Não comeu 2.()No almoço 3.()No jantar 4.()No almoço e no jantar

99) Ontem, em quais refeições a criança comeu legumes ou verduras cozidos, sem contar batata e aipim (mandioca/macaxeira)?

1.() Não comeu 2.()No almoço 3.()No jantar 4.()No almoço e no jantar

100) A criança costuma comer quando está assistindo à TV?

1.() Não 2.() Sim, 1x na semana 3.() Sim, 2x semana 4.() Sim, 3x na semana 5.() Sim, 4x semana

6.() Sim, 5x semana 7.() Sim, 6x semana 8.() Sim, 7x semana