

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Gabriela Fernandes Del Vale

**Imagem corporal de crianças pré-púberes no contexto da pandemia da
COVID-19**

São Carlos, 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**Imagem corporal de crianças pré-púberes no contexto da pandemia da
COVID-19**

Tese apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade
Federal de São Carlos, para
obtenção do título de doutor em
Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Carla
Maria Ramos Germano
Departamento de Medicina da
Universidade Federal de São
Carlos e Programa de Pós-
Graduação de Enfermagem.

São Carlos, 2024.

RESUMO

VALE, G.F.D. **Imagem corporal de crianças pré-púberes no contexto da pandemia da COVID-19** Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2024).

INTRODUÇÃO: A pandemia da COVID-19 teve um impacto significativo na qualidade de vida da população em todo o mundo. As restrições de movimento e a necessidade de distanciamento social limitaram as oportunidades de lazer e interações das crianças, aumentando o sedentarismo e suas consequências, como o excesso de peso. Secundariamente, a instabilidade econômica familiar afetou o acesso a alimentos saudáveis e de boa qualidade, moradia adequada, cuidados de saúde e o suprimento de necessidades básicas às crianças. A formação do comportamento alimentar começa na infância. Os primeiros anos de vida são conhecidos como uma fase crítica para o estabelecimento de preferências alimentares, controle do peso e formação da imagem corporal. A imagem corporal refere-se à representação mental e subjetiva que temos do nosso próprio corpo. É a maneira como percebemos, pensamos e sentimos nossa aparência física e, portanto, como nos relacionamos com nosso corpo. Diante do complexo e único panorama da pandemia da COVID-19, onde a influência da mídia e da família sobre as crianças se intensificou, este estudo buscou compreender os efeitos da situação de pandemia sobre a imagem corporal de crianças de 5 a 7 anos 11 meses e 29 dias, e as concepções e atitudes dos pais em relação à alimentação, evolução ponderal e qualidade de vida relacionada à saúde dessas crianças. **OBJETIVO:** Analisar, no contexto da pandemia da COVID-19, a imagem corporal de crianças de 5 a 7 anos e 11 meses, a prevalência de distúrbios de percepção, idealização e satisfação corporal nesta população, as concepções e atitudes dos pais em relação à alimentação de seus filhos e sua evolução ponderal, e a percepção dos pais sobre a qualidade de vida relacionada à saúde dessas crianças. **MÉTODO:** Pesquisa descritiva, transversal e quantitativa realizada na Estratégia de Saúde da Família da cidade de São Carlos, estado de São Paulo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar (CAAE 29370820.7.0000.5504; Parecer: 4.211.811) e conduzida em amostra de conveniência, composta por 239 crianças pré-púberes de 5 anos a 7 anos e 11 meses e seus responsáveis. Foram determinados peso, estatura e índice de massa corpórea (IMC) das crianças e seus responsáveis e aplicada a escala de Imagem Corporal de Truby e Paxton para avaliar percepção, idealização e satisfação das crianças e percepção do responsável sobre as crianças. Também foi aplicada a Escala de Stunkard para avaliar percepção, idealização e satisfação dos responsáveis. Foi aplicado o

Questionário de Alimentação da Criança (CFQ) para avaliar as práticas alimentares parentais e a relação entre pais e filhos quanto à alimentação e preocupação dos pais quanto à evolução ponderal de seus filhos. Foi aplicado o Questionário Pediátrico de Qualidade de Vida para avaliar a percepção dos responsáveis sobre a qualidade de vida das crianças. Os resultados para as variáveis quantitativas contínuas foram apresentados como média \pm desvio-padrão. Para as variáveis quantitativas discretas, foram calculadas média, mediana, mínimo e máximo. As variáveis qualitativas foram descritas como frequência absoluta e porcentagem. Em relação às análises de percepção, satisfação e idealização corporal, as crianças foram divididas por sexo e classificação do IMC, em eutrófico, sobrepeso e obesidade. Já nas análises do CFQ e qualidade de vida, as crianças foram divididas por sexo e agrupadas em peso adequado e excesso de peso. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o software JASP® 0.16.3. A comparação entre as médias foi realizada por meio do teste de Mann-Whitney ou do teste de variância não paramétrico, dependendo do número de variáveis. A associação entre as variáveis categóricas foi calculada utilizando o teste do qui-quadrado. O teste de correlação de Pearson foi utilizado para avaliar o grau de correlação entre as variáveis com distribuição normal, enquanto o teste de Spearman foi aplicado para as demais. A análise de Odds ratio foi realizada pelo teste de regressão logística, modo ENTER. A análise das variáveis independentes que poderiam modificar um determinado desfecho (odds ratio) foi realizada por meio do teste de regressão logística que foi realizada de forma exploratória, isto é, as variáveis independentes foram inseridas de uma só vez no modelo inicial (modo ENTER). Todos os modelos de análise de regressão logística apresentaram um VIF < 5. A consistência interna dos questionários foi avaliada utilizando o teste alfa de Cronbach (α). O nível de significância adotado foi de 95% ($p < 0,05$). **RESULTADO:** Representantes do sexo feminino compuseram 91,2% da amostra, sendo 47,3% classificados como tendo obesidade. A amostra das crianças foi composta por 45,6% do sexo feminino e 54,4% do sexo masculino, sendo 10% e 18% classificados como obesos, respectivamente. Os dados de percepção corporal revelaram inacurácia na percepção sobre o próprio corpo em 66% das crianças, sendo que, 69% subestimaram e 31% superestimaram seu IMC. A inacurácia dos responsáveis quanto à percepção corporal das crianças diferiu significativamente de acordo com o sexo. Os meninos com sobrepeso foram considerados eutróficos e com baixo peso em 65% dos casos. Em contraste, as meninas com sobrepeso foram consideradas obesas pelos pais em 60% dos casos. Quanto maior o excesso de peso da criança, maior a insatisfação com o próprio corpo. Entre as meninas, 82% das obesas, 48% das com sobrepeso e 34% das eutróficas estavam insatisfeitas. Entre os meninos, 48% dos obesos, 46% dos com sobrepesos e 21% dos eutróficos também estavam insatisfeitos.

A influência do padrão estético veiculado pela mídia resultou em desejo por corpos menores e silhuetas mais finas em 43% das meninas eutróficas e por corpos maiores em 20% dos meninos eutróficos. Os resultados do questionário de alimentação mostraram pontuações maiores na percepção de responsabilidade sobre a alimentação da criança e seu monitoramento ($p < 0.0001$), e menores na percepção e preocupação com o peso da criança ($p < 0.0001$). Houve correlação positiva entre IMC das crianças e a percepção e preocupação com o peso da criança ($p < 0.0001$). Responsáveis com menor escolaridade apresentaram menor percepção e preocupação com o peso da criança ($p = 0.034$). Os resultados do questionário de qualidade de vida revelaram que a pontuação dos meninos com excesso de peso foi maior do que das meninas com peso adequado em relação a capacidade física ($p = 0.050$). Já entre os meninos e meninas com excesso de peso a pontuação foi maior no aspecto escolar ($p = 0.001$) e aspecto geral ($p = 0.009$). **CONCLUSÃO:** O período de isolamento social, catalisado pela pandemia, trouxe à tona a notável influência exercida pela família e pela mídia na formação da imagem corporal das crianças. Este contexto ressalta a relevância das mensagens tanto verbais quanto não-verbais, que direcionam as percepções em torno do corpo infantil. A análise das crenças e atitudes dos responsáveis em relação à alimentação e ao desenvolvimento ponderal durante essa crise global evidencia uma priorização inegável da nutrição das crianças, potencialmente ampliando a adesão a diversos aspectos dos cuidados nutricionais. Ao examinar os determinantes sociodemográficos, histórico de saúde e padrões de vida, é imperativo reconhecer a possível interligação entre a ênfase dada pelos responsáveis à alimentação e seu monitoramento e as complexas adversidades socioeconômicas provocadas pela pandemia. A dificuldade em garantir uma nutrição minimamente adequada para as crianças pode estar intrinsecamente ligada ao empobrecimento generalizado da população nesse período. Essa dimensão precisa ser integralmente considerada ao se moldarem políticas públicas voltadas para a saúde infantil, a fim de abordar as necessidades nutricionais de maneira eficaz. Ademais, é essencial que estudos subsequentes explorem se existe uma disparidade na percepção dos responsáveis em relação à qualidade de vida das crianças. É válido questionar se as crianças com excesso de peso são, de alguma forma, percebidas como mais adaptadas à situação pandêmica, possivelmente por apresentarem uma aparência que é socialmente associada à robustez. A compreensão desses aspectos mais sutis pode proporcionar insights valiosos para orientar intervenções futuras destinadas a promover tanto a saúde física quanto o bem-estar emocional das crianças em contextos similares.

DESCRITORES: imagem corporal; comportamento alimentar; qualidade de vida; crianças; pais.

ABSTRACT

VALE, G.F.D. **Body image of prepubertal children in the context of the COVID-19 pandemic.** Thesis (Ph.D. in Health Sciences). Federal University of São Carlos, São Carlos, 2024.

INTRODUCTION: The COVID-19 pandemic has had a significant impact on the quality of life of the population worldwide. Movement restrictions and the need for social distancing have limited children's leisure opportunities and interactions, increasing sedentary behavior and its consequences, such as overweight. Secondly, family economic instability affected access to healthy and high-quality food, adequate housing, healthcare, and the provision of basic needs for children. The formation of eating behavior begins in childhood. The early years of life are known as a critical phase for establishing food preferences, weight control, and body image formation. Body image refers to the mental and subjective representation we have of our own body. It is the way we perceive, think, and feel about our physical appearance and how we relate to our body. Given the complex and unique panorama of the COVID-19 pandemic, where the influence of media and family on children intensified, this study sought to understand the effects of the pandemic situation on the body image of children aged 5 to 7 years and 11 months, and the parents' conceptions and attitudes regarding their children's feeding, weight evolution, and health-related quality of life. **OBJECTIVE:** To analyze, in the context of the COVID-19 pandemic, the body image of children aged 5 to 7 years and 11 months, the prevalence of perception, idealization, and body satisfaction disorders in this population, parents' conceptions and attitudes regarding their children's feeding and weight evolution, and parents' perception of the health-related quality of life of these children. **METHOD:** Descriptive, cross-sectional, and quantitative research conducted in the Family Health Strategy of the city of São Carlos, São Paulo state. The research was approved by the Research Ethics Committee of UFSCar (CAAE 29370820.7.0000.5504; Opinion: 4,211,811). The research was conducted on a convenience sample, consisting of 239 prepubescent children aged 5 to 7 years and 11 months and their caregivers. Weight, height, and BMI of the children and their caregivers were determined, and the Truby and Paxton Body Image Scale was applied to evaluate the perception, idealization, and satisfaction of the children and the caregiver's perception of the children. The Stunkard Scale was also applied to assess the perception, idealization, and satisfaction of the caregivers. The Child Feeding Questionnaire (CFQ) was applied to assess parental feeding practices and the parent-child relationship regarding feeding and parental concern about their children's weight evolution. The Pediatric Quality of Life Questionnaire was applied to assess caregivers' perception of children's quality of life.

Results for continuous quantitative variables were presented as mean \pm standard deviation (SD). For discrete quantitative variables, mean, median, minimum, and maximum were calculated. Qualitative variables were described as absolute frequency and percentage. Regarding perception, satisfaction, and body idealization analyses, children were divided by sex and BMI classification, into normal weight, overweight, and obesity. In CFQ and quality of life analyses, children were divided by sex and grouped into normal weight and overweight. Statistical analyses were performed using JASP® 0.16.3 statistical software. Mean comparisons were performed using the Mann-Whitney test or non-parametric variance test, depending on the number of variables. The association between categorical variables was calculated using the chi-square test. Pearson correlation test was used to assess the degree of correlation between variables with normal distribution, while Spearman test was applied for others. Odds ratio analysis was performed by logistic regression test, ENTER mode. Analysis of independent variables that could modify a certain outcome (odds ratio) was performed using logistic regression test. Logistic regression analysis was exploratory, i.e., independent variables were inserted simultaneously in the initial model (ENTER mode). All logistic regression analysis models presented a VIF $<$ 5. Questionnaires' internal consistency was evaluated using Cronbach's alpha test (α). The significance level adopted was 95% ($p < 0.05$).

RESULT: 91.2% of the caregiver sample consisted of female representatives, with 47.3% classified as obese. The children's sample consisted of 45.6% females and 54.4% males, with 10% and 18% classified as obese, respectively. Body perception data revealed inaccuracy in self-perception in 66% of children, with 69% underestimating and 31% overestimating their BMI. Caregivers' inaccuracy regarding children's body perception differed significantly by sex. Overweight boys were considered normal weight or underweight in 65% of cases. In contrast, overweight girls were considered obese by parents in 60% of cases. The greater the child's excess weight, the greater the dissatisfaction with their body. Among girls, 82% of obese, 48% of overweight, and 34% of normal-weight were dissatisfied. Among boys, 48% of obese, 46% of overweight, and 21% of normal-weight were also dissatisfied. The influence of the aesthetic standard conveyed by the media resulted in a desire for smaller bodies and slimmer silhouettes in 43% of normal-weight girls and for larger bodies in 20% of normal-weight boys. The results of the feeding questionnaire showed higher scores in caregivers' perception of responsibility for children's feeding and monitoring ($p < 0.0001$), and lower scores in perception and concern about children's weight ($p < 0.0001$). There was a positive correlation between children's BMI and caregivers' perception and concern about children's weight ($p < 0.0001$). Caregivers with lower education had lower perception and concern about children's weight ($p = 0.034$). The results of the quality of life questionnaire

revealed that the score of overweight boys was higher than that of girls with normal weight regarding physical capacity ($p=0.050$). Among overweight boys and girls, the score was higher in the school aspect ($p=0.001$) and overall aspect ($p=0.009$).

CONCLUSION: The period of social isolation, catalyzed by the pandemic, highlighted the remarkable influence exerted by family and media on the formation of children's body image. This context emphasizes the relevance of both verbal and non-verbal messages that shape perceptions around children's bodies. Analyzing caregivers' beliefs and attitudes regarding feeding and weight development during this global crisis shows an undeniable prioritization of children's nutrition, potentially increasing adherence to various aspects of nutritional care. When examining sociodemographic determinants, health history, and lifestyle patterns, it is imperative to recognize the possible interconnection between caregivers' emphasis on feeding and monitoring and the complex socioeconomic adversities caused by the pandemic. The difficulty in ensuring minimally adequate nutrition for children may be intrinsically linked to the widespread impoverishment of the population during this period. This dimension must be fully considered when shaping public policies aimed at children's health to effectively address nutritional needs. Furthermore, it is essential for subsequent studies to explore whether there is a disparity in caregivers' perception of children's quality of life. It is valid to question whether overweight children are somehow perceived as more adapted to the pandemic situation, possibly because they present an appearance that is socially associated with robustness. Understanding these subtler aspects can provide valuable insights to guide future interventions aimed at promoting both physical health and emotional well-being of children in similar contexts.

KEYWORDS: body image; eating behavior; quality of life; children; parents.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Adriano Marchetti Del Vale e Rosana Martins Fernandes Del Vale, pela oportunidade que me proporcionaram para avançar ainda mais em meus estudos e por sempre me apoiarem em minhas escolhas. Ao meu irmão, Leonardo Fernandes Del Vale.

À Prof. Dra. Carla Maria Ramos Germano, orientadora e amiga, pelos ensinamentos e conselhos que foram fundamentais no percorrer dos últimos anos de mestrado e doutorado. Obrigada, Carla, por toda confiança a mim outorgada e por ser minha guia no “mundo” acadêmico e da pediatria. Agradeço a todos os ensinamentos, puxões de orelha e estímulos, que foram essenciais para eu evoluir como profissional e como pessoa.

À Prof. Renata Kishi que foi peça fundamental para o acesso ao sistema de saúde.

Às Profs. Dras. Mônica Gabbay, Mônica Wernet, Débora Gusmão Melo e Ieda Del Ciampo pela disponibilidade e compreensão de vir avaliar o meu trabalho, mesmo diante dos impasses que ocorreram.

À Thalia, Gustavo, Tatiane e Ingrid que foram o apoio fundamental para a realização da coleta de dados e desenvolvimento do projeto.

Ao meu namorado Rafael que me acolheu durante alguns momentos conturbados.

A colaboração das ESF que contribuíram para o desenvolvimento da pesquisa.

Ao apoio da FAPESP no desenvolvimento deste trabalho, através da concessão de bolsa de pesquisa para os alunos de iniciação científica.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo ecológico 6C.	23
Figura 2 - Imagem corporal: fatores determinantes e processos.....	34
Figura 3 - Regiões do município de São Carlos em que foi realizada a coleta de dados da pesquisa.	46
Figura 4 - Classificação e distribuição dos valores do IMC das figuras de Truby e Paxton das meninas e dos meninos.	48
Figura 5 - Divisão da escala de Stunkard segundo o IMC.....	50
Figura 6 - Fluxograma do número amostral (N) com critérios de inclusão e exclusão.	54
Figura 7 - Distribuição da amostra de responsáveis em relação a classificação do IMC dos responsáveis (feminino e masculino).	56
Figura 8 - Distribuição da amostra de responsáveis em relação a classificação da circunferência abdominal dos responsáveis (feminino e masculino).	57
Figura 9 - Distribuição dos resultados da percepção corporal dos responsáveis, divididos conforme o IMC.....	58
Figura 10 - Média do grau de percepção corporal dos responsáveis, divididos conforme o IMC.	58
Figura 11 - Percepção corporal dos responsáveis, de acordo com a classificação nutricional.	59
Figura 12 - Distribuição da porcentagem de satisfação corporal dos responsáveis geral e dividida pela classificação do IMC.....	60
Figura 13 - Média do grau de satisfação corporal dos responsáveis, de acordo com a classificação nutricional.....	61
Figura 14 - Idealização corporal dos responsáveis, divididos pela classificação nutricional.	62
Figura 15 - Média do grau da idealização corporal dos responsáveis, de acordo com a classificação nutricional.....	63
Figura 16 - Média da idealização corporal dos responsáveis, de acordo com a classificação do IMC.....	63
Figura 17 - Classificação da amostra do IMC da amostra geral de crianças e divididas por sexo..	67
Figura 18 - Classificação da circunferência abdominal das crianças geral e divididas por sexo de acordo com o percentil.	67
Figura 19 - Porcentagem e média da percepção corporal das crianças em geral e divididas pelo sexo de acordo com a classificação nutricional. Fonte: elaborado pela autora.....	68
Figura 20 - Média do grau da percepção corporal das crianças em geral e divididas por sexo segundo a classificação nutricional.....	69
Figura 21 - Média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo e análise de Kruskal-Wallis dos valores quantitativos da percepção corporal das meninas e dos meninos de acordo com a classificação nutricional.....	69
Figura 22 - Porcentagem da percepção corporal geral do responsável sobre a criança e dividida por sexo..	74

Figura 23 - Porcentagem da percepção corporal em geral dos responsáveis sobre as crianças e divididas por sexo segundo a classificação nutricional.	75
Figura 24 - A- Média da percepção corporal dos responsáveis sobre as crianças em geral e divididas por sexo segundo IMC. B- Média do grau de percepção corporal dos responsáveis sobre as crianças em geral e divididas por sexo, segundo IMC.....	76
Figura 25 - Média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo dos valores e análise de Kruskall-Wallis dos valores quantitativos da percepção corporal dos responsáveis sobre as meninas e os meninos de acordo com a classificação nutricional.....	77
Figura 26 - A- Porcentagem da satisfação corporal das crianças geral e divididas por sexo, segundo IMC. B- Média do grau de satisfação corporal das crianças geral e divididas por sexo, segundo IMC.....	81
Figura 27 - Média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo dos valores e análise de Kruskall-Wallis dos valores quantitativos da satisfação corporal dos responsáveis sobre as meninas e os meninos de acordo com a classificação nutricional.....	82
Figura 28 - Média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo dos valores e análise de Kruskall-Wallis dos valores quantitativos da satisfação corporal dos responsáveis sobre as meninas e os meninos de acordo com a classificação nutricional.....	86
Figura 29 - A- Porcentagem da idealização corporal das crianças geral e divididas pelo sexo segundo o IMC. B- Média do grau de idealização corporal das crianças geral e divididas pelo sexo segundo o IMC..	88
Figura 30 - Média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo dos valores e análise de Kruskall-Wallis dos valores quantitativos da idealização corporal dos responsáveis sobre as meninas e os meninos de acordo com a classificação nutricional.....	89
Figura 31 - Comparação não paramétrica das subescalas do CFQ entre meninos e meninas.	95
Figura 32 - Comparação não paramétrica das subescalas do CFQ dos meninos divididos pela classificação nutricional (eutrófico e excesso de peso)..	96
Figura 33 - Comparação não paramétrica das subescalas do CFQ das meninas divididas pela classificação nutricional (eutrófico e excesso de peso)..	97
Figura 34 - Análise de Mann Whitney dos domínios do questionário PEDSQL 4.0 do grupo de meninos e meninas divididos pela classificação do IMC.....	105

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados sociodemográficos dos responsáveis em número absoluto e porcentagem. ...55	55
Tabela 2: Dados sobre o histórico de saúde dos responsáveis em número absoluto e porcentagem.55	55
Tabela 3: Mínimo, máximo, mediana, média e desvio padrão das variáveis antropométricas do peso(kg), estatura(m), IMC(kg/m ²) e circunferência abdominal(cm) dos responsáveis.....56	56
Tabela 4: Frequência absoluta da percepção corporal dos responsáveis geral e dividido por sexo e pela classificação nutricional.57	57
Tabela 5: Média, desvio padrão, valores mínimo e máximo da percepção corporal dos responsáveis de acordo com a classificação nutricional.58	58
Tabela 6: Satisfação corporal dos responsáveis classificados pelo IMC.60	60
Tabela 7: Média, desvio padrão, valores mínimo e máximo da satisfação corporal dos responsáveis de acordo com a classificação nutricional.60	60
Tabela 8: Média, desvio padrão, valores mínimo e máximo da satisfação corporal dos responsáveis de acordo com a classificação nutricional.62	62
Tabela 9: Descrição dos dados sociodemográficos das crianças (feminino e masculino) em números absolutos e porcentagem.64	64
Tabela 10: Descrição dos dados perinatais das crianças (feminino e masculino) em números absolutos e porcentagem64	64
Tabela 11: Descrição dos dados sobre o histórico de saúde das crianças (feminino e masculino) em números absolutos e porcentagem.65	65
Tabela 12: Descrição dos dados sobre a alimentação e o comportamento alimentar das crianças (feminino e masculino) em números absolutos e porcentagem.66	66
Tabela 13: Mínimo, máximo, mediana, média e desvio padrão das variáveis antropométricas do peso(kg), estatura (m), IMC (kg/m ²) e circunferência abdominal (cm) das crianças.66	66
Tabela 14: Correlação binária das variáveis numéricas sociodemográficas e antropométricas dos responsáveis e das crianças com o grau da percepção corporal das meninas e dos meninos. 71	71
Tabela 15: Valores da associação do texto do qui-quadrado entre as variáveis categóricas das crianças e sua percepção corporal (percepção adequada ou inadequada).72	72
Tabela 16: Análise de regressão logística (modo Enter) das variáveis independentes capazes de modificar o desfecho da percepção corporal das meninas e dos meninos.73	73
Tabela 17: Frequência absoluta da percepção corporal dos responsáveis sobre as crianças em geral e divididas por sexo segundo a classificação nutricional.....75	75
Tabela 18: Correlação binária das variáveis numéricas sociodemográficas e antropométricas dos responsáveis e das crianças com o grau da percepção corporal dos responsáveis sobre as meninas e dos meninos.78	78
Tabela 19: Valores da associação do texto do qui-quadrado entre as variáveis categóricas das crianças e a percepção corporal dos responsáveis sobre elas (percepção adequada ou inadequada).79	79

Tabela 20: Frequência absoluta da satisfação corporal das crianças em geral e divididas por sexo, segundo a classificação nutricional.	81
Tabela 21: Correlação binária das variáveis sociodemográficas, histórico de saúde e antropométricas dos responsáveis e das crianças com a satisfação corporal das meninas e dos meninos.....	83
Tabela 22: Valores de χ^2 e o valor de p pelo teste do qui-quadrado das variáveis categóricas dos responsáveis e das crianças em relação a satisfação corporal das crianças (satisfeito ou insatisfeito.	84
Tabela 23: Análise de regressão logística (modo Enter) das variáveis independentes capazes de modificar o desfecho da satisfação corporal das meninas e dos meninos.	85
Tabela 24: Frequência absoluta e porcentagem da satisfação corporal das crianças.....	87
Tabela 25: Correlação binária das variáveis sociodemográficas, histórico de saúde e antropométricas dos responsáveis e das crianças com a idealização corporal das meninas e dos meninos.....	90
Tabela 26: Valores de χ^2 e o valor de p pelo teste do qui-quadrado das variáveis categóricas dos responsáveis e das crianças em relação a idealização corporal das crianças.	92
Tabela 27: Análise de regressão logística (modo Enter) das variáveis independentes capazes de modificar o desfecho da idealização corporal das meninas e dos meninos.	93
Tabela 28: Pontuação das subescalas do CFQ dos grupos divididos de acordo com o sexo e classificação do IMC das crianças.	94
Tabela 29: Correlação linear entre o IMC das crianças divididas por sexo e as subescalas do CFQ.....	98
Tabela 30 - Análise do teste do qui quadrado das escalas do CFQ com as variáveis dos responsáveis e das crianças do sexo feminino.	99
Tabela 31 - Análise do teste do qui quadrado das escalas do CFQ com as variáveis dos responsáveis e das crianças do sexo masculino.....	101
Tabela 32 - Resultado da análise de regressão logística para cada uma das subescalas do CFQ (Desfecho esperado: “pontuação acima da média na subescala”), no grupo das meninas.	102
Tabela 33: Resultado da análise de regressão logística para cada uma das subescalas do CFQ (Desfecho esperado: “pontuação acima da média na subescala”), no grupo dos meninos.	103
Tabela 34: Valores de média, desvio padrão, mediana, mínimo, e máximo das pontuações dos vários aspectos do questionário PEDSQL 4.0, de meninas e meninos divididos segundo a classificação do IMC.	104
Tabela 35: Análise da correlação binária das variáveis sociodemográficas, perinatais e histórico de saúde das meninas e dos meninos com os aspectos do questionário PedsQL 4.0.	106
Tabela 36: Resultado da análise de regressão logística para os aspectos do PEDSQL 4.0 (Desfecho esperado: “pontuação mais alta = melhor qualidade de vida”), das crianças não divididas por sexo.....	107

LISTA DE ABREVIATURAS

CHQ – Child Health Questionnaire

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF – Estratégia Saúde da Família

IMC – Índice de massa corpórea

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PEDSQL – Pediatric Quality of Life Inventory

SUS – Sistema Único de Saúde

TBDH – Teoria (bio)ecológica do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner

USP – Universidade de São Paulo

USFCAR – Universidade Federal de São Carlos

VIF – Fator de inflação da variância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
INFÂNCIA.....	17
ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA	18
DESENVOLVIMENTO INFANTIL	19
OBESIDADE NA INFÂNCIA	22
COMPORTAMENTO ALIMENTAR.....	26
IMAGEM CORPORAL	30
SOBRE A QUALIDADE DE VIDA.....	36
OBJETIVOS	43
OBJETIVOS PRIMÁRIOS	43
OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	43
MÉTODO	44
POPULAÇÃO DE ESTUDO	44
ASPECTOS ÉTICOS.....	45
COLETA DE DADOS.....	45
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	47
ESCALA INFANTIL DA IMAGEM CORPORAL DE TRUBY E PAXTON	47
ESCALA DE SILHUETA DE STUNKARD	49
QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA – CFQ	50
QUESTIONÁRIO PEDSQL 4.0	51
FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS	51
RESULTADOS	54
PERCEPÇÃO CORPORAL	57
SATISFAÇÃO CORPORAL	60
IDEALIZAÇÃO CORPORAL.....	61
CRIANÇAS	64
PERCEPÇÃO CORPORAL	68

PERCEPÇÃO CORPORAL DOS RESPONSÁVEIS SOBRE AS CRIANÇAS.....	74
SATISFAÇÃO CORPORAL.....	80
IDEALIZAÇÃO CORPORAL.....	86
QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA – CFQ.....	93
QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE.....	104
DISCUSSÃO.....	109
CONCLUSÃO.....	123
REFERÊNCIAS.....	125
ANEXO I - PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	143
ANEXO II - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	146
ANEXO III – ESCALA INFANTIL DE IMAGEM CORPORAL.....	148
ANEXO IV - ESCALA DE SILHUETA DE STUNKARD.....	149
ANEXO V – QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA – CFQ.....	150
ANEXO VII – PEDSQL 4.0.....	153
ANEXO VIII – ARTIGO PUBLICADO REVISTA COGITARE.....	155

INTRODUÇÃO

INFÂNCIA

A valorização da infância é relativamente recente. Até o século XII, o índice de mortalidade infantil era alto e as condições de higiene e saúde eram precárias. Esses dados demonstram uma suposta indiferença em relação à infância nesse período. O desenvolvimento infantil era prejudicado devido ao descaso e à falta de conhecimento da população em relação a esse grupo. Mesmo quando as crianças atingiam uma certa idade, elas não possuíam uma identidade própria. A criança só passava a ter uma identidade quando conseguia realizar tarefas semelhantes às dos adultos. Foi a partir do século XIII que começaram a ser atribuídos às crianças sentimentos e modos de comportamento e ação. No entanto, essas funções ainda eram designadas aos adultos, que tinham a responsabilidade de moldar o caráter das crianças. A "descoberta" da infância e a importância dos estudos relacionados a esse período tiveram início nos séculos XIX e XX. Nesse momento, as famílias começaram a se organizar em torno das crianças e elas passaram a ser consideradas indivíduos com valores e que necessitavam de cuidados especiais (Áries, 1981; Bujes, 2001; Heywood, 2010).

No Brasil, a trajetória das crianças e dos adolescentes foi marcada por inúmeras dificuldades e privações. Estudos descreveram diversos problemas enfrentados pelas crianças, como fome, miséria, abuso infantil e maus-tratos, resultantes da negligência familiar, social e estatal. A partir de 1960, começaram a surgir mudanças. A Lei 4.513, de 1º de dezembro de 1964, introduziu a Política Nacional do Bem-Estar Social do Menor, com o objetivo de cuidar e promover o bem-estar das crianças abandonadas (Cohn, 2020).

Em 1990, surgiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), um conjunto de normas e regras criado para garantir os direitos das crianças e dos adolescentes. O ECA determina que *"A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se a eles, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de possibilitar seu desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade"* (BRASIL, 1991). Segundo o ECA, considera-se criança o indivíduo com até doze anos incompletos, enquanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) define criança como a pessoa com até dez anos de idade. No entanto, a evolução histórica da participação da criança na sociedade, assim como os cuidados com sua saúde, são recentes. Portanto, a assistência à saúde da criança e a garantia de muitos dos seus direitos ainda estão em processo de construção.

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA

A assistência à saúde da criança no Brasil é uma estratégia para garantir o desenvolvimento saudável e o bem-estar das futuras gerações. Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha um papel de extrema importância na promoção do acesso universal e integral aos serviços de saúde para as crianças do país (Damasceno et al., 2016).

No âmbito da assistência à saúde infantil, o SUS oferece uma variedade de serviços, desde a atenção primária até os cuidados especializados. Nos serviços de atenção básica, como os postos de saúde e as unidades básicas de saúde, as crianças podem realizar consultas médicas, receber vacinas, realizar acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, além de receber orientações sobre prevenção de doenças e promoção da saúde (Paim, 2018). No Brasil, a Atenção Básica à Saúde fornece seus serviços de forma descentralizada, visando atuar em locais mais próximos da população. Nesse sentido, a construção de redes de atenção baseia-se em princípios como acessibilidade, universalidade, vínculo e continuidade do cuidado. A instalação de Unidades Básicas de Saúde próximas à população desempenha um papel crucial na garantia do acesso a serviços de saúde de qualidade (Macinko e Mendonça, 2018).

Já a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como objetivo reorganizar a atenção à saúde básica no país. É *“uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade”*. A ESF atua por meio de uma equipe multiprofissional composta por médicos generalistas ou especialistas em Saúde da Família, enfermeiros, auxiliares técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Em algumas unidades, são acrescentados os serviços de profissionais de saúde bucal (Ministério da Saúde, s/a). As equipes de saúde da família atuam em áreas geográficas definidas, sendo responsáveis por cuidar de uma média de 3000 a 4000 pessoas. No entanto, esse número pode variar de acordo com os riscos e a vulnerabilidade social da população (Fausto et al., 2014). Esta forma de organização do serviço possibilita um maior conhecimento por parte da equipe sobre os fatores determinantes e condicionantes de danos que afetam a comunidade e, conseqüentemente, a situação de saúde dessa população. As equipes de saúde coletam dados da população, que posteriormente são transformados em diagnóstico epidemiológico. Dessa forma, é possível elaborar intervenções na comunidade, nas famílias e em cada indivíduo. Essa proximidade da Atenção Básica de Saúde com a

comunidade pode ser um grande catalisador para uma atenção mais integral, equitativa e universal para as crianças que residem em suas áreas de abrangência, onde as suas necessidades individuais são compreendidas e atendidas de forma adequada (Schneider et al., 2020).

Fatores como saúde, nutrição, meio social e cuidado prestado pelos responsáveis podem influenciar de forma positiva ou negativa o desenvolvimento das crianças. Se esses fatores forem disponibilizados de forma positiva, eles contribuem para promover o desenvolvimento das crianças e podem melhorar a saúde como um todo (Munhoz et al., 2022).

A pediatria surgiu como especialidade há mais de 100 anos, a partir do conceito de que os problemas de saúde das crianças são diferentes dos adultos e suas respostas a esses problemas são dependentes de sua condição física, de seu desenvolvimento neuropsicomotor e de seu contexto psicossocial.

Em 1959, foi assinada a Declaração dos Direitos da Criança pela ONU, estabelecendo que as crianças, independente da raça, status social e nacionalidade, tem direitos e necessidades fundamentais que precisam ser assegurados. Os profissionais de saúde que cuidam de crianças precisam lutar pelos direitos básicos de todas as crianças, e o cuidar pediátrico adequado implica conhecer as particularidades de cada fase de vida desses indivíduos, como representantes de um grupo e como indivíduos únicos, em relação a todos os aspectos biopsicossociais (Nelson, 2022).

DESENVOLVIMENTO INFANTIL

A partir dos primeiros anos de vida, o processo de aprendizagem da criança está em constante transformação. Durante esse período, as crianças passam por importantes mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais, que moldam quem elas irão se tornar no futuro (Freitas et al., 2019).

Na idade pré-escolar há um aprimoramento das habilidades motoras finas das crianças, melhor desenvolvimento da coordenação motora, equilíbrio e agilidade, permitindo-lhes a participação em atividades físicas mais complexas. Neste período, as crianças também começam a expressar suas vontades, desejos e necessidades, além de aprenderem as regras de convívio social. Esta capacidade que a criança irá adquirir de organizar e estruturar as experiências vividas ocorre através da atividade de estruturas mentais que funcionam ordenando, classificando e relacionando essas informações (Rebello et al., 2020; Catuzzo et al., 2018). Todavia, os diferentes níveis de expressão dessas informações ocorrem através do funcionamento destas estruturas mentais em diferentes momentos do desenvolvimento da criança. Segundo Piaget

(1983), a criança irá passar por diferentes estágios do desenvolvimento cognitivo. No entanto, a aquisição desses estágios de desenvolvimento depende não apenas da maturação física e biológica das crianças, mas também do seu meio social. Os estágios de desenvolvimento cognitivo podem ser divididos em quatro períodos:

- **Estágio sensório-motor** – é a primeira etapa do desenvolvimento, abrangendo o período desde o nascimento até os 2 anos de idade. Neste período a criança explora o mundo através dos sentidos e do movimento do corpo.
- **Estágio pré-operatório** – ocorre entre os 2 aos 7 anos de idade. Neste período as crianças adquirem habilidades cognitivas mais sofisticadas, todavia, ainda apresentam limitações em seus pensamentos.
- **Estágio operatório-concreto** – ocorre entre os 7 aos 11 anos de idade e representa uma transição importante no pensamento das crianças. Neste período as crianças começam a desenvolver habilidades cognitivas mais avançadas, demonstrando maior capacidade de pensar de forma lógica e compreender melhor os conceitos abstratos, embora seus pensamentos ainda sejam bastante concretos e baseados em experiências sensoriais, há uma capacidade de pensar e realizar ações mentais em relação a objetos e eventos, ou seja, as crianças começam a classificar objetos através da cor, tamanho e formato.
- **Estágio operatório-formal** – ocorre no período a partir dos 11 anos e continua até a idade adulta. Nesta fase, as crianças irão adquirir a capacidade do pensamento abstrato, hipotético e lógico. Além disso, conseguem refletir sobre o próprio pensamento, isso contribui para um aprendizado mais autorregulado e autônomo.

O desenvolvimento emocional da criança ocorre desde o nascimento e continua ao longo da vida. É no período da infância que as crianças começam a reconhecer, expressar e regular suas emoções, o que permite que elas desenvolvam habilidades emocionais que impactarão significativamente sua vida adulta. Conforme a criança cresce, ela desenvolve habilidades sociais e linguísticas, tornando-se capaz de identificar e nomear suas emoções com maior precisão. No entanto, esse processo é complexo e gradual, envolvendo inúmeros aprimoramentos nas habilidades emocionais (Franco e Santos, 2015).

Quando a criança interage com pessoas diferentes em diversos contextos, ela tem a oportunidade de praticar e desenvolver uma compreensão mais ampla do mundo. Essas interações sociais fora do ambiente familiar contribuem para a expansão das habilidades empáticas e enriquecem sua perspectiva em relação aos outros. Além disso, a regulação emocional é a capacidade que a criança desenvolve de gerenciar e controlar suas emoções. À medida que crescem, elas adquirem mais estratégias para lidar com

situações desafiadoras e emoções intensas. É através da interação social que elas têm a oportunidade de experimentar uma variedade de contextos emocionais, o que as auxilia no desenvolvimento de habilidades de regulação emocional mais refinadas. Essas interações também proporcionam modelos e exemplos de como expressar e regular emoções de maneira saudável, aprendendo com os comportamentos observados em outros indivíduos (Moitoso & Casagrande, 2017; Silva e Feitosa, 2022).

Estes processos de interações das crianças com seus cuidadores e a comunidade na qual ela está inserida contribuem para o seu desenvolvimento social, um processo complexo e fundamental na construção de relacionamentos saudáveis. Além disso, o ambiente familiar oferece oportunidades para a criança aprender e praticar comportamentos sociais, observando e imitando as interações dos adultos. Conforme a criança expande seu círculo social e interage com a comunidade, novas oportunidades de aprendizado e desenvolvimento social surgem. A interação com colegas de escola e outras crianças da mesma faixa etária permite que a criança experimente diferentes perspectivas, pratique suas habilidades sociais e aprenda a se adaptar a contextos diversos. Essas interações proporcionam um ambiente rico para o desenvolvimento de empatia, colaboração e respeito mútuo (Dutra et al., 2020; Marques, 2020; Santos et al., 2020).

No entanto, é importante ressaltar que ambientes e interações negativas desempenham um papel significativo na formação de hábitos não saudáveis e no desenvolvimento da obesidade. Por exemplo, crianças que são alvo de bullying ou estigmatização por causa de seu peso têm maior probabilidade de desenvolver problemas de imagem corporal negativa e transtornos alimentares, o que pode contribuir para comportamentos alimentares pouco saudáveis e ganho de peso excessivo. Além disso, quando as crianças são expostas a comportamentos alimentares pouco saudáveis por parte de seus pares, familiares ou modelos de mídia, é mais provável que adotem esses padrões alimentares, o que pode resultar em uma dieta rica em alimentos calóricos, pobres em nutrientes e contribuir para o desenvolvimento do excesso de peso (Taroze e Pessa, 2020). O desenvolvimento social da criança é um processo contínuo e complexo, influenciado por fatores individuais e contextuais. Temperamento, personalidade, experiências sociais e culturais desempenham um papel na forma como cada criança se desenvolve socialmente. Portanto, é essencial fornecer um ambiente seguro, afetivo e estimulante que promova interações saudáveis e oportunidades de aprendizado social (Fisberg et al., 2016).

OBESIDADE NA INFÂNCIA

A obesidade é considerada um dos maiores desafios para a saúde pública e alcançou proporções epidêmicas. Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade é uma doença crônica e multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, o que pode acarretar riscos à saúde. A obesidade infantil surge como resultado da interação complexa de fatores nutricionais, metabólicos, genéticos e psicossociais (SBP, 2019). No Brasil, observou-se que 12,9% das crianças entre 5 e 9 anos estão enfrentando quadros de obesidade, conforme apontado pelo VIGITEL em 2019. Esses números demonstram a urgência de ações efetivas para enfrentar essa questão e promover a saúde das crianças (Meller et al., 2022).

O aumento global da prevalência do excesso de peso em crianças requer maior atenção devido ao risco aumentado destas desenvolverem obesidade na adolescência e vida adulta, mas também por determinar diversas consequências negativas, tanto físicas quanto psicossociais, que podem afetar a qualidade de vida das crianças. Um estudo destacou que crianças com índice de massa corporal (IMC) acima do percentil 85 entre 24, 36 e 54 meses de idade têm um risco cinco vezes maior de desenvolver excesso de peso na adolescência, em comparação com aquelas que não apresentavam excesso de peso nos primeiros anos de vida. Além disso, o sobrepeso e a obesidade em crianças estão associados a várias condições prejudiciais à saúde, como problemas respiratórios, endócrinos e cardiovasculares, além de impactos sociais e psicológicos negativos (Capistrano et al., 2022; Chu et al., 2019).

Alguns estudos têm procurado identificar quais fatores estão associados à ocorrência do excesso de peso na infância. O Modelo Ecológico 6C aborda as influências ambientais e hereditárias sobre a obesidade infantil, vistas sob uma ótica de seis esferas: célula, criança, família, comunidade, país e cultura. Este modelo reconhece que a obesidade é uma questão complexa, resultante da interação de diferentes níveis de influência, desde o nível individual até o nível sociocultural (Fernandez et al., 2019) e está representado na figura 1.

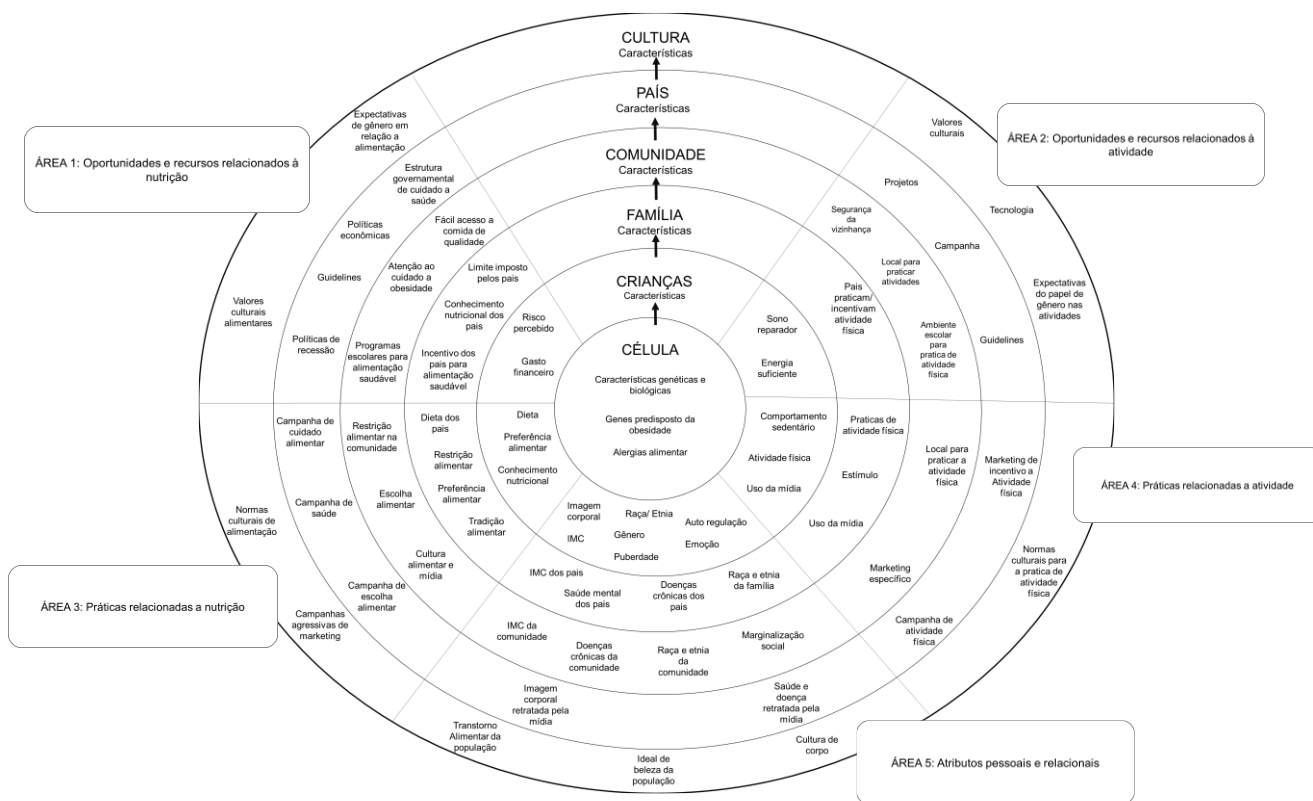


Figura 1 - Modelo ecológico 6C. Fonte: adaptado de Harrison et al. 2011

Segundo o modelo 6C o primeiro domínio é o nível celular, que abrange os processos biológicos e genéticos que influenciam o metabolismo e a regulação do peso corporal. Fatores como predisposição genética e resposta hormonal desempenham um papel importante nesse nível. Segundo Perez e Mattioli (2018), a composição corporal da criança é influenciada principalmente por fatores hereditários. No entanto, Rodrigues et al., 2020 e Leitão e Neves (2017) mostraram que, embora a suscetibilidade genética seja um fator importante no desenvolvimento do excesso de peso, também existem fatores obesogênicos no ambiente que facilitam o desenvolvimento desse quadro.

O segundo domínio é o nível individual, que inclui características pessoais, como idade, gênero, comportamentos alimentares e atividade física. Esses fatores individuais têm um impacto direto na ingestão de calorias e no gasto energético. Francis e Susman (2009) destacam três aspectos importantes no contexto infantil que podem contribuir para a obesidade: autorregulação, exposição à mídia e sono. No caso da autorregulação, muitas crianças podem apresentar dificuldades em controlar seus comportamentos e impulsos, especialmente quando se trata de resistir a alimentos calóricos e regular a quantidade de comida consumida. Essas dificuldades podem desempenhar um papel significativo no ganho de peso excessivo (Rossi et al., 2019). Também é importante ressaltar que a exposição das crianças às mídias televisivas e aos computadores pode impactar o peso corporal, uma vez que incentiva

comportamentos sedentários. Brum (2021) destacam quatro mecanismos causais do excesso de peso relacionados ao tempo gasto pelas crianças em frente às telas: redução do gasto energético em repouso, falta de atividade física, exposição a propagandas de alimentos pouco nutritivos que podem levar a um maior consumo desses alimentos e o hábito de comer enquanto assistem à televisão, o que contribui para um maior consumo calórico. Além disso, o uso excessivo de mídia está relacionado à qualidade inadequada do sono. A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomenda que o tempo de tela para crianças de 5 a 8 anos de idade seja limitado a no máximo duas horas por dia. Esta orientação visa reduzir os riscos associados ao uso excessivo de dispositivos eletrônicos, como sedentarismo, problemas de sono e impacto negativo no desenvolvimento social e cognitivo. A SBP enfatiza a importância de equilibrar o tempo de tela com atividades físicas, brincadeiras ao ar livre e interações familiares, promovendo assim um desenvolvimento mais saudável e equilibrado para as crianças nessa faixa etária. Um estudo conduzido por Marques et al., (2018) revelou que a falta de sono adequado na infância está associada à obesidade, uma vez que a curta duração do sono pode afetar a regulação da ingestão e do gasto de energia, resultando em fadiga que pode prejudicar a prática de atividade física. Além disso, o sono insuficiente pode alterar os hormônios metabólicos, aumentando o apetite e o consumo de alimentos.

O terceiro domínio é o nível interpessoal, que abrange as relações sociais e influências interpessoais no desenvolvimento da obesidade. Nesse nível, são consideradas as influências da família e amigos nas escolhas alimentares e no estilo de vida de uma pessoa. A obesidade parental, especialmente a obesidade materna, é um fator importante a ser considerado na ocorrência da obesidade infantil (Dantas e Silva, 2019). Um estudo mostrou que filhos de mães obesas tem três vezes mais chances de desenvolverem obesidade em comparação com filhos de mães com peso saudável (Lima et al., 2017). O ambiente familiar representa o primeiro contexto social em que as crianças são expostas e suas características podem influenciar no desenvolvimento da obesidade. Fatores como escolaridade dos responsáveis, saúde mental, comportamentos alimentares e crenças em relação à imagem corporal podem ter uma influência marcante nesse aspecto (Amaral et al., 2023; Cunha, 2017; Pedroso et al., 2018).

O quarto domínio é o da comunidade, que considera as estruturas ambientais que são oferecidas para o desenvolvimento da criança. Nesse nível, são considerados os fatores externos presentes na comunidade em que a criança está inserida, que podem influenciar seus comportamentos alimentares e o estilo de vida de forma significativa. As características da comunidade, como acesso a alimentos saudáveis, espaços de lazer, oportunidades de atividade física e disponibilidade de programas de

saúde, podem afetar as escolhas e comportamentos das famílias em relação à alimentação e ao estilo de vida (Silva et al., 2021). Um estudo realizado pela UNICEF (2021) entrevistou responsáveis por 1.647 crianças menores de 6 anos contempladas pelo Auxílio Brasil, procurando analisar os hábitos alimentares dessas famílias. Os resultados constataram que 80% delas consumiam pequenas quantidades de alimentos ultraprocessados por dia. Os alimentos mais consumidos eram biscoitos recheados ou salgados e bebidas açucaradas, como achocolatados e bebidas lácteas. Cerca de 64% das famílias alegaram ter fácil acesso a esse tipo de alimento, enquanto 24% mencionaram o preço mais acessível e 17% destacaram a praticidade desses alimentos no momento do preparo. O consumo de alimentos ultraprocessados tem se tornado uma preocupação crescente, especialmente entre a população mais vulnerável economicamente. A falta de acesso a alimentos frescos e saudáveis é um dos principais fatores que contribuem para o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados nessa população. Em regiões de baixa renda, é comum a escassez de supermercados e feiras que ofereçam produtos frescos e nutritivos. Em contrapartida, há uma maior presença de estabelecimentos que comercializam alimentos ultraprocessados, como lanches rápidos, refrigerantes, salgadinhos e biscoitos salgados e recheados. Esses alimentos são altamente disponíveis e de baixo custo, o que os torna uma opção atrativa para famílias com recursos financeiros limitados (Caivano et al., 2017; Duarte et al., 2020).

O início da vida escolar é um momento crucial em que a criança está exposta a diversas influências em relação aos padrões alimentares. É nessa fase que os comportamentos e hábitos alimentares começam a se formar. Infelizmente, o ambiente escolar muitas vezes oferece alimentos com baixo valor nutricional e alta densidade energética, que são adquiridos nas cantinas escolares ou disponibilizados por programas públicos de alimentação escolar (Corrêa et al., 2020). Um estudo realizado por Lima et al., 2021 mostrou que crianças em creches tem um risco mais elevado de desenvolver obesidade. Isso pode ser atribuído, em parte, a um menor consumo de leite materno e à introdução antecipada de alimentos sólidos. Essa tendência reflete os desafios enfrentados na promoção de hábitos alimentares saudáveis nesse ambiente, uma vez que a creche desempenha um papel fundamental no desenvolvimento infantil. Sendo assim, torna-se essencial que creches e unidades escolares proporcionem um ambiente favorável à saúde e ao bem-estar das crianças.

É importante destacar que, no modelo das seis esferas, uma comunidade está inserida em um setor ainda mais amplo, denominado nível institucional. Esse nível refere-se às políticas e práticas das instituições, como governos, escolas e indústrias alimentícias. As políticas governamentais relacionadas à publicidade de alimentos,

regulamentação da indústria alimentícia e programas escolares têm um impacto significativo na prevenção e controle da obesidade. No Brasil, nos últimos 15 a 20 anos a obesidade se tornou alvo de políticas públicas e o Ministério da Saúde, por meio do SUS, tem se destacado como o principal agente proponente, criando projetos e programas para combater a obesidade. Entre eles, ressaltam-se:

- Guia Alimentar para a População Brasileira, que fornece diretrizes sobre uma alimentação saudável e equilibrada. Este guia busca orientar a população sobre as escolhas alimentares, respeitando as diferenças culturais entre os estados (Brasil, 2014).
- Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que tem como objetivo garantir o acesso universal a alimentos de qualidade e promover ações de educação alimentar e nutricional. Essa política engloba diferentes contextos sociais, como unidades de saúde, comunidades e escolas (Ministério da Saúde, 2013).
- Programa Saúde na Escola, que promove ações de controle da obesidade infantil por meio de atividades educativas, como oficinas, palestras e práticas esportivas nas escolas (Ministério da Educação, 2007).
- Regulamentação do marketing de alimentos, sendo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) o principal órgão responsável por atuar no controle do marketing direcionado às crianças, proibindo a publicidade de alimentos com alto teor de gorduras, açúcares e sódios em programas infantis e materiais didáticos (Henriques et al, 2014).
- Diretrizes para a alimentação escolar, que visam oferecer refeições mais saudáveis e balanceadas nas escolas públicas (PNAE, 2009).

Assim, o combate à obesidade infantil requer um esforço conjunto da sociedade como um todo. Além das políticas públicas, é essencial o envolvimento da família, escolas, profissionais de saúde e comunidade em geral. Um dos aspectos deste esforço é a compreensão de como se desenvolve o comportamento alimentar da criança e quais os principais fatores que o influenciam.

COMPORTAMENTO ALIMENTAR

O comportamento alimentar é o conjunto de ações, atitudes e escolhas relacionadas à alimentação de um indivíduo. Envolve não apenas o ato de comer, mas também interações entre sistema nervoso central, sistema endócrino e fatores ambientais que influenciam nas decisões alimentares. É um processo complexo que varia de pessoa para pessoa e está sujeito a mudanças ao longo da vida (Catão e Tavares, 2017)

A neurofisiologia desempenha um papel importante neste processo, fornecendo insights sobre como o cérebro regula a ingestão de alimentos e como os estímulos externos influenciam nossas escolhas alimentares (Ribeiro e Santos, 2016). No cérebro, diversas áreas e sistemas estão envolvidos na regulação do comportamento alimentar, sendo o hipotálamo e o sistema de recompensa particularmente importantes. O hipotálamo desempenha um papel crucial na regulação do apetite, sendo responsável por detectar os níveis de energia e nutrientes no organismo. Ele recebe sinais neurais e hormonais que sinalizam a liberação de neurotransmissores e de hormônios que regulam a fome e a saciedade (Pinho et al., 2022). Já o sistema de recompensa está relacionado à sensação de prazer associada à ingestão de alimentos. Quando nos deparamos com alimentos saborosos ocorre a liberação de neurotransmissores, como a dopamina, que ativam o sistema de recompensa e promovem sensações agradáveis. Essas sensações positivas nos levam a buscar alimentos prazerosos novamente, o que pode influenciar nossas escolhas alimentares (Otto e Ribeiro, 2020). No entanto, além da regulação neurofisiológica, fatores ambientais também desempenham um papel crucial na construção do comportamento alimentar. Desde a infância, os indivíduos são expostos a diversos estímulos externos relacionados aos alimentos, como disponibilidade de diferentes opções alimentares, hábitos alimentares da família, cultura alimentar, marketing e publicidade de alimentos. Esses estímulos podem moldar as preferências e influenciar nas escolhas alimentares ao longo da vida (Dantas e Silva, 2019). A formação dos hábitos alimentares inicia-se na infância e a literatura têm evidenciado que o comportamento alimentar da criança é determinado inicialmente pelo ambiente familiar e em seguida por processos culturais e psicossociais (Lima, 2018).

Assim, a complexidade e multidimensionalidade no comportamento alimentar resulta da interação entre fatores individuais, ambientais e comportamentais. Um estudo proposto por Davison e Birch (2011) procurou construir uma estrutura teórica para explicar os diferentes fatores que influenciavam as escolhas alimentares e o comportamento alimentar das pessoas. Esse modelo se baseia na interação de três componentes principais:

- Fatores individuais, que se referem às características individuais que podem influenciar nas escolhas alimentares. Isso inclui fatores biológicos, como as preferências gustativas e sensibilidade aos sabores; fatores psicológicos, como atitudes, crenças e emoções relacionadas aos alimentos; e fatores cognitivos, como conhecimento nutricional e habilidades de autorregulação.
- Fatores contextuais, que abrangem o ambiente em que as escolhas alimentares são feitas. Isso inclui o ambiente familiar, social e cultural, bem como o ambiente físico, como a disponibilidade de alimentos saudáveis ou não saudáveis. Esses

fatores contextuais podem influenciar as escolhas alimentares por meio de normas sociais, influência dos pares, modelos de comportamento observados e acesso facilitado a certos alimentos.

- Fatores de exposição alimentar, que se referem à quantidade e qualidade dos estímulos alimentares aos quais as pessoas são expostas. Isso inclui a publicidade de alimentos, marketing, exposição a alimentos em diferentes ambientes, como escolas, locais de trabalho, supermercados e restaurantes. A exposição a estímulos alimentares pode afetar as preferências e o comportamento alimentar das pessoas, influenciando suas escolhas e padrões de consumo.

Neste modelo, os autores reconhecem a interação complexa entre esses três componentes, sugerindo que as escolhas alimentares são resultado da combinação desses fatores. Por exemplo, as preferências individuais podem ser influenciadas pela exposição a alimentos específicos e pelo contexto social em que a alimentação ocorre. Da mesma forma, os fatores contextuais podem ser moldados pelas características individuais e pela exposição alimentar. Além disso, o modelo proposto por Davison e Birch (2011) se encaixa dentro da teoria (bio)ecológica do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (TBDH). A TBDH é uma abordagem teórica que busca compreender o desenvolvimento humano por meio da interação entre indivíduos e os diversos contextos em que vivem. Essa teoria pode ser aplicada ao estudo do comportamento alimentar, fornecendo uma estrutura para entender como fatores biológicos, sociais e ambientais influenciam as escolhas e os padrões alimentares das pessoas. De acordo com a TBDH, o desenvolvimento humano ocorre em diferentes níveis de influência, que são denominados como microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema. O microssistema refere-se aos ambientes mais próximos e diretos em que os indivíduos interagem diariamente. No contexto do comportamento alimentar, o microssistema inclui a família, os amigos, a escola e a comunidade. Esses ambientes fornecem oportunidades, modelos e influências sociais que moldam as escolhas alimentares das pessoas. Por exemplo, a disponibilidade de alimentos saudáveis em casa e a influência dos pais podem desempenhar um papel importante na formação de hábitos alimentares saudáveis nas crianças. O mesossistema refere-se às interações entre os diferentes microssistemas em que os indivíduos estão inseridos. Isso envolve a interação entre a família, a escola e a comunidade. Sendo assim, uma colaboração eficaz entre a família e a escola pode promover a adoção de hábitos alimentares saudáveis nas crianças, fornecendo uma mensagem consistente sobre a importância da alimentação equilibrada. Já o exossistema refere-se aos ambientes indiretos e externos que têm um impacto indireto no desenvolvimento humano. Inclui fatores como políticas

governamentais, mídia, indústria alimentícia e regulamentações relacionadas à publicidade e à rotulagem de alimentos. Esses fatores podem influenciar a disponibilidade, o acesso e a promoção de alimentos saudáveis ou não saudáveis, afetando assim as escolhas alimentares das pessoas. Por fim, o macrossistema é o nível mais amplo da TBDH e refere-se aos valores culturais, crenças, normas e sistemas sociais que moldam o comportamento e o desenvolvimento humano. Inclui as práticas alimentares e as preferências alimentares compartilhadas por uma determinada cultura ou sociedade (Bronfenbrenner e Evans, 2000)

Os fatores individuais e contextuais abordados pelo modelo de Davison e Birch correspondem aos níveis de influência mais próximos e diretos da TBDH, como a família e a escola. Além disso, o modelo também considera os fatores de exposição alimentar, que podem ser entendidos como parte do exossistema da TBDH, como a mídia e a indústria alimentícia. Dessa forma, a integração dessas duas abordagens teóricas permite uma compreensão mais abrangente e holística do comportamento alimentar. Reconhecemos a interação entre fatores individuais, contextuais e ambientais, ao mesmo tempo em que consideramos a influência dos diferentes níveis de contexto propostos pela TBDH. Isso nos ajuda a entender como o comportamento alimentar é moldado por uma interação complexa entre características individuais, ambientes próximos e mais amplos, e as normas culturais e sociais que permeiam a vida das pessoas (Dantas e Silva, 2018; Lima, 2018).

A formação do comportamento alimentar começa na infância. Os primeiros anos de vida são conhecidos como uma fase crítica para o estabelecimento de preferências alimentares. Durante esse período, as crianças estão abertas a experimentar novos alimentos e a formar associações entre o sabor dos alimentos e as experiências sensoriais (Magagnin et al., 2019). Os pais e cuidadores têm a responsabilidade de fornecer um ambiente alimentar saudável, oferecendo escolhas alimentares equilibradas e modelando comportamentos positivos em relação à comida. A família também é responsável por criar rotinas alimentares regulares, estabelecer horários de refeição adequados e promover um ambiente positivo durante as refeições que irá contribuir para um comportamento alimentar equilibrado desde a infância. Ao fazer isso, é possível promover uma relação saudável com a comida desde cedo, o que contribuirá para uma alimentação equilibrada e um estilo de vida saudável ao longo da vida (Barbosa et al., 2022).

Quando os pais ou cuidadores apresentam comportamentos alimentares disfuncionais, como restrição alimentar excessiva, dietas restritivas ou compulsão alimentar, isso pode repercutir na criança. Ela pode desenvolver uma relação prejudicada com a comida, como associar certos alimentos a sentimento de culpa ou

vergonha, ter dificuldades em reconhecer os sinais de fome e saciedade ou experimentar episódios de compulsão alimentar. Esses comportamentos podem levar a um padrão de alimentação desequilibrado e contribuir para o desenvolvimento de transtornos alimentares, como anorexia nervosa ou bulimia. Além disso, as formas como os membros da família falam sobre seus próprios corpos e os corpos dos outros também desempenha um papel importante na construção da imagem corporal da criança (Pereira, 2021; Sperandio e Morais, 2021).

IMAGEM CORPORAL

A imagem corporal refere-se à representação mental e subjetiva que temos do nosso próprio corpo. É a maneira como percebemos, pensamos e sentimos nossa aparência física e como nos relacionamos com nosso corpo (Moehlecke et al., 2020). Foram as escolas britânicas que aprofundaram os estudos sobre imagem corporal, abordando aspectos neurológicos, psicológicos e fisiológicos. O neurologista Henry Head (1911) foi o primeiro a utilizar o termo "esquema corporal" e desenvolveu a teoria de que *"cada indivíduo constrói um modelo ou figura de si mesmo que constitui um padrão contra o qual são feitos julgamentos da postura e dos movimentos corporais"* (Gorman, 1965, p. 48). Ele observou que a percepção do corpo vai além das sensações físicas, envolvendo também um senso subjetivo do próprio corpo e sua relação com o espaço ao redor. De acordo com Head, o esquema corporal é uma construção complexa baseada na integração de informações sensoriais, proprioceptivas e motoras. As informações sensoriais fornecerão uma compreensão da posição e do movimento do corpo, enquanto as informações proprioceptivas permitirão que o indivíduo tenha consciência das diferentes partes do corpo e sua relação espacial. Por fim, as informações motoras estão relacionadas à capacidade de planejar e executar movimentos corporais (Veríssimo, 2012).

Todavia, a grande contribuição para os estudos sobre a imagem corporal foi feita por Paul Schilder, que a considerou um fenômeno multifacetado. Schilder definiu a imagem corporal como *"a imagem do nosso próprio corpo que formamos em nossa mente, ou seja, a maneira como o corpo aparece para nós mesmos"*. A formação da imagem corporal baseia-se em três aspectos: fisiológico, libidinal e social. Os aspectos fisiológicos consideram que a percepção da imagem corporal ocorre a partir do entendimento da posição corporal, proporcionando assim uma consciência do espaço ocupado pelo indivíduo. O aspecto libidinal está relacionado à apreciação da própria imagem e é fortemente influenciado por fatores emocionais, afetivos e eróticos. Já o aspecto social define a imagem corporal como um reflexo do ambiente em que o indivíduo está inserido (Schilder, 1994).

Para elucidar esse conceito tão complexo, o meio científico chegou a um consenso de que a imagem corporal pode ser subdividida em duas grandes e significativas dimensões: a perceptiva e a atitudinal (Cash e Smolak, 2011). A dimensão perceptiva indica a precisão com que uma pessoa percebe seu corpo em relação à proporção, tamanho, formato e peso. Já a dimensão atitudinal se refere à maneira como o indivíduo encara essa percepção, abrangendo emoções, pensamentos, crenças, atitudes e sentimentos em relação ao próprio corpo (Cuesta-Zamora e Navas, 2017). A dimensão perceptiva contribui de forma significativa para a área da saúde, pois permite que os profissionais observem como e quando o indivíduo percebe seu corpo, o que auxilia na interpretação da compreensão da imagem corporal, que advém da identidade corporal e da relação que a pessoa tem com o meio ao seu redor (Sousa, 2015).

O que pouco se discute são os estímulos que interagem e influenciam a percepção da imagem corporal. Quando o indivíduo julga sua própria imagem, várias fontes de informação estão disponíveis nesse processo, como o estímulo visual e sensorial. Estudos têm mostrado que "*as sensações somadas à imagem visual do corpo influenciam a precisão em perceber o tamanho real do corpo*" (Tavares, 2015). Dessa forma, é importante abordar os processos fisiológicos, emocionais e sociais que envolvem a formação da imagem corporal.

IMAGEM CORPORAL E ESQUEMA CORPORAL

A formação da imagem corporal ocorre por meio de estímulos em diferentes áreas do córtex cerebral, no entanto, a imagem corporal também é um componente psíquico e esse processo de formação é estabelecido por meio de imagens mentais que já estão presentes no indivíduo. Ou seja, trata-se da identificação e do reconhecimento daquilo que está memorizado com base nas experiências vivenciadas. Essas sensações e percepções que conectam o indivíduo ao mundo e a si mesmo são armazenadas no córtex cerebral e no corpo, formando um mosaico perceptivo. Esse mosaico contém inúmeras sensações, como propriocepção, movimento, visão, tato, audição e olfato, que se combinam com componentes cognitivos e emocionais. Dessa forma, quando concebemos a imagem corporal em nossa mente, todos esses componentes são ativados (Graziano e Botvinick, 2002; Longo e Haggard, 2012).

Além disso, a imagem corporal é construída a partir do esquema corporal. O esquema corporal pode ser definido como a representação das relações espaciais entre as partes do corpo, percebidas sinesteticamente e proprioceptivamente. É uma interação neuromotora que permite ao indivíduo ter consciência do seu corpo no tempo e no espaço (Fonseca, 2008). O esquema corporal possui uma propriedade importante chamada plasticidade, o que significa que alterações posturais podem modificar o

esquema corporal. Além disso, qualquer situação que o indivíduo participe que envolva movimento consciente do corpo fará parte do esquema corporal (Barros et al., 2005). Assim, a consciência corporal torna-se essencial, pois proporciona ao indivíduo o autoconhecimento do seu próprio corpo. Esse processo tem início nos primeiros anos de vida e se aprimora ao longo das diferentes fases de desenvolvimento da criança (Brandl, 2000). É importante ressaltar que o esquema corporal é resultado das experiências e sensações que o indivíduo vivencia ao longo de sua trajetória. Durante a infância, o esquema corporal se forma por meio da construção mental que a criança realiza através do uso do seu corpo, como os movimentos, por exemplo.

O pesquisador francês Le Boulch (1983) descreve em seu estudo que o esquema corporal pode ser dividido em etapas. A primeira etapa, chamada de "Corpo Vivido", engloba as faixas etárias até os três anos de idade. Nesse período, os movimentos são automáticos e dependem dos reflexos de equilíbrio, alimentação e proteção. A criança sente que o ambiente ao seu redor faz parte dela. Conforme ela cresce e seu sistema nervoso amadurece, suas experiências começam a se diferenciar do ambiente. Nesta fase, a criança tem uma necessidade de se movimentar, pois é por meio desse processo que suas experiências subjetivas e motoras são enriquecidas. A segunda etapa, chamada de "Corpo Percebido e Descoberto", ocorre entre os três e os sete anos de idade. Nesse período, ocorre a organização do esquema corporal por meio da função de interiorização, ou seja, o indivíduo adquire a capacidade de direcionar sua atenção para o próprio corpo, dissuadindo-a do ambiente. Essa nova habilidade permite um maior domínio corporal, além do desenvolvimento de uma consciência mais elaborada. A criança apresenta um refinamento e aperfeiçoamento dos movimentos, bem como uma maior coordenação motora. Esse processo permite que o corpo se torne um ponto de referência para a criança, que começa a assimilar conceitos de posicionamento, como direita, esquerda, em cima e embaixo. Além disso, a criança adquire uma percepção centrada em seu próprio corpo, tornando-se consciente de suas características corporais e sendo capaz de verbalizar essas percepções. A terceira etapa, chamada de "Corpo Representado", ocorre entre os sete e os doze anos de idade. Nessa fase, a criança apresenta um melhor controle dos gestos e uma estruturação completa do esquema corporal. Os pontos de referência não estão mais centrados apenas no próprio corpo, permitindo que a criança crie seus próprios pontos de referência e se oriente a partir deles (Cruz e Pottker, 2017; Galvão e Bocchi, 2023; Secchi et al., 2009).

Desde o nascimento, a criança entra em contato com um mundo repleto de significados e interpretações, e esses contatos são essencialmente corporais. A interação humana envolve trocas contínuas de sensações físicas e emocionais, como

calor, prazer, dor, entre outras. A partir dessas interações, a imagem corporal também passa por alterações. É importante destacar que uma estruturação inadequada do esquema corporal, em qualquer uma das fases, pode afetar os aspectos motores, sociais e perceptivos do indivíduo (Cipriani et al., 2022). No aspecto motor, se houver uma má estruturação do esquema corporal, o indivíduo pode apresentar falta de coordenação, lentidão e até mesmo falta de controle em certas partes do corpo. No aspecto perceptivo, podem surgir dificuldades na leitura, como troca de palavras e dificuldade em identificar letras. No aspecto social, pode ocorrer insegurança em relação aos outros, dificuldade em se situar no espaço em que está inserido e dificuldade nas relações com os demais (Funari, 2022). Vygotsky (2003) também compartilha a ideia de que o aspecto social pode ser desenvolvido por meio do desenvolvimento do esquema corporal. Ele afirma que *"o conhecimento do corpo é um processo de construção pessoal, que ocorre por meio da interação social. É por meio do corpo que a criança elabora suas experiências vitais, organiza sua personalidade e suas relações sociais"*. Essa perspectiva sociointeracionista de Vygotsky não separa os aspectos biológicos das questões sociais, mas sim considera que o indivíduo está inserido em um meio social. Portanto, as relações que a criança estabelece com o ambiente em que está inserida podem ser consideradas um fator importante para o desenvolvimento de sua imagem corporal.

Paralelo a isso, Cash (2012) aponta em seu estudo que o desenvolvimento da imagem corporal pode ser explicado por meio de um modelo cognitivo-comportamental. De acordo com o autor, dentro de cada indivíduo *"existe uma relação causal recíproca e interativa entre eventos ambientais externos, eventos internos (como percepções, pensamentos e sentimentos) e os próprios comportamentos"*.

Segundo Cash a imagem corporal é moldada pela interação entre eventos ambientais externos, eventos internos (como percepções, pensamentos e sentimentos) e os comportamentos individuais, conforme representado na figura 2. Os eventos ambientais externos desempenham um papel significativo na formação da imagem corporal. Isso inclui influências culturais, como padrões de beleza e pressões sociais relacionadas à aparência. A exposição a ideais de corpo dominantes na mídia, por exemplo, pode influenciar a percepção que as pessoas têm de si mesmas e a forma como se comparam a esses padrões. Além disso, os eventos internos, como as percepções, pensamentos e sentimentos, desempenham um papel crucial na formação da imagem corporal. As crenças individuais sobre o próprio corpo, autoavaliações e autoestima influenciam a forma como uma pessoa se vê. Pensamentos distorcidos, como ter uma visão negativa do próprio corpo, podem afetar significativamente a imagem corporal. Por fim, o modelo cognitivo-comportamental de Cash destaca a

importância dos comportamentos na formação da imagem corporal. Os comportamentos individuais, como a busca por atividades físicas, dieta e a forma como uma pessoa se apresenta ao mundo, podem influenciar a forma como ela se sente em relação ao seu corpo. Comportamentos saudáveis, como a prática de exercícios regulares e uma alimentação equilibrada, podem contribuir para uma imagem corporal positiva e uma maior satisfação com o próprio corpo (Cash, 2012; Castro et al., 2020; Wroblevski et al., 2022).



Figura 2 - Imagem corporal: fatores determinantes e processos. **Fonte:** Adaptado de Cash (2012)

Dentre os fatores que contribuem para a construção da imagem corporal, o processo de socialização cultural se destaca pois, cada comunidade, com sua própria cultura, transmite informações sobre o significado da aparência humana. Em cada meio social, há diferentes padrões de beleza e, dentro desses padrões, o meio destaca quais características físicas são socialmente aceitas ou não. Com o fácil acesso à informação, os meios de comunicação conseguem disseminar quais valores devem ser socialmente aceitos. Dessa forma, as mensagens culturais expressam expectativas baseadas no gênero (feminino e masculino), além de reforçar as noções normativas de atratividade e falta de atratividade física. Na cultura ocidental, a magreza é enfatizada como símbolo de beleza feminina e corpos musculosos como um atrativo masculino. A exposição a essas mensagens tem múltiplos efeitos nos indivíduos, estabelecendo a importância da aparência humana como sinônimo de poder e estimulando a internalização de padrões

específicos de aparência. Isso leva a um processo de comparação do próprio indivíduo com os demais. Além disso, a socialização cultural estimula a busca por processos, como dietas, produtos de beleza ou procedimentos estéticos cirúrgicos ou não, como forma de atingir as expectativas da sociedade. Quando as normas culturais relacionadas ao gênero e aos padrões de beleza são internalizadas pelo indivíduo, ocorre a promoção da aquisição de atitudes relacionadas à imagem corporal. Isso influencia a forma como os indivíduos interpretam e reagem à sua própria aparência, assim como aos eventos cotidianos que afetam sua aparência (Neves et al., 2017; Paxton e Damiano, 2017).

No entanto, embora os meios de comunicação sejam uma variável importante na construção da imagem corporal, vale ressaltar que os significados da aparência humana não são puramente orientados pela mídia. A interação do indivíduo com o meio em que ele convive, como pais, irmãos e amigos, também ajuda a moldar e reforçar as expectativas culturais relacionadas à aparência física. Ao contrário das informações midiáticas, as mensagens interpessoais podem envolver uma comunicação mais direta e pessoal em relação ao corpo do indivíduo. As mensagens verbais, opiniões e expectativas dentro de um meio familiar também influenciam a formação das atitudes que a criança desenvolve em relação à sua imagem corporal. A modelagem corporal parental transmite para a criança o quanto a aparência física é valorizada dentro daquele contexto familiar, estabelecendo um padrão de beleza pelo qual a criança se autoavalia. Por exemplo, mães que investem muito em dietas restritivas e apresentam ideais quase inatingíveis de beleza podem contribuir para a formação de uma imagem corporal negativa em suas filhas. Por outro lado, pais que elogiam seus filhos e aceitam as diferenças corporais contribuem para o desenvolvimento de uma imagem corporal mais saudável. Além disso, a aparência dos irmãos também pode influenciar indiretamente a construção da imagem corporal. Crianças que têm irmãos do mesmo sexo considerados mais atraentes podem desenvolver uma percepção negativa de si mesmas. No entanto, esses efeitos dependem das reações que os pais têm em relação à aparência de seus filhos (Caranha, 2021; Castro et al.; 2020; Souza, 2020).

Embora o sistema familiar seja o primeiro contato da criança com o mundo, a interação da criança com outros meios sociais, como a escola, por exemplo, também contribuirá para a aquisição de valores pessoais e identidade própria. O ambiente entre amigos e colegas modela e reforça a conformidade a certos padrões de beleza, como quais tipos de corpos, estilos de cabelo ou roupas são mais valorizados. Estudos têm demonstrado que os grupos reforçam a conformidade às normas de padrões ideais de beleza e comportamento. Por exemplo, há maiores semelhanças entre grupos de meninas que interagem entre si em relação a comportamentos alimentares, dietéticos e questões relacionadas à imagem corporal. No entanto, apesar de os grupos

contribuírem para a construção da imagem corporal, as provocações entre colegas na infância e adolescência são comuns e frequentemente o foco dos maus-tratos está direcionado à aparência física. Nessa situação, a criança aprende que seu corpo e sua imagem corporal não são socialmente aceitos (Buss e Stoltz, 2020; Leppänen et al., 2022; Vasquez-Arevalo et al.; 2018).

Situações como essas podem levar as crianças à insatisfação corporal. A insatisfação corporal ocorre quando a criança sente desconforto, inadequação ou descontentamento com sua aparência física. Pode se manifestar de diferentes formas, como preocupação excessiva com peso, forma do corpo, tamanho ou aparência de partes específicas do corpo. A insatisfação corporal está relacionada a uma percepção negativa do próprio corpo e pode levar a sentimentos de baixa autoestima, ansiedade, depressão e ao desenvolvimento de distúrbios alimentares. Além disso, outro fenômeno ligado à imagem corporal é a idealização corporal, na qual uma pessoa busca alcançar ou se adequar a um ideal de beleza culturalmente valorizado. Esse ideal, muitas vezes inatingível é baseado em padrões irreais e estereotipados pela mídia e sociedade e podem levar a comportamentos prejudiciais. Isso inclui dietas extremas, exercícios compulsivos, uso de produtos ou procedimentos estéticos não saudáveis e até mesmo distorção da imagem corporal. Como consequência, a criança pode experimentar sentimentos de ansiedade, depressão, isolamento social, dificuldades de relacionamento, desempenho acadêmico inferior, baixa autoestima e insegurança, que podem ter impacto negativo sobre sua qualidade de vida (Cuesta-Zamora e Navas, 2017; Souza, 2015).

SOBRE A QUALIDADE DE VIDA

O termo qualidade de vida surgiu por volta de 1950 em um estudo realizado por Eric Trist e colaboradores e, atualmente, representa um conceito amplo, multidimensional e atemporal que abrange as experiências e valores dos indivíduos, suas diferentes histórias de vida e as diferentes épocas e locais em que foram vivenciadas. A OMS define qualidade de vida como "*a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*". Além disso, destaca que a qualidade de vida não se limita apenas à ausência de doenças ou enfermidades, mas está relacionada ao bem-estar físico, mental e social (World Health Organization, 1998). Portanto, qualidade de vida é considerada uma medida abrangente do estado de saúde e do grau de satisfação e felicidade geral de uma pessoa.

Por ser um construto multidimensional, a qualidade de vida engloba dimensões importantes, como saúde física, saúde psicológica, relações sociais, meio social, nível

educacional e de desenvolvimento e, bem-estar espiritual. A saúde física compreende a percepção geral do estado de saúde do indivíduo, a presença de doenças crônicas, dores, capacidade funcional e vitalidade física. A saúde psicológica representa o bem-estar emocional, a ausência de distúrbios mentais, a resiliência emocional e a capacidade do indivíduo de lidar com situações adversas e estresse. As relações sociais referem-se à qualidade dos relacionamentos interpessoais, capacidade de interação social, inclusão social e apoio recebido. Já o meio social inclui a qualidade do ambiente físico em que a pessoa vive, como o acesso a recursos naturais, segurança, níveis de poluição e qualidade das moradias. O nível educacional e de desenvolvimento considera o acesso à educação, nível de escolaridade, oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional, bem como o acesso a informações relevantes. Por fim, o bem-estar espiritual abrange a busca por significado e propósito na vida, crenças e práticas religiosas ou espirituais, bem como a sensação de conexão com algo maior do que o eu individual (Almeida et al., 2017).

A avaliação da qualidade de vida envolve a utilização de dois tipos de medidas: medidas relacionadas à saúde, específicas para uma determinada doença, e medidas genéricas que têm suas raízes nas pesquisas sociológicas clássicas sobre bem-estar, vida familiar e trabalho. As medidas genéricas de qualidade de vida podem ser aplicadas tanto a indivíduos saudáveis quanto àqueles afetados por uma condição específica. Essas medidas concentram-se nos sentimentos, objetivos, aspirações e competência dos indivíduos, tanto em relação aos seus próprios padrões internos como em comparação a um grupo externo. Ao avaliar a qualidade de vida de uma pessoa, as medidas genéricas consideram as metas que ela estabelece para si mesma e o quanto se sente competente em alcançá-las. Isso inclui aspirações pessoais em diversas áreas da vida, como trabalho, relacionamentos, saúde, lazer e bem-estar emocional. Além disso, essas medidas também levam em conta a comparação social, ou seja, como o indivíduo se percebe em relação aos outros ou em relação a padrões socialmente aceitos. Ao focar nas aspirações e objetivos pessoais, as medidas genéricas permitem uma avaliação mais abrangente da qualidade de vida, além de considerar os aspectos subjetivos e individuais da experiência de cada pessoa. Elas reconhecem que a qualidade de vida vai além da mera ausência de doenças e engloba a capacidade do indivíduo de alcançar suas metas e se sentir competente em diferentes áreas da vida (Kluthcovsky e Kluthcovsk, 2009; Oliveira et al., 2021).

Já no contexto da saúde, o conceito de qualidade de vida relacionado à saúde, refere aos aspectos relacionados diretamente a algum tipo de intervenção ou alguma doença. O termo enfatiza a importância da percepção do indivíduo sobre sua própria saúde e o impacto que ela tem em sua vida. É um indicador subjetivo que considera não

apenas a presença ou ausência de doenças, mas também a capacidade funcional, os aspectos emocionais, sociais e cognitivos, além da percepção da própria saúde e a capacidade de realizar atividades diárias (Ascef e Silveira, 2017).

Existem diversas ferramentas e instrumentos desenvolvidos para avaliar a qualidade de vida em diferentes contextos, incluindo a saúde. Esses instrumentos são importantes para avaliar a saúde e o bem-estar de adultos e das crianças, permitindo identificação de áreas de preocupação, monitorização de intervenções e desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade de vida (Teoli e Bhardwaj, 2018). A qualidade de vida na infância está intimamente ligada ao desenvolvimento sustentável de uma sociedade. Crianças saudáveis e bem cuidadas têm maior probabilidade de se tornarem adultos produtivos, capazes de contribuir para suas comunidades. Através da mensuração da qualidade de vida é possível identificar áreas que precisam de atenção especial, seja na saúde física, na saúde mental, na educação, nos relacionamentos sociais ou no ambiente em que vivem. Isso permite direcionar intervenções e recursos de forma mais eficaz, garantindo que as necessidades individuais sejam atendidas. Além disso, permite monitorar o progresso da criança ao longo do tempo o que possibilita avaliar a eficácia das intervenções realizadas, ajustar estratégias conforme necessário e acompanhar o desenvolvimento da criança em diferentes áreas (Rocha et al., 2021).

Um dos instrumentos mais utilizados para avaliar qualidade de vida é o Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL), aplicável para crianças de 2 a 18 anos. Ele abrange várias dimensões, incluindo, física, emocional, social e escolar. O PedsQL possui versões para diferentes faixas etárias, tem a vantagem de ser amplamente utilizado e de ter uma vasta base de dados normativos. No entanto, pode ser longo e exigir habilidades de leitura, o que pode limitar sua aplicação em crianças mais novas ou com dificuldades de leitura (Varni, 1999). Outro instrumento frequentemente utilizado é o Child Health Questionnaire (CHQ), que avalia a saúde e o bem-estar em crianças de 5 a 18 anos. O CHQ abrange várias dimensões, como saúde física, funcionamento emocional, impacto da saúde na vida diária, comportamento e bem-estar geral. Ele fornece pontuações de saúde física e mental, além de um perfil de saúde. O CHQ tem a vantagem de ser abrangente e sensível a mudanças ao longo do tempo. No entanto, também pode ser extenso e requer habilidades de leitura (Landgraf et al., 1996). O KIDSCREEN, é outro instrumento utilizado para a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em crianças e adolescentes de 8 a 18 anos. Ele avalia várias dimensões, como bem-estar físico, psicológico, emocional e social. O KIDSCREEN tem a vantagem de ser adaptado para diferentes faixas etárias, ter uma versão de

autoavaliação e uma versão para pais. Ele também é usado internacionalmente, permitindo comparações entre diferentes populações. No entanto, pode ter uma linguagem complexa e pode ser longo para ser preenchido (Ravens-Sieberer et al., 2001).

É importante ressaltar que todos esses instrumentos foram validados para a população brasileira (Klatchoian et al., 2008; Machado et al., 2001; Guedes et al., 2011) mas eles apresentam limitações, por dependerem do autorrelato das crianças ou da percepção dos pais, o que pode levar a vieses de subjetividade. Além disso, eles podem não capturar completamente todas as dimensões relevantes para a qualidade de vida infantil, como fatores culturais ou ambientais específicos. Também é importante considerar as diferenças individuais na compreensão e interpretação das perguntas. No entanto, apesar das limitações, essas ferramentas são valiosas para a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em crianças, pois permitem uma avaliação abrangente e padronizada. Elas fornecem informações importantes para profissionais de saúde, pesquisadores e formuladores de políticas, auxiliando na tomada de decisões baseadas em evidências para promover a saúde e o bem-estar das crianças. No entanto, é importante considerar a seleção do instrumento mais adequado com base na faixa etária, características da população e contexto de aplicação (Silva et al., 2022).

Vários fatores podem influenciar a qualidade de vida percebida pelos pais em relação às suas crianças. Um desses fatores é a saúde física da criança. Os pais consideram a ausência de doenças, a capacidade de se engajar em atividades físicas e o desenvolvimento adequado como indicadores de uma boa qualidade de vida, além disso, o acesso a cuidados de saúde adequados, incluindo atendimento médico regular, vacinação, nutrição adequada e prevenção de doenças, também são aspectos que interferem na percepção de uma boa qualidade de vida. Outros aspectos como felicidade, autoestima, confiança, habilidades sociais e emocionais, também são percebidos como fatores relevantes na qualidade de vida. Os pais desejam que suas crianças sejam capazes de lidar com o estresse, ter relacionamentos saudáveis e desenvolver habilidades de enfrentamento emocional. Além disso, ambientes seguros e o acesso a uma educação de qualidade são essenciais para o desenvolvimento de habilidades, crescimento intelectual e cognitivo, bem-estar e de qualidade de vida (Azevedo et al., 2019; Rosalina et al., 2019; Souto, 2020). No entanto, é importante ressaltar que a percepção da qualidade de vida da criança pode variar de acordo com a cultura e a classe econômica dos pais. Em algumas culturas, a ênfase pode ser colocada na obediência, nos valores tradicionais, na coesão familiar e na religiosidade.

Em termos de classe econômica, as condições socioeconômicas podem afetar o acesso a recursos e oportunidades que influenciam a qualidade de vida percebida (Gordia et al., 2011).

A pandemia da COVID-19 teve um impacto significativo na qualidade de vida da população em todo o mundo. O vírus SARS-CoV-2, responsável pela COVID-19, representou uma ameaça direta à saúde das pessoas, especialmente aquelas que fazem parte dos grupos de risco. A necessidade de adotar medidas preventivas, como distanciamento social, uso de máscaras e higienização frequente das mãos, afetou a liberdade de movimento e as interações sociais, o que impactou negativamente o bem-estar emocional e social. Além disso, muitas pessoas enfrentaram dificuldades financeiras devido às restrições impostas para conter a propagação do vírus. O fechamento de empresas, a redução de horas de trabalho e até mesmo o desemprego levaram a um aumento nos níveis de estresse e ansiedade, afetando a qualidade de vida das pessoas e suas perspectivas futuras. O distanciamento físico necessário para evitar a disseminação do vírus resultou em uma redução drástica das interações sociais. A falta de contato humano, especialmente para pessoas que vivem sozinhas ou estão afastadas de suas redes de apoio, pode levar à solidão, depressão e sentimentos de desconexão, prejudicando a saúde mental e emocional. A interrupção das rotinas diárias e das atividades de lazer, como o fechamento de academias, espaços públicos e cancelamento de eventos sociais, culturais e esportivos, privou as pessoas de oportunidades de relaxamento, diversão e autocuidado, contribuindo para um sentimento de monotonia e desânimo (Christie et al., 2021; Cucinotta e Vanelli, 2020).

A pandemia da COVID-19 teve um impacto profundo no Brasil, afetando a saúde pública, a economia e a vida social do país. Com o primeiro caso confirmado em fevereiro de 2020, o vírus rapidamente se espalhou, levando a uma crise sanitária sem precedentes. A resposta do governo brasileiro à pandemia foi marcada por controvérsias e desafios significativos. Inicialmente, houve uma falta de coordenação centralizada, com divergências entre o governo federal e os governos estaduais e municipais sobre as medidas a serem adotadas. Enquanto alguns estados implementaram lockdowns rigorosos e medidas de distanciamento social, o governo federal, liderado pelo presidente Jair Bolsonaro, minimizou a gravidade do vírus, promoveu o uso de medicamentos sem eficácia comprovada e criticou as restrições econômicas. Um dos maiores desafios enfrentados pelo Brasil foi a sobrecarga do sistema de saúde. Hospitais ficaram lotados, e houve escassez de leitos de UTI e ventiladores, especialmente durante os picos de contágio. A desigualdade social também exacerbou a crise, com as populações mais vulneráveis, incluindo moradores de favelas e comunidades indígenas, sofrendo desproporcionalmente. A campanha de vacinação,

iniciada em janeiro de 2021, trouxe esperança, mas também enfrentou obstáculos, como a escassez inicial de vacinas e a desinformação. Apesar desses desafios, o Brasil conseguiu vacinar uma grande parte de sua população, graças a um sistema de saúde robusto e a um histórico de sucesso em campanhas de vacinação em massa. Economicamente, a pandemia provocou uma recessão severa, com milhões de brasileiros perdendo seus empregos e enfrentando insegurança alimentar. O governo implementou programas de auxílio emergencial para mitigar os impactos econômicos, fornecendo suporte financeiro direto a milhões de cidadãos. A pandemia da COVID-19 expôs fragilidades e desigualdades estruturais no Brasil, desafiando tanto a capacidade de resposta do governo quanto a resiliência da sociedade (Barcelos et al., 2021; Galhardi et al., 2020; Matos, 2021; Ramos et al., 2020; Silva, 2020)

Um dos principais desafios enfrentados pelas crianças durante a pandemia foi a interrupção da educação presencial. Com o fechamento das escolas, o ensino passou a ser remoto o que acarretou dificuldades de acesso à tecnologia, falta de interação social e limitações no processo de aprendizagem. Além disso, as restrições de movimento e a necessidade de distanciamento social limitaram as oportunidades de lazer e interações das crianças. No contexto social, muitas famílias foram afetadas pelas mudanças econômicas, acarretando uma instabilidade econômica que pode ter afetado o acesso a alimentos saudáveis e de boa qualidade, moradia adequada, cuidados de saúde e necessidades básicas das crianças, prejudicando diretamente a qualidade de vida. No entanto, os desafios enfrentados pelos pais durante a pandemia variaram nos diferentes contextos sociais. Em famílias de baixa renda, houve maior dificuldade em garantir o acesso a recursos essenciais, como alimentação adequada e o acesso à internet para o ensino remoto. Além disso, houve um aumento do estresse e sobrecarga dos pais para conseguirem equilibrar trabalho e cuidado com os filhos (Grisotti, 2020).

Considerando que a pandemia da COVID-19 afetou o cotidiano das crianças de várias formas, incluindo interrupção da rotina escolar presencial, isolamento social e, em muitos casos, surgimento ou agravamento de problemas financeiros e de saúde no âmbito familiar, pode-se afirmar que o isolamento social gerou um impacto negativo à saúde da criança nos aspectos físico e emocional. Por outro lado, infância é um momento em que há formação de hábitos alimentares e construção da imagem corporal, que terá reflexos ao longo de toda a vida do indivíduo. Diante desse complexo e único panorama, onde a influência da mídia e da família sobre as crianças se intensificou, este estudo buscou compreender, no contexto da pandemia da COVID-19: (1) a influência dos pais e da situação de pandemia sobre a imagem corporal de crianças de 5 a 7 anos 11 meses e 29 dias; (2) a prevalência de distúrbios de percepção, idealização e satisfação corporal nesta população; (3) as concepções e a atitude dos pais em relação

à alimentação de seus filhos e sua evolução ponderal; (4) e a percepção dos pais sobre a qualidade de vida relacionada à saúde dessas crianças.

OBJETIVOS

OBJETIVOS PRIMÁRIOS

No contexto da pandemia da COVID-19:

- Analisar o grau de idealização, percepção e satisfação corporal dos responsáveis e suas crianças.
- Analisar a percepção da responsabilidade parental na alimentação infantil;
- Analisar a percepção dos responsáveis sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de suas crianças.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

No contexto da pandemia da COVID-19:

- Avaliar os parâmetros biométricos de peso, estatura e circunferência abdominal de crianças entre 5 a 7 anos e 11 meses de idade matriculadas em Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos, São Paulo.
- Avaliar o grau de idealização, percepção e satisfação corporal de pais e crianças.
- Avaliar a percepção da responsabilidade parental na alimentação infantil.
- Avaliar a percepção dos pais sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de seus filhos.
- Correlacionar os dados sociodemográficos e de saúde das crianças e dos responsáveis com as variáveis analisadas.

MÉTODO

Pesquisa descritiva, transversal e quantitativa realizada na Estratégia de Saúde da Família da cidade de São Carlos, estado de São Paulo. A pesquisa foi conduzida em amostra de conveniência, composta por 279 crianças e seus responsáveis, recrutados no período de outubro de 2020 a fevereiro de 2021.

A cidade de São Carlos está localizada no centro geográfico do Estado de São Paulo, na região Sudeste do Brasil. Possui aproximadamente 256.000 habitantes (IBGE, 2021). A cidade é um importante centro regional, com sua economia baseada em atividades industriais e agropecuárias. Além disso, possui uma ampla rede de comércio e serviços, incluindo serviços de saúde, que atendem também às pequenas cidades vizinhas. São Carlos abriga duas importantes universidades públicas (USP e UFSCar) e dois centros de pesquisa da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária, que a colocam como polo regional de desenvolvimento científico e tecnológico.

POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população estudada constitui-se de crianças com idade entre 5 e 7 anos e 11 meses e 29 dias, e seus responsáveis, cadastrados nas Unidades de Saúde da Família. Existem 21 Unidades de Saúde da Família em São Carlos, de acordo com informações fornecidas pela Secretaria Municipal da Saúde – Região de São Carlos.

O tamanho amostral foi determinado pela fórmula:

$$n = \left(\frac{Z_{\alpha/2} \cdot \sigma}{E} \right)^2$$

Onde n é o tamanho da amostra; $Z_{\alpha/2}$ é o valor crítico para o grau de confiança de 95%, que é igual a 1,96; σ é igual ao desvio-padrão da variável, que por estudos anteriores (Del Vale, 2018-em elaboração) foi de 1,5; E é igual ao erro-padrão (erro tolerável), que nesse caso é igual a 0,25. Como a porcentagem de excesso de peso na população pediátrica chega a 50%, o número amostral final foi de $138 \times 2 = 276$ crianças. Isso representa um total de 552 indivíduos avaliados, considerados que foram objeto de estudo as crianças e um dos responsáveis.

As crianças foram divididas em três grupos: grupo 1 (eutrófico), grupo 2 (sobrepeso) e grupo 3 (obesidade), baseada na classificação da OMS (WHO, 2022) para o cálculo da percepção, satisfação e idealização corporal. Para o cálculo do questionário alimentar e a percepção de qualidade de vida, as crianças foram divididas em dois grupos: grupo 1 (peso adequado) e grupo 2 (excesso de peso).

Critérios de inclusão:

Crianças pré-púberes, sem patologias crônicas que impossibilitassem a aferição dos dados, na faixa etária de ≥ 5 e < 8 anos, cadastradas em Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos e seus responsáveis, que aceitaram participar do estudo.

Critérios de exclusão:

Crianças cujos responsáveis não aceitaram participar do estudo; crianças que não tiveram condições físicas de realizar as medidas necessárias; responsáveis que não tinham capacidade cognitiva para entender a pesquisa ou responder os questionários; crianças que iniciaram puberdade, pois outras questões relacionadas ao período de desenvolvimento poderiam estar envolvidas em sua imagem corporal; mães gestantes, pois houve o entendimento de que dados como peso, circunferência abdominal, IMC e percepção corporal estariam alterados; crianças e responsáveis com IMC classificado como baixo peso, pois as questões fisiopatológicas relacionadas a distúrbios da imagem corporal são únicas.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar (CAAE 29370820.7.0000.5504; Parecer: 4.211.811) (Anexo I). A coleta de dados só foi realizada após a apresentação e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos responsáveis e do Termo de Assentimento pelas crianças.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por três pesquisadores, devidamente treinados, em 8 ESF do município de São Carlos, representativas das quatro regiões da cidade (Norte, Sul, Leste e Oeste): 1 - ESF Jockey Club (região norte da cidade); 2- ESF Astolpho Luis do Prado (região noroeste da cidade); 3- ESF São Rafael (região leste da cidade); 4 - ESF Zavaglia (região oeste da cidade); 5 - ESF Jardim Cruzeiro do Sul (região sul da cidade); 6- ESF Presidente Collor (região sul da cidade), 7 -ESF Cidade Aracy (região sul da cidade) e 8 -ESF Antenor Garcia (região sul da cidade) (Figura 3). A localização das ESF pode variar de acordo com a necessidade específica de cada localidade, no entanto, é comum priorizar as regiões periféricas, áreas rurais e bairros com maior concentração de população em situação de vulnerabilidade social (Ministério da Saúde, S/A)

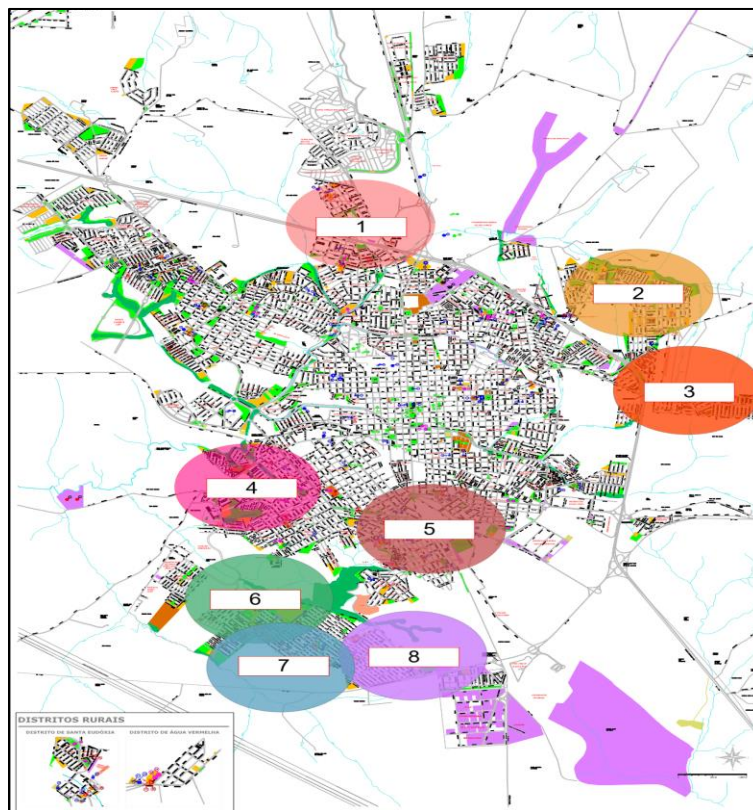


Figura 3 - Regiões do município de São Carlos em que foi realizada a coleta de dados da pesquisa. **Legenda:** **1)** USF Jockey Club (região norte da cidade); **2)** USF Astolpho Luis do Prado (região noroeste da cidade); **3)** USF São Rafael (região leste da cidade); **4)** USF Zavaglia (região oeste da cidade); **5)** USF Jardim Cruzeiro do Sul (região sul da cidade); **6)** USF Presidente Collor (região sul da cidade), **7)** USF Cidade Aracy (região sul da cidade) e **8)** USF Antenor Garcia (região sul da cidade). **Fonte:** Prefeitura de São Carlos. Mapa urbano - equipamentos e áreas públicas (atualizado em 16/09/2011), modificado pela autora.

Durante toda a coleta de dados, foram rigorosamente seguidos os protocolos de segurança recomendados pela vigilância epidemiológica, levando em consideração as particularidades da fase em que a cidade se encontrava, com restrições de circulação por parte da população e uso obrigatório de máscara. Assim, foram respeitadas as medidas recomendadas para o controle da pandemia da COVID-19 em cada período.

As crianças e seus responsáveis tiveram o peso aferido por balança digital, com precisão de 100g, capacidade de 180 Kg e calibração certificada pelo INMETRO. A altura foi aferida utilizando um estadiômetro portátil, com precisão de 0,1 cm e capacidade de 200 cm, também certificado pelo INMETRO. Para a classificação antropométrica das crianças e dos responsáveis foi utilizado o Índice de Massa Corporal (IMC), calculado pela fórmula $\text{peso}/\text{altura}^2$, utilizado o programa WhoAnthro® da OMS (WHO, 2022). Na divisão de dois grupos: as crianças eutróficas foram definidas como aquelas com IMC entre o Z-escore ≥ -2 e $< +1$ e o excesso de peso foi definido como IMC para idade \geq a 1 Z-escore acima da média da curva de referência da OMS. Na divisão

em três grupos as crianças foram classificadas: Eutrofia: IMC para idade dentro dos limites de ± 1 desvio-padrão da curva de referência de crescimento da OMS; sobrepeso: IMC para idade maior que 1 desvio-padrão acima da curva de referência de crescimento da OMS e obesidade: IMC para idade superior a 2 desvios-padrão acima da curva de referência de crescimento da OMS (WHO, 2022). Quanto aos responsáveis, foram classificadas como eutróficos os que apresentavam $IMC < 25 \text{ kg/m}^2$, sobrepeso $IMC \geq 25$ e $< 30 \text{ kg/m}^2$, e obesidade $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ (WHO, 2022).

A circunferência abdominal foi mensurada com a criança em posição ortostática, colocando-se sobre a pele uma fita métrica inelástica graduada em milímetros, no ponto médio situado entre a crista ilíaca e o rebordo costal (WHO, 2022). Os valores da circunferência abdominal para as crianças foram analisados segundo tabela apropriada para o sexo e idade (Nelson, 2022) e para os responsáveis foi categorizado por sexo de acordo com os dados da OMS (2022), sendo $>88\text{cm}$ para mulheres e $>102\text{cm}$ para homens como risco para a saúde. A avaliação da puberdade das crianças foi realizada indiretamente, pelo questionamento do seu estágio puberal aos responsáveis, tendo como base as figuras de Tanner, (1962), que representam os diferentes estágios puberais no sexo feminino e masculino.

Foram aplicados cinco questionários, sendo os questionários 1, 2, 3, 4 e 5 destinados aos responsáveis, enquanto o questionário 2 foi utilizado para as crianças. A aplicação dos questionários ocorreu em um ambiente apropriado, previamente agendado de comum acordo com os responsáveis, no domicílio ou nas Unidades de Saúde.

1. Questionário Sociodemográfico (Anexo II)

O questionário abrangeu variáveis como sexo, idade, grau de escolaridade, estado civil, naturalidade, procedência, local de residência (zona rural ou zona urbana), tipo de domicílio (casa própria ou alugada), presença ou ausência de ambos os pais no domicílio, ocupação dos pais (empregado ou não), número de irmãos, histórico de saúde da criança e seus hábitos alimentares.

2. Escala Infantil da Imagem Corporal de Truby e Paxton (Anexo III)

A escala de silhueta utilizada foi a Escala Infantil da Imagem Corporal de Truby e Paxton, que consiste em dois conjuntos de sete fotografias específicas para cada sexo, representando diferentes intervalos de IMC (Truby e Paxton, 2002). As fotografias foram impressas em folhas separadas e dispostas aleatoriamente sobre uma mesa, permitindo que as crianças fizessem sua escolha livremente. Da mesma forma, os

responsáveis utilizaram as mesmas escalas para selecionar as imagens correspondentes as crianças.

As escalas e intervalos dos IMC correspondentes para meninas e meninos foram representados na figura 4.















BAIXO PESO	EUTRÓFICO	SOBREPESO	OBESIDADE
A 	B 	C 	D 
E 	F 	G 	
A: 13,0-13,5 kg/m ²	B: 13,6-14,9 kg/m ² C: 15,0-16,6 kg/m ²	D: 16,6-18,5 kg/m ²	E: 17,8-19,4 kg/m ² F: 19,5-24,6 kg/m ² G: 24,7-28,5 kg/m ²
A 	B 	C 	D 
E 	F 	G 	
A: 14,0-14,6 kg/m ²	B: 14,7-15,5 kg/m ² C: 15,6-16,5 kg/m ²	D: 16,7-17,7 kg/m ²	E: 18,6-24,9 kg/m ² F: 25,0-28,4 kg/m ² G: 28,5-29,0 kg/m ²

Figura 4 - Classificação e distribuição dos valores do IMC das figuras de Truby e Paxton das meninas e dos meninos. **Fonte:** elaborado pela autora.

Essa escala foi utilizada para avaliar a percepção, satisfação e idealização em relação à imagem corporal das crianças sobre si mesmas e a percepção dos responsáveis sobre a imagem corporal das crianças. As crianças foram solicitadas a selecionar a figura que melhor representava sua aparência atual (Figura 1), a figura que correspondia a imagem que desejariam ter (Figura 2) e a figura que consideravam como representativa de seu corpo ideal (Figura 3). Já os responsáveis precisaram selecionar a figura que melhor representava a aparência real das crianças.

- **Percepção corporal:** diferença entre o corpo percebido pelo indivíduo (Figura 1) e o corpo real (classificação do IMC da criança). Valores iguais a 0 significam que o indivíduo tem uma percepção correta do seu corpo real. Valores negativos significam que se percebem menor do que o real. Valores positivos significam que se percebem maior do que o real.
- **Satisfação corporal:** diferença entre o corpo desejado (Figura 2) e o corpo percebido por ele (Figura 1). Valores iguais a 0 significam que o indivíduo está satisfeito com seu corpo real. Valores negativos ou positivos significam

insatisfação com seu corpo real (gostaria de ter um corpo menor ou maior, respectivamente).

- **Idealização corporal:** diferença entre o corpo ideal (Figura 3) e o corpo real (Classificação do IMC da criança). Valores iguais a 0 significam que o indivíduo não idealiza um corpo diferente do real. Valores negativos ou positivos significam que o indivíduo deseja um corpo diferente do seu corpo real (idealiza um corpo menor ou maior, respectivamente).
- **Percepção corporal do responsável sobre a criança:** diferença entre o corpo da criança percebido pelo responsável (Figura 1) e o corpo real (classificação do IMC da criança). Valores iguais a 0 significam que o indivíduo tem uma percepção correta do corpo real da criança. Valores negativos significam que percebem um corpo menor do que o real. Valores positivos significam que percebem maior do que o real.

3. Escala de silhueta de Stunkard (Anexo IV)

Para os responsáveis, foi aplicada a Escala de Stunkard et al. (1983), destinada à população adulta. Essa escala consiste em 9 figuras numeradas de forma sequencial, representando faixas específicas de Índice de Massa Corporal (IMC) (figura 5) começando com corpos mais magros e progredindo até corpos mais volumosos. As figuras 1 e 2 são classificadas como baixo peso, as figuras 3 e 4 como eutróficas, as figuras 5, 6 e 7 como sobrepeso e as figuras 8 e 9 como obesidade. O modo de avaliar a percepção, satisfação e idealização corporal foi o mesmo aplicado para a Escala de Truby e Paxton.

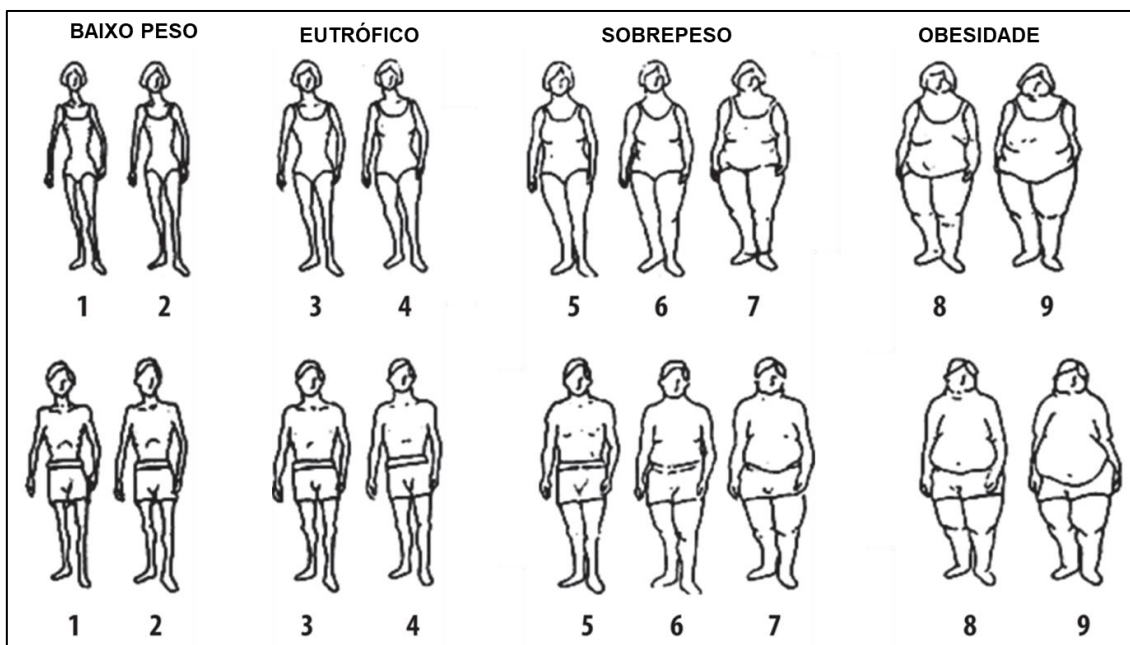


Figura 5 - Divisão da escala de Stunkard segundo o IMC. **Fonte:** elaborado pela autora.

4. Questionário de Alimentação da criança – CFQ (Child Feeding Questionnaire) (Anexo V)

O CFQ é um instrumento utilizado para avaliar as práticas alimentares parentais e a relação entre pais e filhos em relação à alimentação e a preocupação dos pais quanto a evolução ponderal de seus filhos (Birch et al., 2001). O questionário foi traduzido para a língua portuguesa e validado para a população brasileira por Lorenzato et. al. (2017).

O CFQ contém 31 itens agrupados em 7 subescalas: 1) Percepção de responsabilidade (PR): quantifica a percepção dos pais sobre sua responsabilidade com a alimentação da criança; 2) Peso parental percebido (PPP): quantifica se os pais percebem seu peso real e um eventual excesso de peso; 3) Peso percebido da criança (PPC): quantifica se os pais percebem o peso real e um eventual excesso de peso da criança; 4) Preocupação com o peso da criança (PrC): quantifica o grau de preocupação dos pais com o peso da criança e sua evolução ponderal; 5) Restrição (R), que quantifica as medidas de restrição aplicadas pelos pais em relação à alimentação da criança; 6) Pressão para comer (PC): quantifica o grau de pressão dos pais para que a criança se alimente com determinada quantidade ou qualidade alimentar; e 7) Monitoramento (M): quantifica o grau de monitoramento dos pais sobre a alimentação dos filhos. Para cada uma das questões, há cinco opções de resposta (escala Likert) variando de "discordo

totalmente" a "concordo totalmente" ou em uma escala de frequência, variando de "nunca" a "sempre".

As pontuações de cada item dentro de cada subescala foram somadas e a média dessas pontuações representou a pontuação desta subescala.

5. Questionário Pediátrico de Qualidade de Vida – PedsQL 4.0 (Anexo VI)

Questionário destinado aos pais e as crianças, dividido por faixa etária (2 a 4 anos; 5 a 7 anos; 8 a 12 anos; 13 a 18 anos) e que compreende quatro domínios: físico, emocional, social e escolar, totalizando 23 itens. Este questionário foi traduzido para a língua portuguesa e validado para a população brasileira em um estudo realizado por Klatchoian et al. (2007).

O questionário foi aplicado para os responsáveis que foram solicitados a dar uma pontuação para cada pergunta em uma escala Likert variando de 0 a 4, em que 0 representava "nunca" e 4 representava "sempre" (Varni et al., 2001). Neste trabalho, optou-se por não aplicar o questionário para as crianças pois, devido ao seu estágio de desenvolvimento cognitivo, supomos que não conseguiriam compreender e/ou responder o instrumento.

O cálculo do domínio foi realizado pela soma das respostas de cada item associado ao domínio e também pela média da pontuação destes itens. Os itens foram pontuados inversamente e transpostos linearmente para uma escala de 0-100 (0 = 100, 1 = 75, 2 = 50, 3 = 25, 4 = 0). O escore geral foi calculado pela média aritmética dos domínios. Quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida. (Varni et al., 2001).

FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados foram apresentados para as variáveis quantitativas contínuas, como média \pm desvio-padrão (dp). Para as variáveis quantitativas discretas, foram calculadas média, mediana, mínimo e máximo. As variáveis qualitativas foram descritas como frequência absoluta e porcentagem. Em relação às análises de percepção, satisfação e idealização corporal, as crianças foram divididas por sexo e classificação do IMC, em eutrófico, sobrepeso e obesidade. Já nas análises do CFQ e qualidade de vida, as crianças foram divididas por sexo e agrupadas em dois grupos: peso adequado e excesso de peso.

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o software JASP® 0.16.3. As pontuações dos questionários que não apresentaram distribuição normal pelo teste de Kolmogorov-Smirnoff foram analisadas de forma não paramétrica. A comparação entre as médias foi realizada por meio do teste de Mann-Whitney ou do teste de variância não paramétrico, dependendo do número de variáveis. A associação entre as variáveis categóricas foi calculada utilizando o teste do qui-quadrado (ou teste de Fisher, conforme o número de ocorrências).

O teste de correlação de Pearson foi utilizado para avaliar o grau de correlação entre as variáveis com distribuição normal, enquanto o teste de Spearman foi aplicado para as demais correlações; a intensidade da correlação foi classificada como rho (ou r) $>0,70$ =forte, rho (ou r) $0,70-0,30$ =moderada ou rho (ou r) $<0,30$ =fraca.

A análise de Odds ratio foi realizada pelo teste de regressão logística, modo Enter. Todos os modelos de análise de regressão logística apresentaram um valor de correlação entre as variáveis independentes (VIF) <5 .

Na análise dos fatores capazes de influenciar significativamente os parâmetros de imagem corporal: Percepção, Satisfação e Idealização, as variáveis independentes consideradas para fazerem parte do modelo inicial foram idade do responsável (anos), idade da criança (meses), escolaridade do responsável (0=ensino médio; 1=ensino fundamental), classificação do tempo de tela (0=adequado; 1=acima do recomendado), aumento de tela no período pandêmico (0= sem aumento; 1= com aumento), classificação do IMC da criança e do responsável (1= eutrófico; 2= sobrepeso; 3= obesidade), percepção do responsável sobre a criança (0= percepção adequada; 1= alteração da percepção). No modelo inicial para as análises de regressão logística foram inseridas as variáveis que na análise de correlação apresentaram um $p<0.2$. Para o modelo final foram selecionadas as variáveis do modelo inicial que apresentaram na análise de regressão logística um $p<0.05$.

Para determinar os fatores capazes de modificar significativamente a pontuação das subescalas do CFQ (Desfecho esperado: pontuação acima da média (valor referenciado=1), foram incluídas na análise de regressão logística, para cada subescala do CFQ, as seguintes variáveis independentes: idade da mãe (anos); idade da criança (meses); moradia de ambos os pais no domicílio (não=0 ou sim=1); escolaridade da mãe (ensino médio=0 ou fundamental=1); mãe ter feito (ou estar fazendo) dieta para perder peso (não=0 ou sim=1); classificação do IMC materno e da criança (peso adequado=0 ou excesso de peso=1); criança ter irmãos (não=0 ou sim=1); tipo de parto (normal=0 ou cesárea=1); aleitamento exclusivo (não=0 ou sim=1), idade gestacional

ao nascimento (termo=0 ou pré-termo=1); criança ter doença crônica diagnosticada (não=0 ou sim=1); tempo de tela (adequado=0 ou excessivo=1); e sexo da criança (masculino=0 ou feminino=1).

Para analisar as variáveis dependentes capazes de modificar significativamente a pontuação do questionário PEDSQL 4.0. (Desfecho esperado: escore maior= melhor qualidade de vida (valor referenciado = 1)). As variáveis independentes consideradas para fazerem parte do modelo inicial foram idade do responsável (anos), idade da criança (meses), escolaridade do responsável (0=ensino médio; 1=ensino fundamental), aleitamento materno (0=não; 1=sim); vacinação (0=não; 1=sim); histórico de doença crônica (0=não; 1=sim); classificação do tempo de tela (0=adequado; 1=acima do recomendado), aumento de tela no período pandêmico (0= sem aumento; 1= com aumento), classificação do IMC da criança e do responsável (1= eutrófico; 2= sobrepeso; 3= obesidade).

A consistência interna dos questionários foi avaliada utilizando o teste alfa de Cronbach (α). O nível de significância adotado foi de 95% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Foram coletados dados de 279 crianças e seus responsáveis, totalizando um N amostral de 558 pessoas. Contudo, após análise rigorosa dos critérios de inclusão e exclusão, foram excluídas 12 crianças de mães gestantes. Além disso, foi retirada da amostra uma responsável transexual pois sua inclusão exigiria uma adaptação da escala de imagem corporal. Por fim, 27 pessoas, pais e filhos, classificadas como baixo peso também foram retirados da amostra, uma vez que o foco do presente trabalho foi a análise de crianças e seus responsáveis eutróficos ou com excesso de peso (sobrepeso e obesidade). Foram analisados, portanto, os dados de 478 indivíduos (239 binômios responsável-criança) (Figura 6).

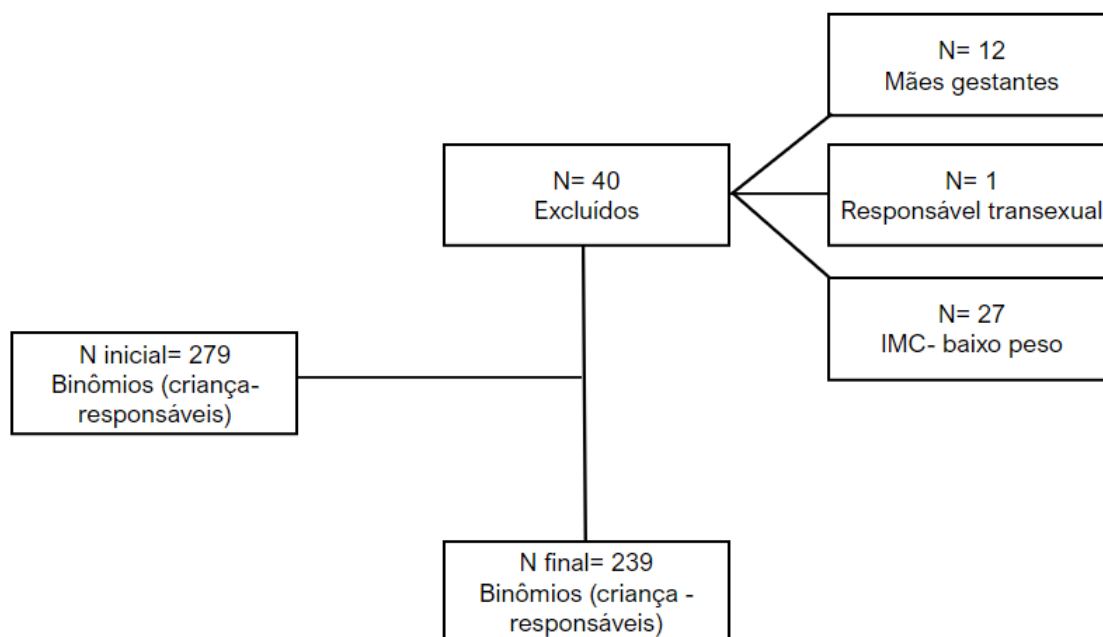


Figura 6 - Fluxograma do número amostral (N) com critérios de inclusão e exclusão. **Fonte:** elaborado pela autora.

RESPONSÁVEIS

Os dados sociodemográficos dos responsáveis encontram-se na tabela 1. Na tabela 2 estão sistematizados os dados sobre o histórico de saúde dos responsáveis

Tabela 1: Dados sociodemográficos dos responsáveis em número absoluto e porcentagem.

Dados sociodemográficos	Número Absoluto	Porcentagem
Sexo		
• Feminino	218	91.2%
• Masculino	21	8.8%
Responsável		
• Mãe	168	70.3%
• Outros (pai, avós, tio, irmãos ...)	71	29.7%
Estado civil		
• Casado	209	87.5%
• Outros (solteiro, divorciado, viúvo ...)	30	12.5%
Ambos os pais moram no domicílio		
• Sim	210	87,8%
• Não	29	12,2%
Escolaridade		
• Ensino Fundamental	159	66.5%
• Ensino Médio	80	33.5%
Profissão		
• Empregado	188	78.7%
• Desempregado	51	21.4%
Local que reside		
• Zona urbana	239	100%
• Zona rural	0	
Tipo de moradia		
• Casa própria	173	72.4%
• Outros (alugada ou cedida)	66	27.6%

Fonte: elaborado pela autora.

Tabela 2: Dados sobre o histórico de saúde dos responsáveis em número absoluto e porcentagem.

Dados do histórico de saúde	Número Absoluto	Porcentagem
Histórico de doença crônica		
• Sim	86	36%
• Não	153	64%
Histórico de dieta		
• Sim	115	48%
• Não	124	52%
Restrição alimentar		
• Sim	22	9%
• Não	217	91%
Variação de peso ao longo da vida		
• Sim	165	69%
• Não	74	31%
Prática de atividade física		
• Sim	41	17%
• Não	198	83%

Fonte: elaborada pela autora.

Na tabela 3 e nas figuras 7 e 8 estão representados os dados antropométricos dos responsáveis.

Tabela 3: Mínimo, máximo, mediana, média e desvio padrão das variáveis antropométricas do peso (kg), estatura (m), IMC (kg/m^2) e circunferência da abdominal (cm) dos responsáveis.

Variáveis antropométricas	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão
Peso (Kg)	45.8	134.1	75.5	79.02	17.47
Estatura (m)	1.42	1.82	1.60	1.60	0.07
IMC (kg/m^2)	19.76	51.47	29.74	30.74	6.37
Circunferência abdominal	67.50	138.00	97.00	97.88	14.46

Fonte: elaborado pela autora.

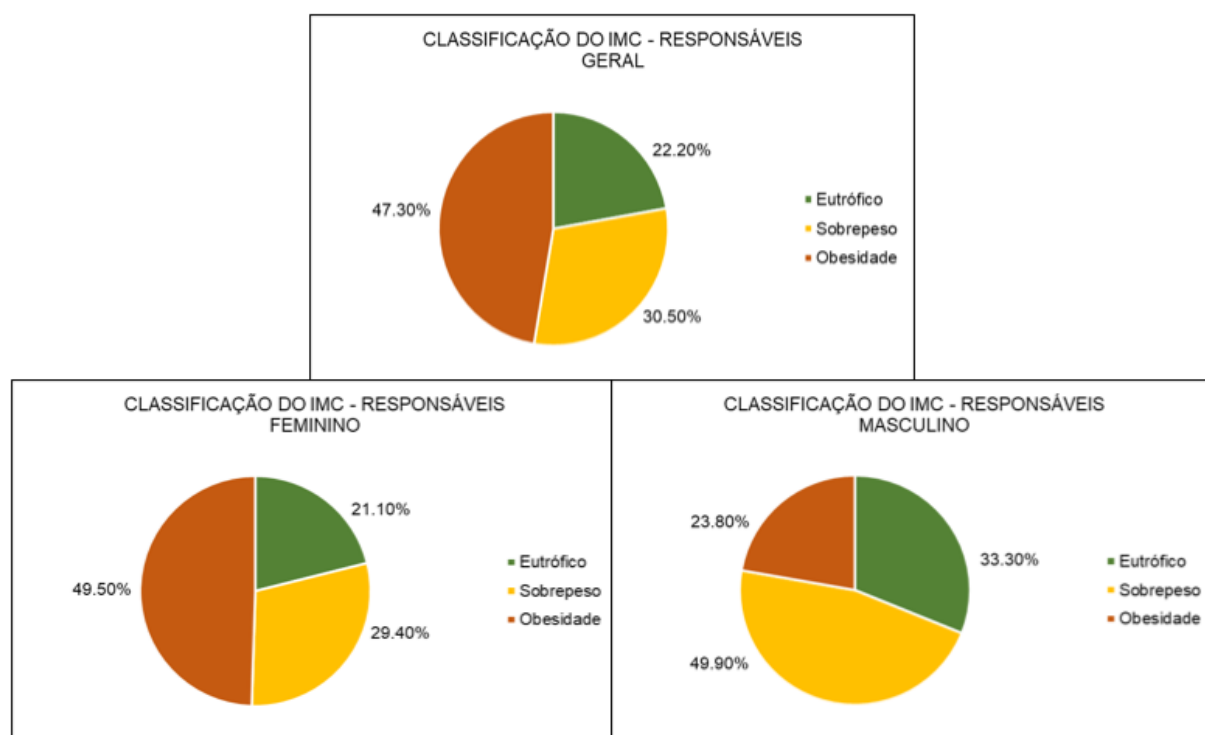


Figura 7 - Distribuição da amostra de responsáveis em relação a classificação do IMC dos responsáveis (feminino e masculino). Fonte: elaborado pela autora.

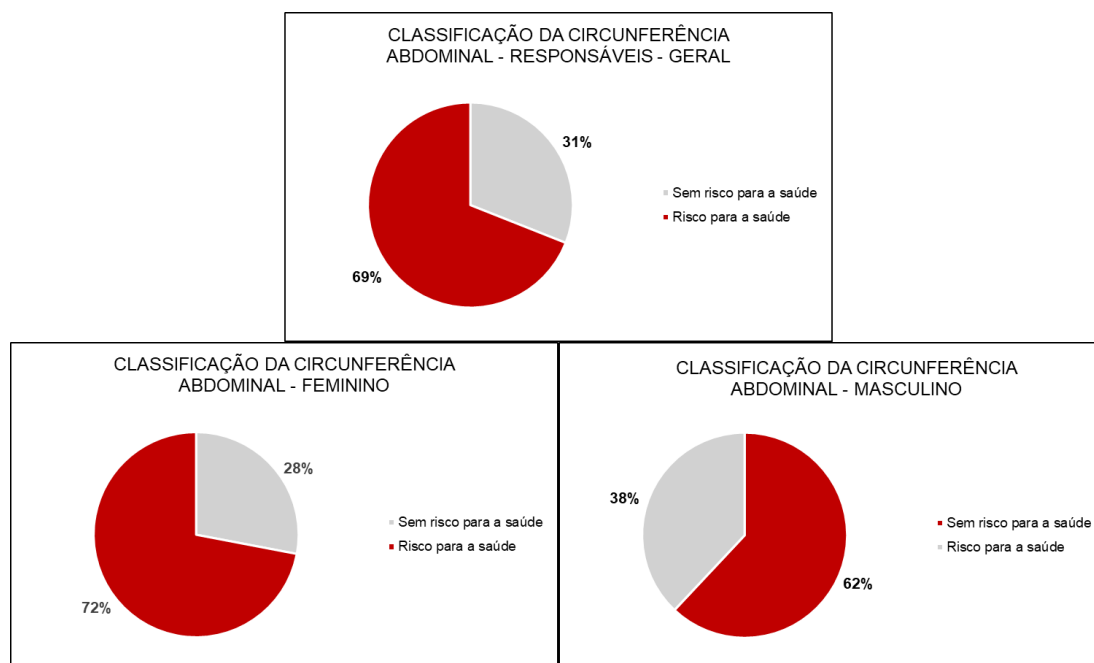


Figura 8 - Distribuição da amostra de responsáveis em relação a classificação da circunferência abdominal dos responsáveis (feminino e masculino). **Fonte:** elaborado pela autora.

PERCEPÇÃO CORPORAL

Os valores absolutos da percepção corporal dos responsáveis geral e divididos pela classificação nutricional foram descritos na tabela 4.

Tabela 4: Frequência absoluta da percepção corporal dos responsáveis geral e dividido por sexo e pela classificação nutricional.

Percepção Corporal	Subestima o IMC	Acerta o IMC	Superestima o IMC
	N	N	N
Eutrófico	8	26	19
Sobrepeso	19	54	0
Obesidade	93	20	0

Fonte: elaborado pela autora.

Os valores numéricos da escala de percepção corporal dos responsáveis e sua porcentagem de acordo com a classificação nutricional, estão descritos na tabela 5 e figura 9.

Tabela 5: Média, desvio padrão, valores mínimo e máximo da percepção corporal dos responsáveis de acordo com a classificação nutricional.

PERCEPÇÃO CORPORAL – RESPONSÁVEIS				
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Eutrófico	-1.00	1.00	0.21	0.69
Sobrepeso	-2.00	0.00	-0.27	0.48
Obeso	-2.00	0.00	-0.83	0.40

Fonte: elaborado pela autora.

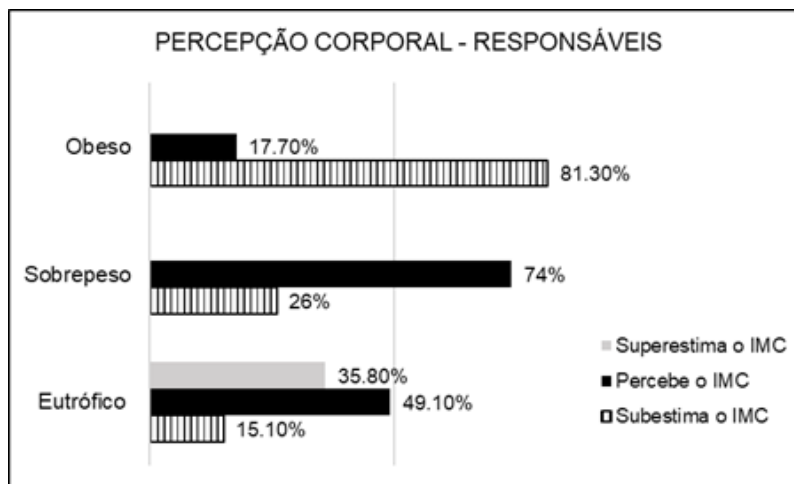


Figura 9 - Distribuição dos resultados da percepção corporal dos responsáveis, divididos conforme o IMC. Fonte: elaborado pela autora.

A figura 10 demonstra o grau de percepção corporal dos responsáveis de acordo com a classificação do IMC.

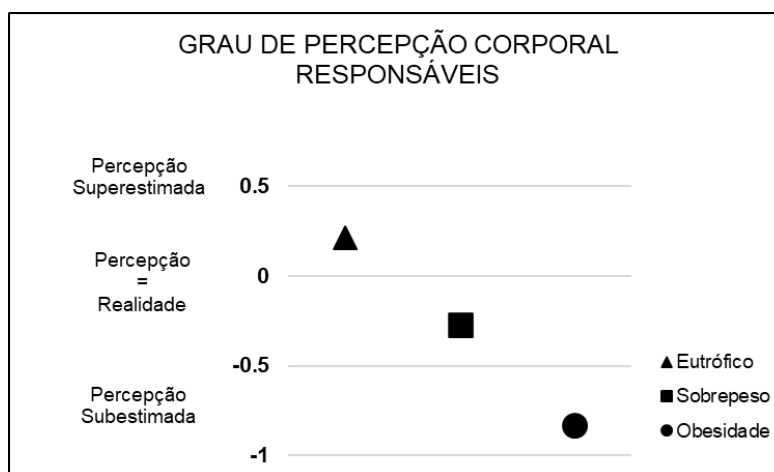


Figura 10 - Média do grau de percepção corporal dos responsáveis, divididos conforme o IMC. **Nota:** O valor 0 significa que a percepção corporal foi adequada, valores negativos referem a percepção subestimada e valores positivos a superestimação. **Fonte:** elaborado pela autora.

A figura 11 demonstra como os responsáveis perceberam seus corpos de acordo com sua classificação nutricional. O teste do qui-quadrado mostrou associação significativa entre a classificação do IMC dos responsáveis em relação a percepção corporal ($\chi^2=59.171$; $p<0.001$), mostrando que os responsáveis classificados com obesidade apresentavam melhor percepção em relação ao seu corpo. Não houve associação significativa entre as outras variáveis descritivas e a percepção corporal dos responsáveis.

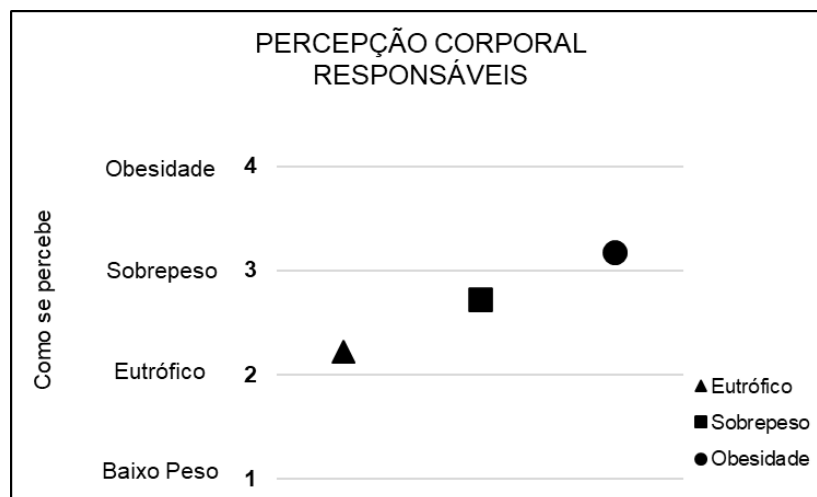


Figura 11 - Percepção corporal dos responsáveis, de acordo com a classificação nutricional. Nota: (1 = baixo peso; 2 = eutrófico; 3 = sobrepeso e 4 = obeso). Fonte: elaborado pela autora.

As análises de correlação binária de Spearman da percepção corporal dos responsáveis com as variáveis sociodemográficas, histórico de saúde e antropométrica dos responsáveis revelaram que o IMC se correlacionou negativamente com a percepção corporal ($r=-0.464$; $p<0.001$), ou seja, quanto maior o IMC menos adequada era a percepção corporal que o responsável tinha em relação a si mesmo. Por outro lado, a percepção se correlacionou positivamente com a idealização corporal ($r=0.622$; $p<0.001$), quanto mais adequada a percepção que o responsável tinha de si mesmo, mais ele idealizava um corpo diferente do real.

SATISFAÇÃO CORPORAL

Os dados de satisfação corporal dos responsáveis como um todo e divididos segundo a classificação do IMC mostraram um alto grau de insatisfação entre os responsáveis com excesso de peso (Figura 12 e tabela 6).

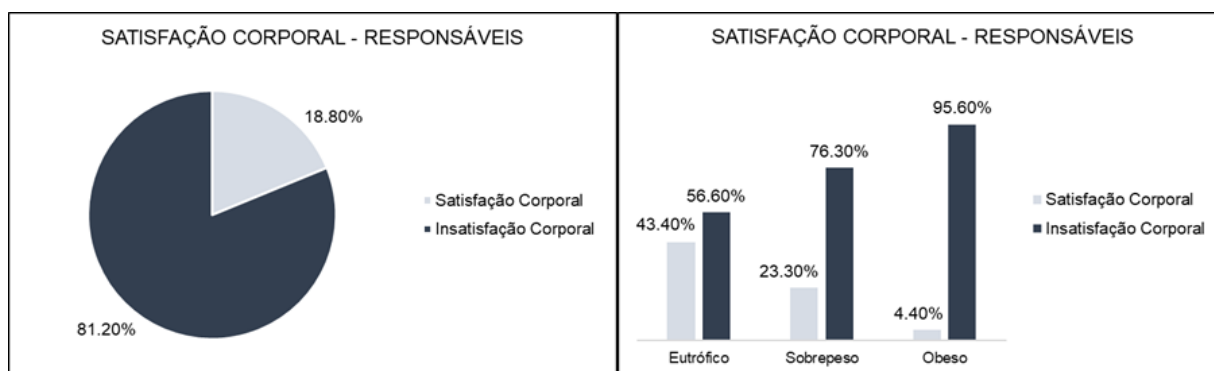


Figura 12 - Distribuição da porcentagem de satisfação corporal dos responsáveis geral e dividida pela classificação do IMC. Fonte: elaborado pela autora.

Tabela 6: Satisfação corporal dos responsáveis classificados pelo IMC.

	Insatisfação corporal Gostaria de ser menor do que é		Satisfação corporal		Insatisfação corporal Gostaria de ser maior do que é	
	N	%	N	%	N	%
Eutrófico	25	47.1	23	43.4	5	9.5
Sobrepeso	56	76.7	17	23.3	0	
Obeso	107	94.7	5	4.4	1	0.9

Fonte: elaborado pela autora.

Os valores médios da satisfação corporal de acordo com a classificação nutricional, foram descritos na tabela 7 e figura 13.

Tabela 7: Média, desvio padrão, valores mínimo e máximo da satisfação corporal dos responsáveis de acordo com a classificação nutricional.

SATISFAÇÃO CORPORAL – RESPONSABILIDADE				
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Eutrófico	-4.00	2.00	-0.64	1.15
Sobrepeso	-4.00	0.00	-1.40	1.05
Obeso	-7.00	1.00	-2.23	1.26

Fonte: elaborado pela autora.

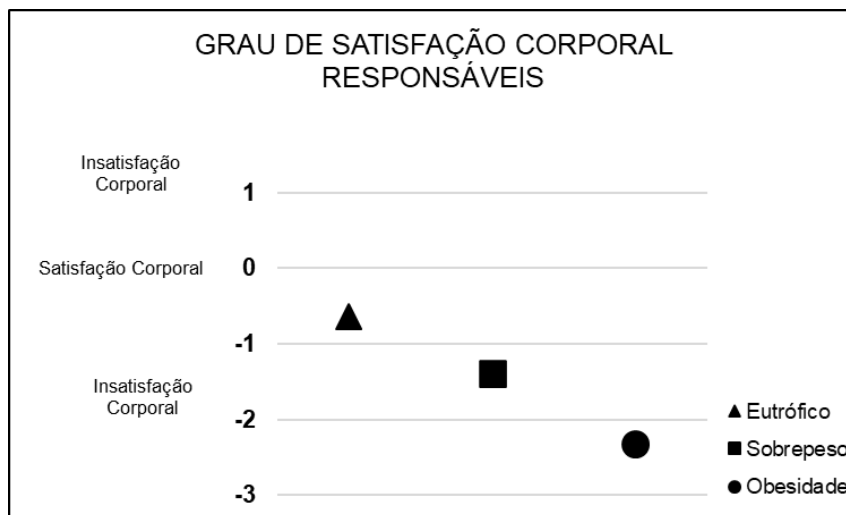


Figura 13 - Média do grau de satisfação corporal dos responsáveis, de acordo com a classificação nutricional. **Nota:** O eixo x representa o grau de satisfação. Quando o valor for igual a 0 significa que há satisfação corporal. Qualquer número diferente de 0, significa insatisfação corporal. Valores positivos significam que os indivíduos gostariam de ser maiores, e valores negativos, menores. **Fonte:** elaborada pela autora

O teste qui-quadrado mostrou associação significativa entre o sexo dos responsáveis e a satisfação corporal ($\chi^2=22.114$; $p<0.001$), mostrando que os responsáveis do sexo masculino eram mais satisfeitos com os seus corpos. Houve associação entre estado civil (casado ou outros) ($\chi^2=4.723$; $p=0.030$) e a satisfação corporal, aqueles responsáveis que eram casados, mostraram ser menos satisfeitos com seus corpos. O mesmo ocorreu com responsáveis que tinham histórico de dieta ($\chi^2=14.891$; $p<0.001$) e que apresentaram variação de peso ao longo da vida ($\chi^2=18.649$; $p<0.001$).

As análises da correlação binária de Spearman da satisfação corporal dos responsáveis com as variáveis sociodemográficas, histórico de saúde e dados antropométricos revelaram que os responsáveis do sexo feminino eram mais insatisfeitos com os seus corpos ($\rho=-0.301$; $p<0.001$). Responsáveis com histórico de dieta ($\rho=-0.339$; $p<0.001$), variação de peso ao longo da vida ($\rho=-0.312$; $p<0.001$) e IMC mais elevado ($\rho=-0.576$; $p<0.001$) se correlacionou com maior grau de insatisfação corporal.

IDEALIZAÇÃO CORPORAL

Na tabela 8 foram representados os números absolutos e a percentagem da idealização corporal dos responsáveis como um todo e divididos para classificação nutricional. Os resultados mostraram que a maior parte dos indivíduos com excesso de peso idealizava um corpo diferente do seu. (Figura 14).

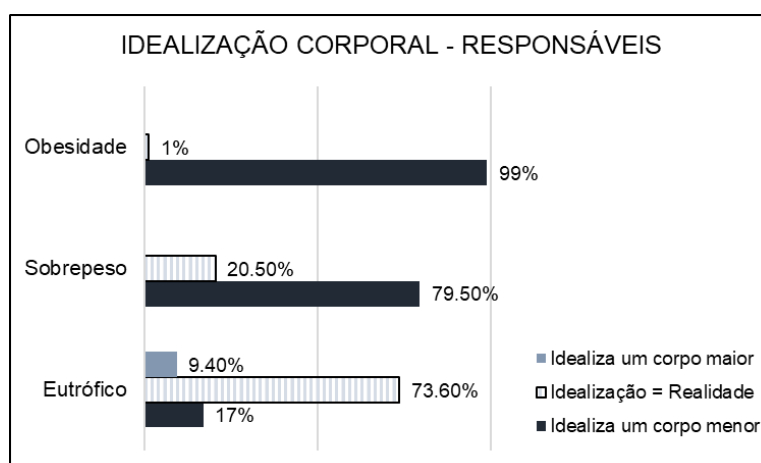


Figura 14 - Idealização corporal dos responsáveis, divididos pela classificação nutricional.
Fonte: elaborado pela autora.

Em relação ao grau de idealização corporal, a tabela 8 descreve os valores das médias e desvio padrão divididos de acordo com a classificação nutricional dos responsáveis.

A figura 15 representa a idealização corporal dos responsáveis de acordo com a classificação nutricional.

A figura 16 representa os corpos que os responsáveis idealizavam de acordo com seu IMC.

Tabela 8: Média, desvio padrão, valores mínimo e máximo da satisfação corporal dos responsáveis de acordo com a classificação nutricional.

IDEALIZAÇÃO CORPORAL – RESPONSÁVEIS				
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Eutrófico	-1.00	1.00	-0.07	0.51
Sobrepeso	-2.00	0.00	-0.95	0.61
Obeso	-3.00	0.00	-1.64	0.64

Fonte: elaborado pela autora.

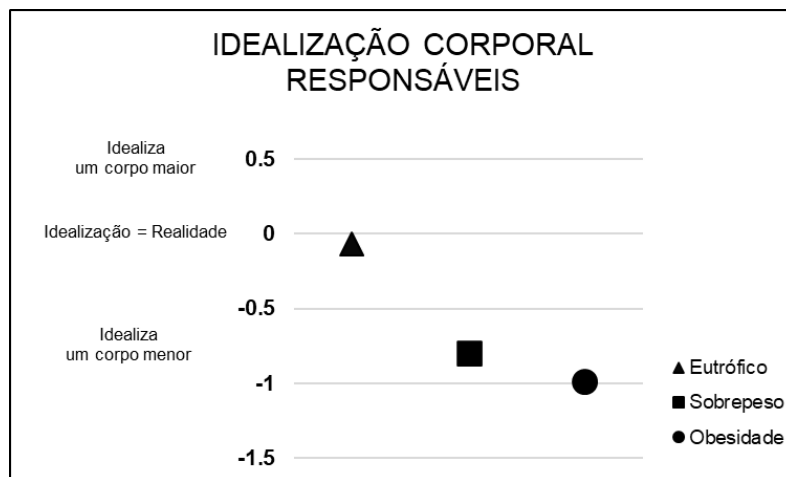


Figura 15 - Média do grau da idealização corporal dos responsáveis, de acordo com a classificação nutricional. Nota: Valor igual a 0 significa que o indivíduo não idealiza um corpo diferente. Qualquer número diferente de 0, significa idealização corporal. Valores positivos significam que os indivíduos idealizam corpos maiores, e valores negativos, corpos menores. **Fonte:** elaborada pela autora.

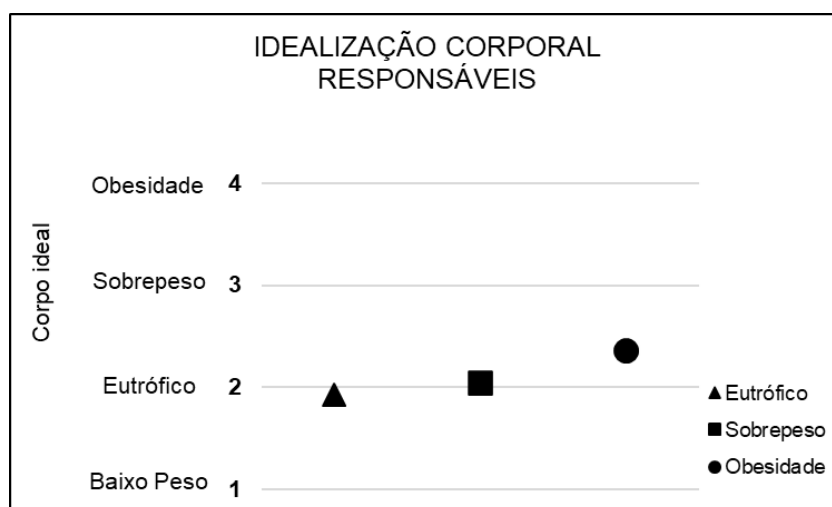


Figura 16 - Média da idealização corporal dos responsáveis, de acordo com a classificação do IMC. Nota: Cada número no eixo vertical corresponde a uma classificação de IMC: 1 = baixo peso; 2 = eutrófico; 3 = sobrepeso e 4 = obeso. **Fonte:** elaborado pela autora.

O teste qui-quadrado mostrou associação significativa entre idealização corporal e histórico de dieta ($\chi^2=8.474$; $p=0.004$) e o mesmo ocorreu com responsáveis com histórico de variação de peso ao longo da vida ($\chi^2=10.984$; $p<0.001$). As análises mostraram que IMC mais elevado se associou significativamente com a idealização corporal ($\chi^2=$; $p<0.001$). Também foi observado associação significativa entre a classificação da circunferência abdominal ($\chi^2=61.815$; $p<0.001$) e a idealização corporal, mostrando que responsáveis cuja circunferência foi classificada como risco para a saúde idealizavam corpos diferentes.

As análises de correlação de Spearman da idealização corporal dos responsáveis, de acordo com o sexo, revelaram que as responsáveis do sexo feminino idealizavam corpos diferentes do real ($\rho=-0.194$; $p=0.003$). Responsáveis que fizeram dieta ao longo da vida ($\rho=-0.170$; $p=0.008$), tiveram variação de peso ($\rho=-0.202$; $p=0.002$) e tinham IMC elevado ($\rho=-0.606$; $p<0.001$), também idealizavam corpos diferentes. Por outro lado, os responsáveis com percepção corporal adequada sobre si mesmo ($\rho=0.622$; $p<0.001$) e satisfação corporal ($\rho=0.625$; $p<0.001$), demonstravam idealização mais próximo do real.

CRIANÇAS

A amostra foi de 239 crianças sendo 45.6% do sexo feminino e 54.4% do sexo masculino. A média \pm DP da idade das crianças foi de 6.07 \pm 0.80 anos. Os dados sociodemográficos das crianças (feminino e masculino) estão descritos na Tabela 9.

Tabela 9: Descrição dos dados sociodemográficos das crianças (feminino e masculino) em números absolutos e porcentagem.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICA	GERAL (n= 239)		FEMININO (n=130)		MASCULINO (n=109)	
	N	%	N	%	N	%
Idade						
• 5 anos	69	28.8	34	31.2	35	27
• 6 anos	83	34.7	40	36.7	43	33
• 7 anos	87	36.5	35	32.1	52	40
Irmãos						
• Sim	198	82.8	92	84.4	109	81.5
• Não	41	17.2	17	15.6	24	18.5
Pais moram na mesma casa						
• Sim	210	87.8	95	87.2	115	88.5
• Não	29	12.2	14	12.8	15	11.5

Fonte: elaborado pela autora.

Os dados perinatais das crianças revelaram que a maioria teve acompanhamento pré-natal e parto cesárea. Os demais dados perinatais estão sintetizados na tabela 10.

Tabela 10: Descrição dos dados perinatais das crianças (feminino e masculino) em números absolutos e porcentagem

VARIÁVEIS PERINATAIS	GERAL		FEMININO		MASCULINO	
	N	%	N	%	N	%
Acompanhamento do pré-natal						
• Sim	226	94.6	101	92.6	125	96.2
• Não	13	5.4	8	7.4	5	3.8
Tipo de parto						
• Parto cesárea	173	72.4	73	67	100	77
• Parto normal	66	27.6	36	33	30	23
Nasceu a termo						
• Sim	172	72	82	75	90	70
• Não	67	28	27	25	40	30
Aleitamento materno						
• Sim	207	86.6	93	85.4	114	88
• Não	32	13.4	16	14.6	16	12

Fonte: elaborado pela autora.

O histórico de saúde das crianças encontra-se representado na tabela 11. Em relação ao tempo de tela, a maioria das crianças referiram tempo de tela acima do recomendado pela SBP, com um aumento durante a pandemia.

Tabela 11: Descrição dos dados sobre o histórico de saúde das crianças (feminino e masculino) em números absolutos e porcentagem.

VARIÁVEIS HISTÓRICO DE SAÚDE	GERAL		FEMININO		MASCULINO	
	N	%	N	%	N	%
Vacinação em dia						
• Sim	237	99.2	109	100	128	98
• Não	2	0.8	0		2	2
Histórico de doença crônica						
• Sim	42	17.6	16	15	26	20
• Não	197	82.4	93	85	104	80
Histórico de internação						
• Sim	79	33	36	33	43	33
• Não	160	67	73	67	87	67
Histórico de baixo peso						
• Sim	26	11	12	11	14	11
• Não	213	89	97	89	116	89
Uso diário de medicação						
• Sim	28	12	11	11	17	13
• Não	211	88	98	89	113	87
Uso diário de suplemento						
• Sim	15	6	3	3	12	9
• Não	224	94	106	97	118	91
Prática de atividade física						
• Sim	18	7.5	5	5	13	10
• Não	221	92.5	104	95	117	90
Classificação do tempo em frente a tela						
• Acima do recomendado pela SBP	191	80	84	77	107	82
• Dentro do recomendado pela SBP	48	20	25	23	23	18
Aumento do tempo de tela com a pandemia						
• Sim	170	71.2	73	67	97	74.6
• Não	69	28.8	36	33	33	25.4

Fonte: elaborado pela autora.

Os dados alimentares mostraram que poucas crianças tinham algum tipo de restrição alimentar. A mãe foi apontada como a principal responsável pelos preparos das refeições e a maioria das refeições eram realizadas no sofá, cama ou chão (Tabela 12).

Tabela 12: Descrição dos dados sobre a alimentação e o comportamento alimentar das crianças (feminino e masculino) em números absolutos e porcentagem.

VARIÁVEIS DA ALIMENTAÇÃO E COMPORTAMENTO ALIMENTAR	GERAL		FEMININO		MASCULINO	
	N	%	N	%	N	%
Restrição alimentar						
• Sim	34	14	16	15	18	14
• Não	205	86	93	85	112	86
Quem prepara a refeição						
• Mãe	134	56	59	54.2	75	58
• Mãe e outros	55	23	27	24.7	32	18
• Outros (pai, avós, tios, irmãos ...)	50	21	23	21.1	23	24
Local que realiza as refeições						
• Mesa	68	28.4	32	30	36	28
• Mesa e outros	16	6.6	9	8	7	5
• Outros (cama, chão, sofá)	155	65	68	62	87	67

Fonte: elaborado pela autora.

A tabela 13 descreve os valores mínimo, máximo, mediana, média e desvio padrão das variáveis antropométricas das crianças em geral e divididas por sexo.

Tabela 13: Mínimo, máximo, mediana, média e desvio padrão das variáveis antropométricas do peso (kg), estatura (m), IMC (kg/m^2) e circunferência abdominal (cm) das crianças.

	Variáveis antropométricas	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão
GERAL	Peso (Kg)	15.40	52	25.90	27.06	6.70
	Estatura (m)	1.04	1.39	1.21	1.21	0.07
	IMC (kg/m^2)	13.68	32.43	60.00	18.25	3.45
	Circunferência abdominal	46.50	92.00	17.08	61.79	8.88
FEMININO	Peso (Kg)	15.40	52.00	25.20	26.93	7.396
	Estatura (m)	1.04	1.38	1.20	1.20	0.07
	IMC (kg/m^2)	13.68	28.90	16.99	18.23	3.55
	Circunferência abdominal	46.50	86.00	59.00	61.65	9.52
MASCULINO	Peso (Kg)	16.20	45.80	26.05	27.18	6.08
	Estatura (m)	1.04	1.39	1.20	1.20	0.07
	IMC (kg/m^2)	14.21	32.43	17.30	18.27	3.55
	Circunferência abdominal	50.00	92.00	60.00	61.92	8.35

Fonte: elaborado pela autora.

A amostra revelou que a maioria das crianças apresentava excesso de peso e aproximadamente 1/3 apresentava aumento da circunferência abdominal. Dentre as meninas 48,6% foram classificadas com excesso de peso e entre os meninos 53% foram classificados com excesso de peso (Figuras 17 e 18).

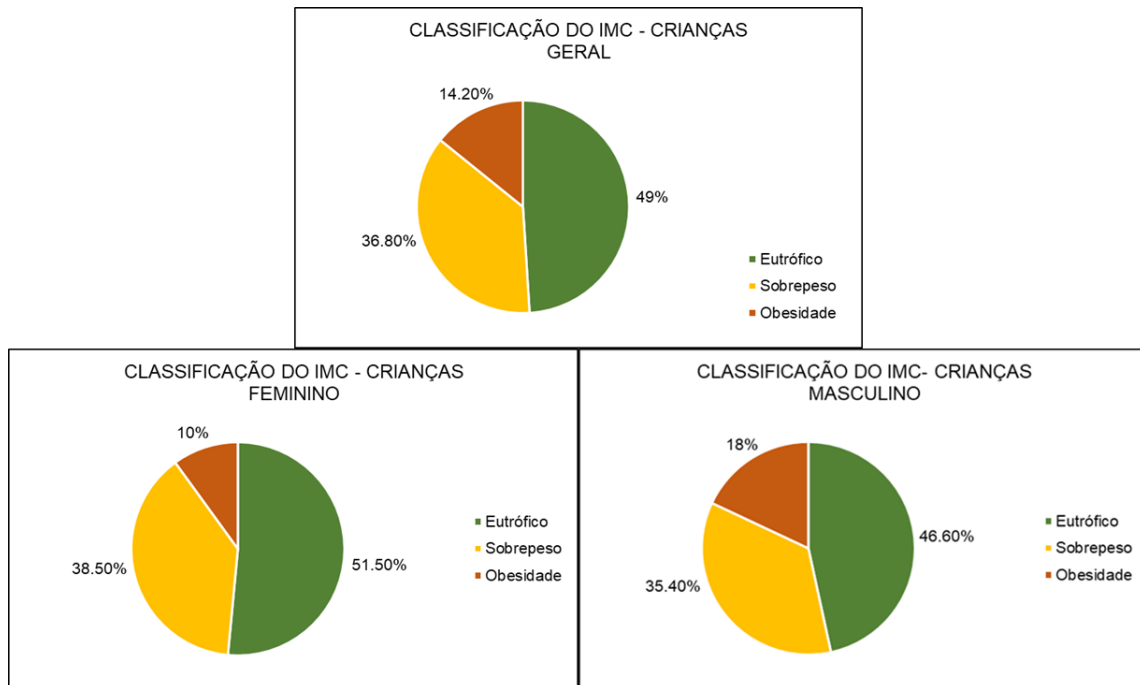


Figura 17 - Classificação da amostra do IMC da amostra geral de crianças e divididas por sexo. **Fonte:** elaborado pela autora.

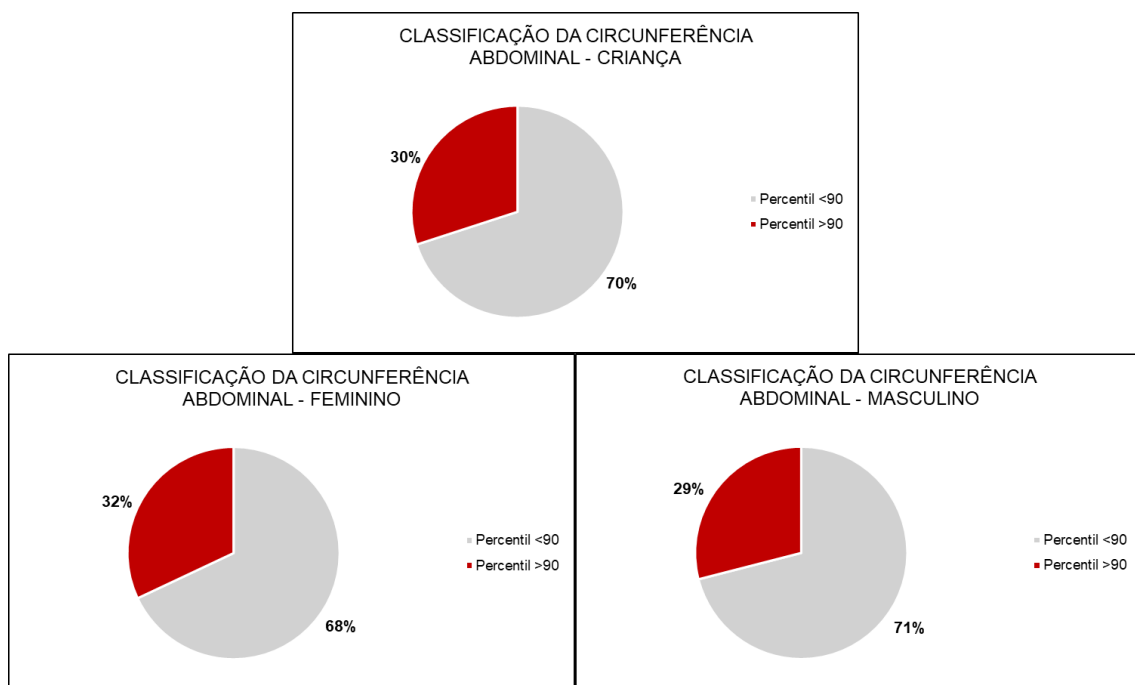


Figura 18 - Classificação da circunferência abdominal das crianças geral e divididas por sexo de acordo com o percentil. **Fonte:** elaborado pela autora.

PERCEÇÃO CORPORAL

Houve uma tendência das crianças com sobrepeso e obesidade subestimarem o seu tamanho corporal. Entre as meninas 40% das que possuíam sobrepeso subestimaram seu IMC, já as com obesidade, 63% acertaram o IMC. Já entre os meninos 65% dos que possuíam sobrepeso e 56% dos obesos subestimaram seu IMC, conforme representado na figura 19.

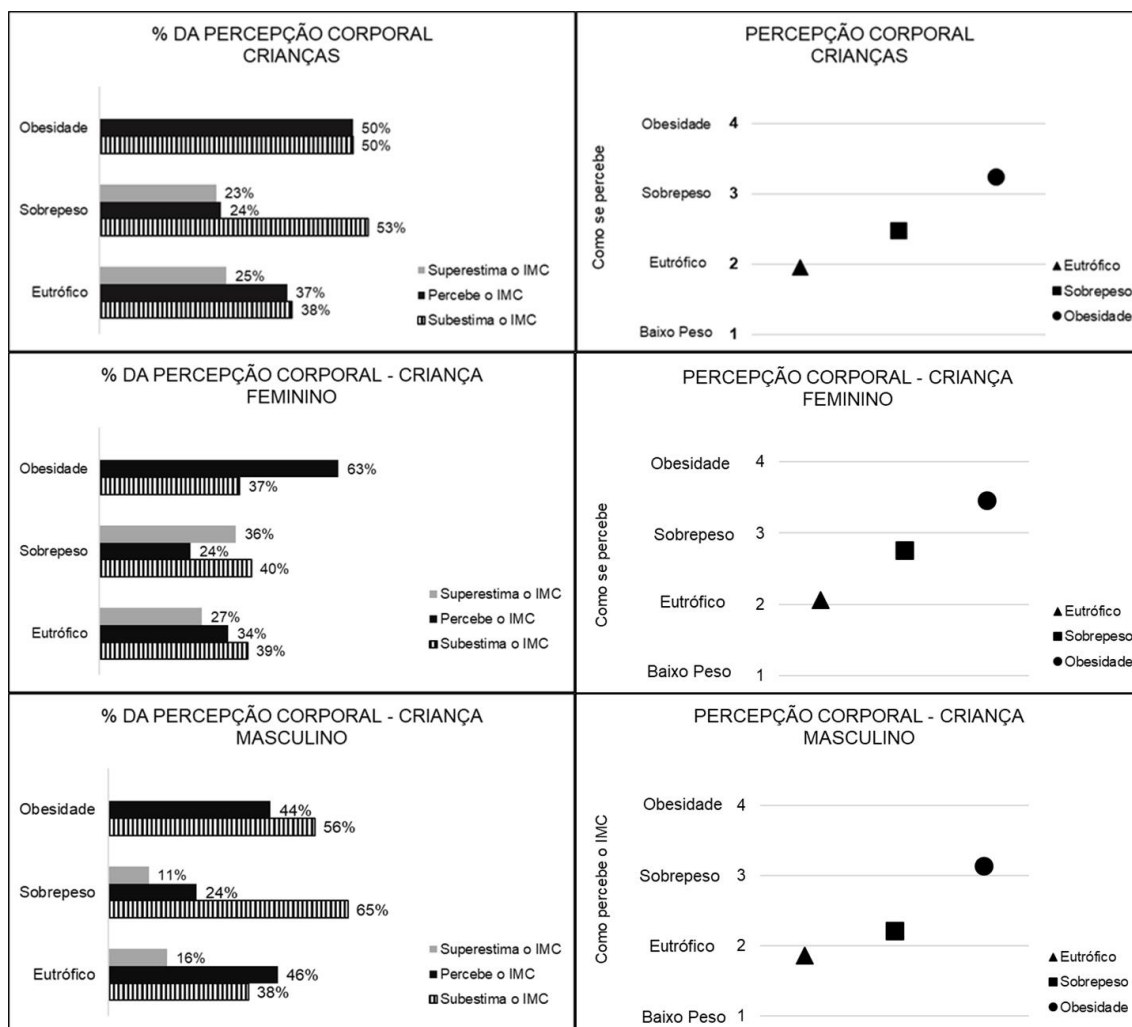


Figura 19 - Porcentagem e média da percepção corporal das crianças em geral e divididas pelo sexo de acordo com a classificação nutricional. **Fonte:** elaborado pela autora.

O grau da percepção corporal das crianças em valores numéricos, está apresentado na figura 20, para o grupo geral e divididos por sexo. A percepção corporal das crianças com excesso de peso subestimou a classificação nutricional real, sendo essa tendência mais evidente entre os meninos. Na figura 21, são apresentados os valores médios da percepção corporal, juntamente com as análises de comparação entre os grupos classificados pelo IMC das meninas e dos meninos. Entre os meninos foi observado que o grau de acurácia da percepção corporal variou entre os indivíduos

eutróficos e aqueles com excesso de peso. Os meninos com excesso de peso demonstraram uma menor percepção de seus corpos reais, o que não foi observado entre as meninas, enfatizando a dificuldade dos meninos de se perceberem com excesso de peso.

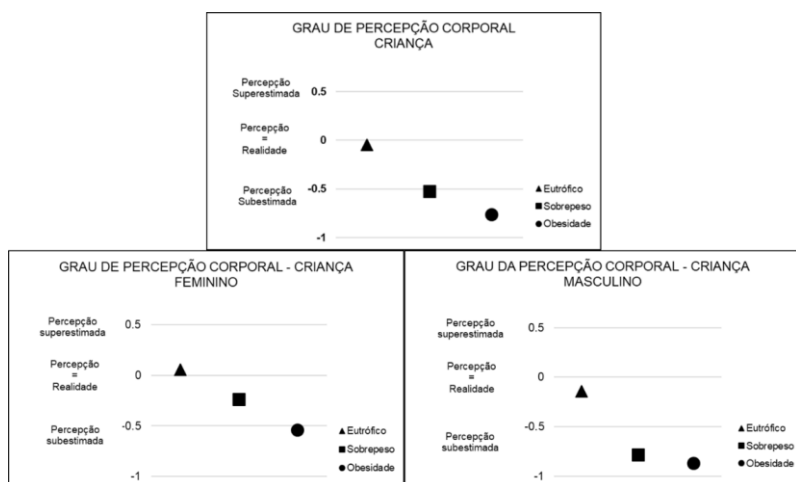


Figura 20 - Média do grau da percepção corporal das crianças em geral e divididas por sexo segundo a classificação nutricional. **Fonte:** elaborado pela autora.

MENINAS: Escala Infantil de Imagem Corporal de Truby e Paxton									
Categoria	Baixo Peso	Eutrófico (EU)		Sobrepeso (SOB)	Obesidade (OB)			Kruskal-Wallis p	
Classificação do IMC da criança	0	56 (51.4%)		42 (38.5%)	11 (10.1%)				
Percepção corporal (Corpo percebido – Corpo real)									
Valor numérico da percepção corporal Média e DP Mediana (min-max)		0.05 ± 1.03 0.00 (-1.00, 2.00)		-0.24 ± 1.14 0.00 (-2.00, 1.00)	-0.55 ± 0.82 0.00 (-2.00, 0.00)			EU x SB 0.177 EU x OB 0.068 SB x OB 0.187	
MENINOS: Escala Infantil de Imagem Corporal de Truby e Paxton									
Categoria	Baixo Peso	Eutrófico (EU)		Sobrepeso (SOB)	Obesidade (OB)			Kruskal-Wallis p	
Classificação do IMC da criança	0	61 (46.9%)		46 (17.7%)	23 (35.4%)				
Percepção corporal (Corpo percebido – Corpo real)									
Valor numérico da percepção corporal Média e DP Mediana (min-max)		-0.15 ± 0.85 0.00 (1.00, 2.00)		-0.78 ± 0.94 -1.00 (-2.00, 1.00)	-0.87 ± 0.97 -1.00 (-3.00, 0.00)			EU x SB <0.001 EU x OB 0.005 SB x OB 0.454	

Figura 21: Média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo e análise de Kruskal-Wallis dos valores quantitativos da percepção corporal das meninas e dos meninos de acordo com a classificação nutricional. **Fonte:** elaborado pela autora.

As análises de correlação do grau da percepção corporal das crianças com as variáveis numéricas sociodemográficas e antropométricas (tabela 14) revelaram que o grau de percepção corporal das meninas se correlacionou positivamente com a idade ($\rho=0.233$; $p=0.015$) e com a altura ($\rho=0.237$; $p=0.013$), ou seja, as meninas mais velhas e mais altas apresentavam uma melhor percepção dos seus corpos. O grau da percepção das meninas se correlacionou negativamente com o grau de satisfação corporal ($\rho=-0.444$; $p<0.001$), revelando que à medida que a menina se percebe maior, menor é a satisfação que ela tem em relação a si mesma. Por outro lado, o grau de percepção corporal das meninas correlacionou positivamente com a idealização corporal ($\rho=0.466$; $p<0.001$), revelando que quando as meninas têm uma percepção corporal maior de si mesma, elas também tendem a idealizar mais corpos diferentes do real. O mesmo ocorreu com a percepção corporal que os responsáveis tinham sobre as meninas, quanto maior a percepção corporal que o responsável tinha sobre a criança, maior era a percepção que elas tinham de si mesmas ($r=0.303$; $p=0.001$).

Em relação aos meninos, o grau da percepção corporal se correlacionou negativamente com o IMC ($\rho=-0.233$; $p=0.011$), revelando que quanto menor o IMC dos meninos mais adequada foi a percepção que eles tiveram de si mesmos. O grau da percepção dos meninos se correlacionou positivamente com o grau de satisfação corporal ($\rho=0.529$; $p<0.001$), revelando que à medida que o menino se percebe maior, maior é a satisfação que ele tem em relação a si mesmo. Ao contrário das meninas, a o grau de percepção corporal dos meninos se correlacionou negativamente com o grau de idealização ($\rho=-0.330$; $p<0.001$), ou seja, quanto maior era a percepção que o menino tinha em relação a si mesmo, menos ele idealizava um corpo diferente. Por outro lado, assim como nas meninas houve correlação positiva entre o grau de percepção dos responsáveis sobre os meninos com a o grau da sua percepção corporal (tabela 14).

A tabela 15 descreve os valores do teste do qui-quadrado da percepção corporal das crianças com as variáveis categóricas dos responsáveis e das crianças. A idade mostrou ter uma associação significativa com a percepção corporal, revelando uma melhor percepção corporal conforme a idade avança ($\chi^2=8.018$; $p=0.018$). Houve associação entre a percepção corporal com a classificação do IMC, crianças com IMC mais elevado, apresentavam melhor percepção ($\chi^2=8.315$; $p=0.016$). Entre as meninas, o fato dos responsáveis apresentarem variação de peso ao longo da vida, associou-se significativamente com a percepção corporal delas, ou seja, as meninas com responsáveis com histórico de variação de peso apresentavam maior alteração em sua percepção ($\chi^2= 4.524$; $p=0.033$). Os responsáveis terem feito algum tipo de dieta ao longo da vida associou-se a um maior número de meninas com alteração em sua

percepção corporal ($\chi^2=5.185$; $p=0.023$). Houve associação significativa entre a idade das meninas e a percepção corporal, houve maior incidência entre as meninas na faixa etária dos 5 anos ter uma percepção corporal inadequada ($\chi^2=7.376$; $p=0.025$). Também houve associação significativa entre a classificação nutricional e a percepção corporal. As meninas com maior IMC (obesidade) apresentaram melhor percepção corporal ($\chi^2=7.034$; $p=0.030$). A percepção corporal adequada das meninas está associada com a percepção adequada que os responsáveis têm sobre elas ($\chi^2=3.986$; $p=0.046$). O mesmo ocorreu com os meninos ($\chi^2=4.290$; $p=0.038$).

Tabela 14: Correlação binária das variáveis numéricas sociodemográficas e antropométricas dos responsáveis e das crianças com o grau da percepção corporal das meninas e dos meninos.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, HISTÓRICO DE SAÚDE E ANTROPOMÉTRICAS		CRIANÇAS	
		PERCEPÇÃO CORPORAL	
		FEMININO	MASCULINO
Idade dos responsáveis (anos)	rho	0.068	0.114
	p	0.482	0.197
Peso dos responsáveis (kg)	rho	-0.091	0.040
	p	0.346	0.651
Altura dos responsáveis (m)	rho	-0.079	-0.005
	p	0.411	0.954
Circunferência abdominal dos responsáveis (cm)	rho	-0.018	0.079
	p	0.855	0.371
IMC dos responsáveis (kg/m ²)	rho	-0.050	0.031
	p	0.604	0.729
Grau de percepção corporal Responsáveis	rho	0.090	-0.034
	p	0.351	0.700
Grau de insatisfação corporal Responsáveis	rho	-0.013	0.034
	p	0.892	0.700
Grau de idealização corporal Responsáveis	rho	0.064	-0.004
	p	0.508	0.966
Idade da criança (anos)	rho	0.233	0.024
	p	0.015*	0.789
Tempo de tela da criança (horas)	rho	-0.032	-0.145
	p	0.744	0.099
Peso da criança (kg)	rho	0.055	-0.144
	p	0.569	0.102
Altura da criança (m)	rho	0.237	0.038
	p	0.013*	0.667
Circunferência abdominal da criança (cm)	rho	0.101	-0.098
	p	0.298	0.267
IMC da criança (kg/m ²)	rho	-0.012	-0.233
	p	0.899	0.011*
Grau de percepção corporal Criança	rho		
	p		
Grau de satisfação corporal Criança	rho	-0.444	0.529
	p	<0.001*	<0.001*
Grau de idealização corporal Criança	rho	0.466	-0.330
	p	<0.001*	<0.001*
Grau de percepção corporal dos responsáveis sobre as crianças	rho	0.303	0.298
	p	0.001*	<0.001*

Tabela 15: Valores da associação do texto do qui-quadrado entre as variáveis categóricas das crianças e sua percepção corporal (percepção adequada ou inadequada).

Variáveis dos responsáveis X Percepção corporal das crianças	GERAL		FEMININO		MASCULINO	
	Valor de χ^2	Valor de p	Valor de χ^2	Valor de p	Valor de χ^2	Valor de p
Sexo (feminino ou masculino)	3.513	0.061	1.305	0.253	1.766	0.184
Estado civil (casado ou outros)	0.005	0.945	0.622	0.430	0.556	0.456
Ambos os pais vivem na mesma residência (sim ou não)	0.240	0.624	0.313	0.576	0.038	0.845
Escolaridade dos responsáveis (ensino fundamental ou médio)	0.299	0.585	2.961	0.085	0.451	0.502
Ocupação (empregado ou desempregado)	1.200	0.273	0.011	0.916	1.603	0.206
Tipo de moradia (casa própria ou outros (alugada ou cedida))	0.175	0.676	0.011	0.916	0.277	0.599
Doença crônica (sim ou não)	0.374	0.541	0.203	0.653	0.134	0.715
Realizou algum tipo de dieta (sim ou não)	3.639	0.056	5.185	0.023*	0.462	0.497
Tem algum tipo de restrição alimentar (sim ou não)	0.474	0.491	0.002	0.963	0.907	0.341
Variação de peso ao longo da vida (sim ou não)	0.322	0.570	4.524	0.033*	1.200	0.273
Prática de atividade física (sim ou não)	1.267	0.260	0.487	0.485	2.909	0.088
Classificação do IMC (eutrófico, sobrepeso ou obesidade)	1.032	0.597	0.666	0.968	1.628	0.443
Classificação da circunferência abdominal (risco para a saúde ou sem risco para a saúde)	0.174	0.676	0.058	0.809	0.403	0.526
Percepção corporal (adequada ou inadequada)	2.663	0.103	0.785	0.375	1.769	0.184
Satisfação corporal (satisfeito ou insatisfeito)	1.717	0.190	0.235	0.628	2.301	0.129
Idealização corporal (não idealiza um corpo diferente e idealiza um corpo diferente)	0.735	0.391	0.033	0.855	0.627	0.429
Percepção corporal dos responsáveis sobre as crianças (percepção adequada ou inadequada)						
Variáveis das crianças X Percepção corporal das crianças	Valor de χ^2	Valor de p	Valor de χ^2	Valor de p	Valor de χ^2	Valor de p
Sexo (masculino ou feminino)	1.838	0.175				
Idade (5,6 ou 7 anos)	8.018	0.018*	7.376	0.025*	1.718	0.424
Irmãos (sim ou não)	1.267	0.260	1.357	0.244	0.198	0.656
Realizou pré-natal (sim ou não)	0.060	0.807	0.276	0.599	0.693	0.405
Tipo de parto (cesárea ou normal)	1.232	0.267	0.410	0.522	1.337	0.247
Intercorrências na gravidez ou parto (sim ou não)	0.559	0.455	1.878	0.171	0.050	0.823
Nasceu a termo (termo ou não termo)	0.008	0.929	1.021	0.312	0.663	0.415
Alimentação materna exclusiva até os 6 meses (sim ou não)	0.215	0.643	0.032	0.857	0.285	0.593
Tem alguma doença crônica (sim ou não)	0.402	0.526	0.599	0.439	0.008	0.929
Tem histórico de internação (sim ou não)	0.266	0.606	0.492	0.483	0.006	0.936
Faz uso de medicação diário (sim ou não)	0.043	0.835	0.290	0.591	0.571	0.450
Faz uso de suplemento (sim ou não)	0.267	0.606	0.024	0.878	0.089	0.766
Histórico de baixo peso (sim ou não)	0.272	0.602	0.123	0.725	1.012	0.314
Tem alguma restrição alimentar (sim ou não)	0.939	0.333	1.873	0.171	0.013	0.910
Quem prepara a refeição? (mãe, mãe e outros ou outros (avós, tios, irmãos, pai, vizinhos))	1.321	0.517	0.157	0.924	2.872	0.238
Onde são realizadas as refeições? (mesa, mesa e outros ou outros (sofá, cama ou chão))	0.101	0.951	1.316	0.518	0.358	0.836
Tempo de tela (Acima ou dentro do recomendado pela SBP)	0.349	0.555	3.354	0.067	0.627	0.429
Prática de atividade física (sim ou não)	0.968	0.325	0.221	0.638	1.605	0.205
Classificação do IMC (eutrófico, sobrepeso ou obesidade)	8.315	0.016*	7.034	0.030*	5.797	0.055
Classificação da circunferência abdominal (p < 90 ou p > 90)	0.035	0.851	1.055	0.304	0.400	0.527
Percepção corporal dos responsáveis sobre as crianças (percepção adequada ou inadequada)	8.026	0.005*	3.986	0.046*	4.290	0.038*

Fonte: elaborado pela autora.

Às análises de regressão logística das variáveis com a percepção corporal das meninas e dos meninos estão descritas na Tabela 16. Entre as meninas, a percepção corporal foi influenciada pela idade e meninas mais velhas apresentaram redução discreta na chance de apresentarem alteração em sua percepção corporal (ODDS RATIO=0.935; p=0.006). Meninas cujos responsáveis referiram escolaridade apenas até o ensino fundamental, apresentaram maior chance de terem alteração em sua percepção corporal (ODDS RATIO=2.674; p=0.042). Ter tempo de tela acima do recomendado pela SBP também aumentou a chance das meninas apresentarem alteração na percepção corporal (ODDS RATIO=3.472; p=0.024). Entre os meninos, estar acima do peso aumentou a chance de apresentarem alteração na percepção corporal (ODDS RATIO=2.482; p=0.037).

Tabela 16: Análise de regressão logística (modo Enter) das variáveis independentes capazes de modificar o desfecho da percepção corporal das meninas e dos meninos.

MENINAS			
PERCEPÇÃO CORPORAL (corpo percebido – corpo real)			
Modelo inicial: $\chi^2=22.58$ $p<0.01$ $R^2=0.267$			
Variável independente	Odds Ratio	Valor de p	VIF
Idade da criança	0.938	0.009	1.145
Classificação do IMC da criança – obesidade	0.260	0.096	1.291
Escolaridade do responsável	2.759	0.040	1.087
Classificação do tempo de tela segundo a SBP	3.361	0.032	1.104
Modelo final: $\chi^2=19.749$ $p<0.01$ $R^2=0.236$			
Variável independente	Odds Ratio	Valor de p	VIF
Idade da criança	0.935	0.006	1.151
Escolaridade do responsável	2.674	0.042	1.069
Classificação do tempo de tela segundo a SBP	3.472	0.024	1.094
MENINOS			
PERCEPÇÃO CORPORAL (corpo percebido – corpo real)			
Modelo inicial: $\chi^2=8.769$ $p=0.003$ $R^2=0.089$			
Variável independente	Odds Ratio	Valor de p	VIF
Classificação do IMC das crianças – sobrepeso	2.482	0.037	1.084
- obesidade	1.324	0.584	
Modelo final: $\chi^2=8.769$ $p=0.003$ $R^2=0.089$			
Variável independente	Odds Ratio	Valor de p	VIF
Classificação do IMC das crianças – sobrepeso	2.482	0.037	1.084

Fonte: elaborado pela autora.

PERCEPÇÃO CORPORAL DOS RESPONSÁVEIS SOBRE AS CRIANÇAS

Houve inadequação da percepção dos responsáveis em 65% da amostra, sendo que 45% subestimaram e 19,5% superestimaram o IMC das crianças, independente da classificação nutricional da criança. Entre as meninas, 64% dos responsáveis tinham uma percepção inadequada, independente da classificação do IMC. Embora 37% dos responsáveis percebam o corpo das meninas de forma adequada, 32% superestimaram a percepção corporal, independente da classificação do IMC. Já entre os meninos, 66% dos responsáveis tinham uma percepção inadequada, independente da classificação do IMC. Diferente das meninas, 56% dos responsáveis subestimaram o corpo dos meninos e apenas 9% superestimaram, independente da classificação do IMC, como mostrado na figura 22.

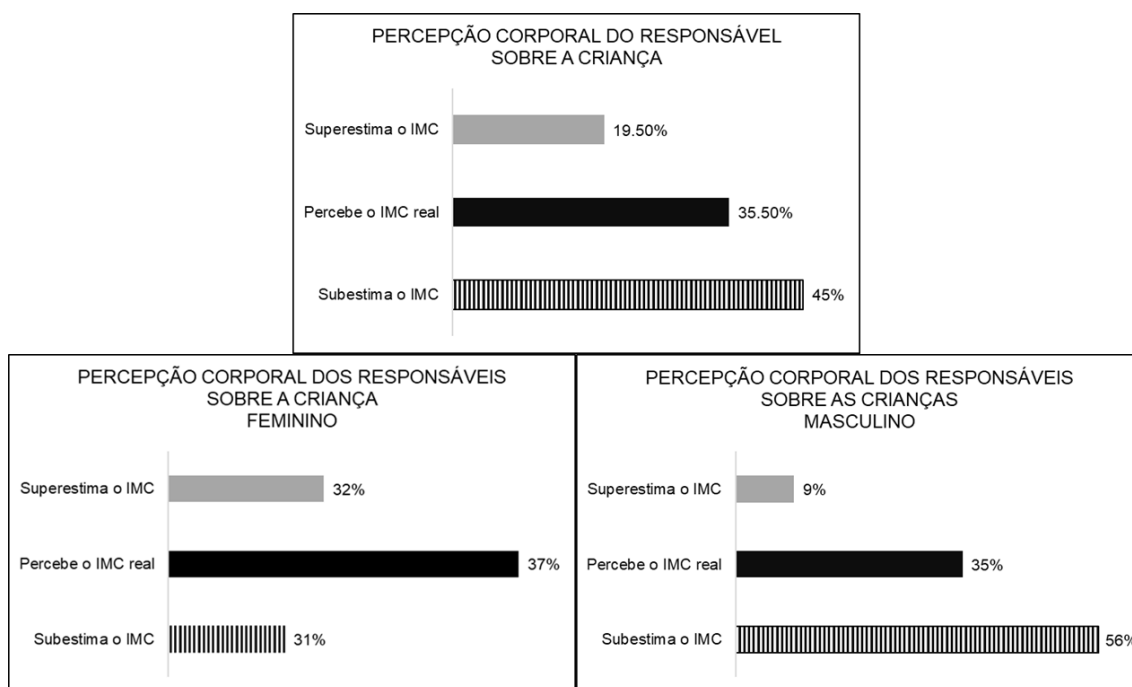


Figura 22 - Porcentagem da percepção corporal geral do responsável sobre a criança e dividida por sexo. Fonte: elaborado pela autora.

Os valores da percepção corporal do responsável sobre as crianças em geral e por sexo, considerando a classificação nutricional, estão descritos na tabela 17 e a porcentagem na figura 23.

Tabela 17: Frequência absoluta da percepção corporal dos responsáveis sobre as crianças em geral e divididas por sexo segundo a classificação nutricional.

	CLASSIFICAÇÃO	Subestima o IMC	Acerta o IMC	Superestima o IMC
	IMC	N	N	N
GERAL	Eutrófico	54	47	16
	Sobrepeso	42	15	31
	Obesidade	11	23	
FEMININO	Eutrófico	20	26	10
	Sobrepeso	12	5	25
	Obesidade	2	9	
MASCULINO	Eutrófico	34	21	6
	Sobrepeso	30	10	6
	Obesidade	9	14	

Fonte: elaborado pela autora.

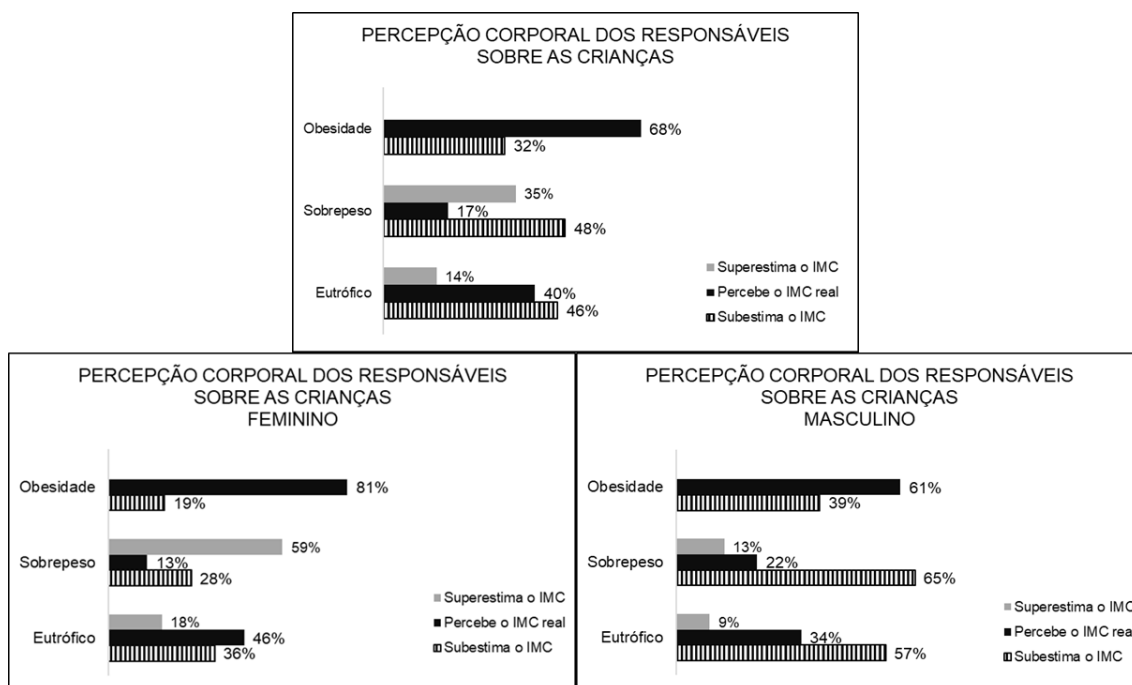


Figura 23 - Porcentagem da percepção corporal em geral dos responsáveis sobre as crianças e divididas por sexo segundo a classificação nutricional. Fonte: elaborado pela autora.

O grau de adequação da percepção corporal dos responsáveis sobre as crianças segundo sua classificação nutricional encontra-se representado na Figura 24.

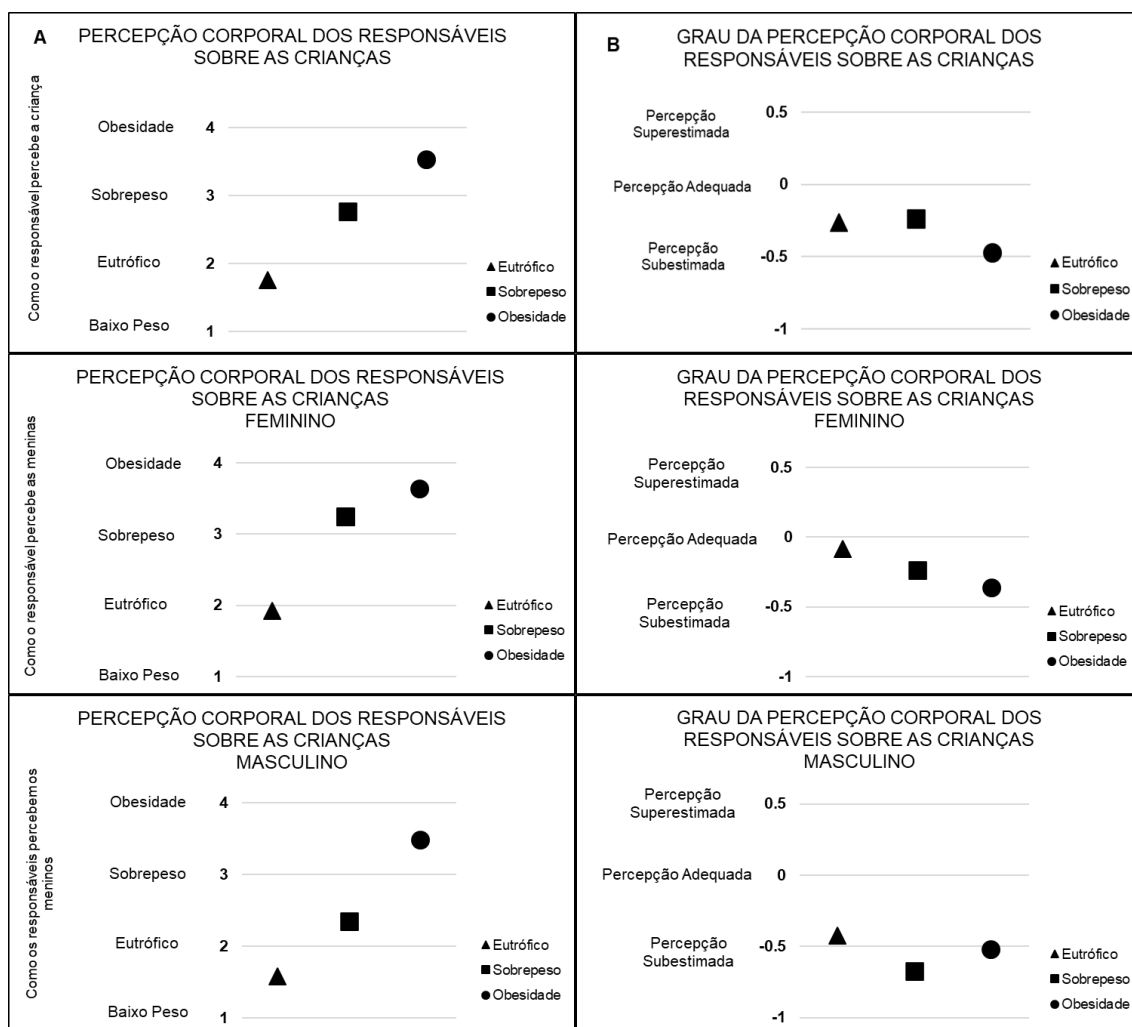


Figura 24 - A- Média da percepção corporal dos responsáveis sobre as crianças em geral e divididas por sexo segundo IMC. B- Média do grau de percepção corporal dos responsáveis sobre as crianças em geral e divididas por sexo, segundo IMC. **Fonte:** elaborado pela autora.

As análises de Kruskal–Wallis revelaram que as meninas foram percebidas por seus responsáveis como maiores do que realmente eram ($p < 0.001$). Já os meninos foram percebidos menores do que eram ($p < 0.001$) por seus responsáveis, conforme descrito na figura 25.

As análises de correlação binária das variáveis numéricas sociodemográficas e antropométricas dos responsáveis e das crianças com o grau da percepção corporal dos responsáveis sobre as meninas e dos meninos estão descritas na tabela 18. Entre as meninas houve correlação positiva entre a idade das meninas com a o grau da percepção dos responsáveis sobre elas ($\rho = 0.195$; $p = 0.042$), ou seja, as meninas mais velhas eram percebidas maiores por seus responsáveis. O mesmo ocorreu entre o peso ($\rho = 0.279$; $p = 0.003$), altura ($\rho = 0.203$; $p = 0.034$), IMC ($\rho = 0.309$; $p = 0.001$) e

circunferência abdominal ($\rho=0.406$; $p<0.001$) das meninas com a percepção dos responsáveis sobre elas. O grau de percepção corporal das meninas sobre si mesma se correlacionou positivamente com o grau de percepção que os responsáveis tinham a respeito delas ($\rho=0.303$; $p=0.001$). O mesmo ocorreu entre os meninos ($\rho=0.268$; $p<0.001$). A circunferência abdominal dos meninos se correlacionou positivamente com o grau de percepção dos responsáveis sobre eles ($\rho=0.263$; $p=0.002$), ou seja, os meninos com circunferência maiores eram percebidos maiores.















MENINAS: Escala Infantil de Imagem Corporal de Truby e Paxton								
								
Categoria	Baixo Peso	Eutrófico (EU)		Sobrepeso (SOB)	Obesidade (OB)		Kruskal-Wallis	p
Percepção dos responsáveis (Corpo da criança percebido pelo responsável – Corpo real da criança)								
Valor numérico da percepção dos responsáveis sobre a criança Média e DP Mediana (min-max)		-0.09 ± 0.90 0.00 (-1.00, 2.00)		0.24 ± 1.08 0.00 (-200, 100)	-0.36 ± 0.92 0.00 (-3.00, 0.00)		EU x SB 0.010 EU x OB 0.368 SB x OB 0.041	
MENINOS: Escala Infantil de Imagem Corporal de Truby e Paxton								
								
Categoria	Baixo Peso	Eutrófico (EU)		Sobrepeso (SOB)	Obesidade (OB)		Kruskal-Wallis	p
Percepção dos responsáveis (Corpo da criança percebido pelo responsável – Corpo real da criança)								
Valor numérico da percepção dos responsáveis sobre a criança Média e DP Mediana (min-max)		-0.43 ± 0.76 -1.00 (-1.00, 2.00)		-0.67 ± 0.90 -1.00 (-2.00, 1.00)	-0.52 ± 0.73 0.00 (-2.00, 0.00)		EU x SB 0.070 EU x OB 0.430 SB x OB 0.101	

Figura 25 - Média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo dos valores e análise de Kruskal-Wallis dos valores quantitativos da percepção corporal dos responsáveis sobre as meninas e os meninos de acordo com a classificação nutricional. **Fonte:** elaborado pela autora.

Tabela 18: Correlação binária das variáveis numéricas sociodemográficas e antropométricas dos responsáveis e das crianças com o grau da percepção corporal dos responsáveis sobre as meninas e dos meninos.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, HISTÓRICO DE SAÚDE E ANTROPOMÉTRICAS		CRIANÇAS	
		PERCEPÇÃO CORPORAL DOS RESPONSÁVEIS SOBRE A CRIANÇA	
		FEMININO	MASCULINO
Idade dos responsáveis (anos)	rho	-0.105	0.077
	p	0.277	0.381
Peso dos responsáveis (kg)	rho	-0.039	0.076
	p	0.691	0.391
Altura dos responsáveis (m)	rho	0.063	0.014
	p	0.515	0.874
Circunferência da abdominal dos responsáveis (cm)	rho	-0.106	0.027
	p	0.274	0.758
IMC dos responsáveis (kg/m ²)	rho	-0.092	0.055
	p	0.341	0.534
Grau de percepção corporal Responsáveis	rho	0.114	0.116
	p	0.236	0.189
Grau de insatisfação corporal Responsáveis	rho	-0.016	-0.025
	p	0.869	0.775
Grau de idealização corporal Responsáveis	rho	0.038	0.116
	p	0.694	0.189
Idade da criança (anos)	rho	0.195	0.005
	p	0.042*	0.957
Tempo de tela da criança (horas)	rho	0.052	0.057
	p	0.595	0.517
Peso da criança (kg)	rho	0.279	0.131
	p	0.003*	0.139
Altura da criança (m)	rho	0.203	0.073
	p	0.034*	0.406
Circunferência abdominal da criança (cm)	rho	0.309	0.263
	p	0.001*	0.002*
IMC da criança (kg/m ²)	rho	0.460	0.125
	p	<0.001*	0.155
Grau da percepção corporal Criança	rho	0.303	0.268
	p	0.001*	<0.001*
Grau de satisfação corporal Criança	rho	-0.199	-0.117
	p	0.038	0.184
Grau de idealização corporal Criança	rho	0.070	0.114
	p	0.470	0.196
Grau de percepção corporal dos responsáveis sobre as crianças	rho		
	p		

Fonte: elaborado pela autora.

A tabela 19 apresenta as associações do teste qui-quadrado com as variáveis categóricas das crianças e a percepção corporal dos responsáveis sobre elas.

Tabela 19: Valores da associação do texto do qui-quadrado entre as variáveis categóricas das crianças e a percepção corporal dos responsáveis sobre elas (percepção adequada ou inadequada).

Variáveis dos responsáveis X Percepção corporal dos responsáveis sobre as crianças	GERAL		FEMININO		MASCULINO	
	Valor de χ^2	Valor de p	Valor de χ^2	Valor de p	Valor de χ^2	Valor de p
Sexo (feminino ou masculino)	0.020	0.888	0.017	0.898	0.002	0.964
Estado civil (casado ou outros)	1.121	0.290	1.345	0.246	0.034	0.854
Ambos os pais vivem na mesma residência (sim ou não)	0.644	0.422	0.350	0.554	0.287	0.592
Escolaridade dos responsáveis (ensino fundamental ou médio)	0.263	0.608	0.474	0.491	0.007	0.936
Ocupação (empregado ou desempregado)	0.183	0.669	0.217	0.641	1.158	0.282
Tipo de moradia (casa própria ou outros (alugada ou cedida))	0.108	0.743	0.821	0.365	0.123	0.726
Doença crônica (sim ou não)	0.279	0.597	0.474	0.491	0.008	0.928
Realizou algum tipo de dieta (sim ou não)	0.277	0.598	0.379	0.538	0.016	0.900
Tem algum tipo de restrição alimentar (sim ou não)	4.755	0.029*	1.193	0.275	3.843	0.050*
Variação de peso ao longo da vida (sim ou não)	0.629	0.428	0.405	0.525	0.232	0.630
Prática de atividade física (sim ou não)	0.075	0.784	1.440	0.230	1.710	0.191
Classificação do IMC (eutrófico, sobrepeso ou obesidade)	0.279	0.870	0.344	0.842	0.624	0.732
Classificação da circunferência abdominal (risco para a saúde ou sem risco para a saúde)	0.327	0.567	0.158	0.691	1.360	0.244
Percepção corporal responsável (adequada ou inadequada)	0.123	0.726	0.925	0.819	0.825	0.364
Satisfação corporal responsável (satisfeito ou insatisfeito)	0.227	0.633	0.080	0.777	0.908	0.341
Idealização corporal responsável (não idealiza um corpo diferente e idealiza um corpo diferente)	0.876	0.349	0.463	0.496	0.348	0.555
Variáveis das crianças X Percepção corporal dos responsáveis sobre as crianças	Valor de χ^2	Valor de p	Valor de χ^2	Valor de p	Valor de χ^2	Valor de p
Sexo (masculino ou feminino)	0.098	0.754				
Idade (5,6 ou 7 anos)	1.468	0.480	1.644	0.440	0.410	0.814
Irmãos (sim ou não)	0.075	0.784	1.115	0.291	0.288	0.592
Realizou pré-natal (sim ou não)	0.792	0.374	0.011	0.916	1.589	0.208
Tipo de parto (cesárea ou normal)	1.537	0.215	0.811	0.368	0.660	0.417
Intercorrências na gravidez ou parto (sim ou não)	3.112	0.078	1.864	0.172	1.284	0.257
Nasceu a termo (termo ou não termo)	0.147	0.701	0.025	0.875	0.382	0.537
Aleitamento materno exclusivo até os 6 meses (sim ou não)	0.125	0.723	0.167	0.682	0.799	0.371
Tem alguma doença crônica (sim ou não)	0.022	0.882	0.167	0.682	0.309	0.578
Tem histórico de internação (sim ou não)	1.641	0.200	0.638	0.424	1.012	0.314
Faz uso de medicação diário (sim ou não)	1.324	0.250	1.649	0.199	0.172	0.679
Faz uso de suplemento (sim ou não)	0.459	0.498	0.008	0.929	0.462	0.497
Histórico de baixo peso (sim ou não)	1.747	0.186	0.682	0.409	1.080	0.299
Tem alguma restrição alimentar (sim ou não)	0.494	0.482	0.167	0.682	0.344	0.558
Quem prepara a refeição? (mãe, mãe e outros ou outros (avós, tios, irmãos, pai, vizinhos))	1.909	0.385	6.382	0.041*	0.371	0.831
Onde são realizadas as refeições? (mesa, mesa e outros ou outros (sofá, cama ou chão))	0.263	0.877	4.488	0.106	5.238	0.073
Tempo de tela (Acima ou dentro do recomendado pela SBP)	2.508	0.113	0.855	0.355	1.829	0.176
Prática de atividade física (sim ou não)	1.343	0.246	0.041	0.840	2.199	0.138
Classificação do IMC (eutrófico, sobrepeso ou obesidade)	31.090	<0.001*	22.480	<0.001*	11.701	0.003*
Classificação da circunferência abdominal (p < 90 ou p > 90)	2.414	0.120	0.663	0.416	1.860	0.173
Percepção corporal criança (adequada ou inadequada)	8.026	0.005*	3.986	0.046*	4.190	0.038*
Satisfação corporal criança (adequada ou inadequada)	0.844	0.358	0.766	0.381	0.230	0.632
Idealização corporal criança (não idealiza um corpo diferente e idealiza um corpo diferente)	5.359	0.021*	6.467	0.011*	0.608	0.436

Fonte: elaborado pela autora.

Houve associação entre os responsáveis apresentarem algum tipo de restrição alimentar com o modo que os responsáveis percebiam suas crianças ($\chi^2=4.755$; $p=0.025$), ou seja, responsáveis com mais restrição alimentar, percebiam de forma mais inadequada suas crianças. A classificação do IMC das crianças, se associou com a percepção dos responsáveis sobre as crianças ($\chi^2=31.090$; $p<0.001$), revelando que crianças obesas eram percebidas de forma mais adequada. Houve associação entre a percepção e idealização corporal das crianças com a percepção dos responsáveis sobre elas ($\chi^2=8.026$; $p=0.005$ e $\chi^2=5.359$; $p=0.021$, respectivamente). Entre as meninas as percepções dos responsáveis sobre elas, se associou com quem prepara as refeições ($\chi^2=6.382$; $p=0.041$), as meninas que tinham suas mães como principal responsável pelas refeições, eram percebidas de forma mais adequada por elas. A idealização corporal das meninas, se associou com a percepção corporal que os responsáveis tinham sobre elas ($\chi^2=6.467$; $p=0.011$). O mesmo ocorreu em meninas e meninos em relação a sua classificação do IMC ($\chi^2=22.480$; $p<0.001$; $\chi^2=11.701$; $p=0.003$) e percepção corporal que eles tinham de si mesmo ($\chi^2=3.986$; $p=0.046$; $\chi^2=4.190$; $p=0.038$).

SATISFAÇÃO CORPORAL

Os resultados revelaram que 39% das crianças estavam insatisfeitas com seus corpos, sendo 44% meninas e 35% meninos. Dentre as crianças insatisfeitas 30% gostariam de ter um corpo menor do que o real, entre as meninas 35% gostariam de um corpo menor e entre os meninos 25% (figura 26).

A tabela 20, descreve a frequência absoluta da satisfação corporal das crianças em geral e divididas por sexo, segundo a classificação nutricional.

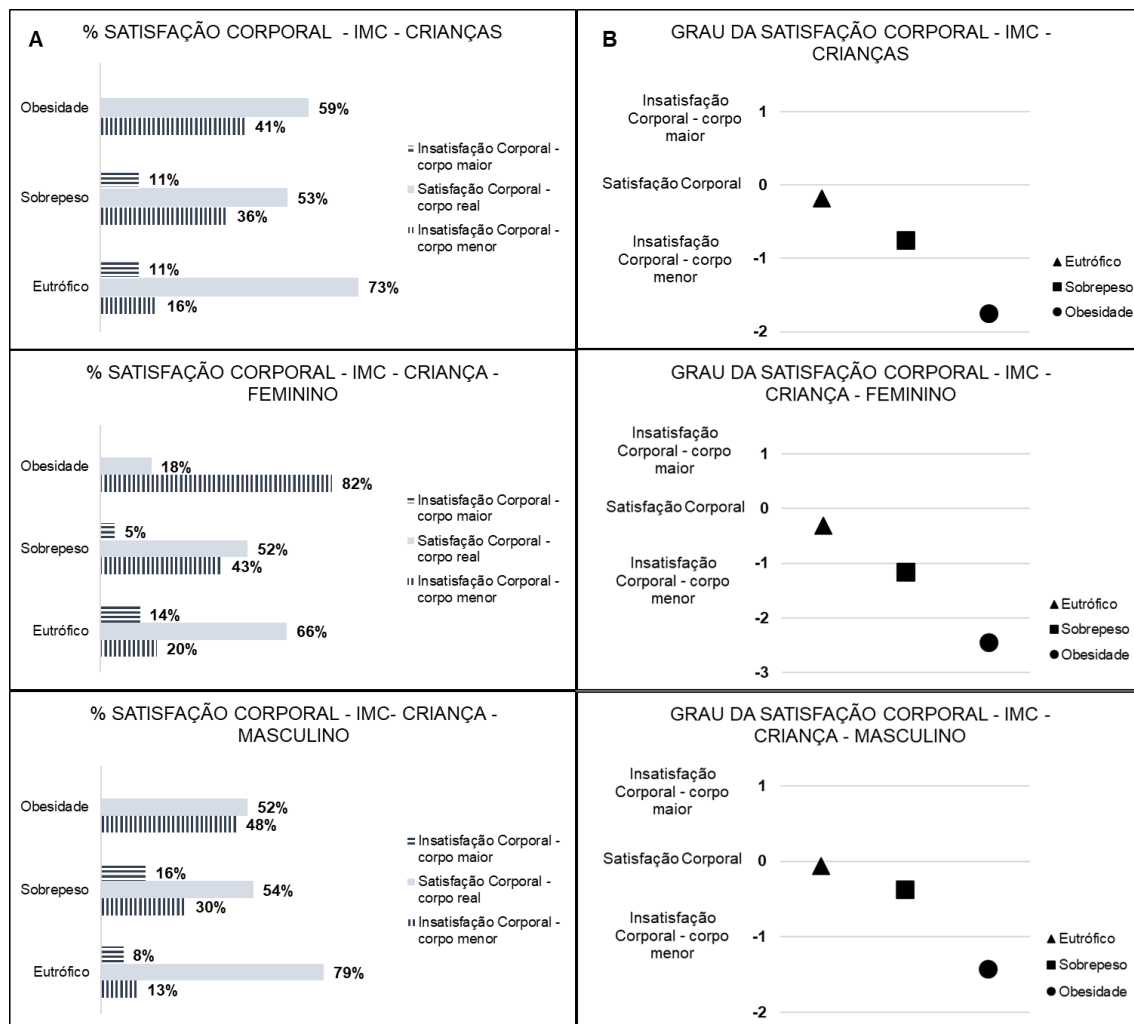


Figura 26 - A- Porcentagem da satisfação corporal das crianças geral e divididas por sexo, segundo IMC. B- Média do grau de satisfação corporal das crianças geral e divididas por sexo, segundo IMC. **Fonte:** elaborado pela autora.

Tabela 20: Frequência absoluta da satisfação corporal das crianças em geral e divididas por sexo, segundo a classificação nutricional.

	CLASSIFICAÇÃO IMC	Insatisfação corporal Gostaria de ser menor do que é	Satisfação corporal	Insatisfação corporal Gostaria de ser maior do que é
GERAL	Eutrófico	19	85	13
	Sobrepeso	32	47	9
	Obesidade	20	14	
FEMININO	Eutrófico	11	37	8
	Sobrepeso	18	22	2
	Obesidade	9	2	
MASCULINO	Eutrófico	8	48	5
	Sobrepeso	14	25	7
	Obesidade	11	12	

Fonte: elaborado pela autora.

As análises revelaram que a satisfação corporal dos meninos e das meninas diferiu segundo a classificação nutricional, mostrando que quanto maior o peso da criança, maior a insatisfação com o próprio corpo ($p < 0.001$), conforme descrito na figura 27.





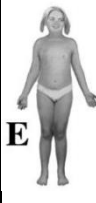









MENINAS: Escala Infantil de Imagem Corporal de Truby e Paxton								
								
Categoria	Baixo Peso	Eutrófico (EU)		Sobrepeso (SOB)	Obesidade (OB)		Kruskall-Wallis p	
Satisfação corporal (Corpo ideal – Corpo percebido)								
Valor numérico da satisfação corporal Média e DP Mediana (min-max)		-0.32 ± 1.65 0.00 (-6.00, 4.00)		-1.17 ± 1.85 0.00 (-6.00, 2.00)	-2.46 ± 1.97 -2.00 (-6.00, 0.00)		EU x SB 0.006 EU x OB <0.001 SB x OB 0.016	
MENINOS: Escala Infantil de Imagem Corporal de Truby e Paxton								
								
Categoria	Baixo Peso	Eutrófico (EU)		Sobrepeso (SOB)	Obesidade (OB)		Kruskall-Wallis p	
Satisfação corporal (Corpo ideal – Corpo percebido)								
Valor numérico da satisfação corporal Média e DP Mediana (min-max)		-0.07 ± 1.05 0.00 (-4.00, 4.00)		-0.37 ± 1.91 0.00 (-5.00, 6.00)	-1.44 ± 1.83 0.00 (-5.00, 0.00)		EU x SB 0.120 EU x OB <0.001 SB x OB 0.009	

Figura 27 - Média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo dos valores e análise de Kruskal-Wallis dos valores quantitativos da satisfação corporal dos responsáveis sobre as meninas e os meninos de acordo com a classificação nutricional. Fonte: elaborado pela autora.

As análises de correlação binária estão descritas na tabela 21. Entre as meninas o grau de satisfação se correlacionou negativamente com a idade. Mostrando que as meninas mais velhas eram mais insatisfeitas com seus corpos ($\rho = -0.259$; $p = 0.006$). Os dados antropométricos peso ($\rho = -0.457$; $p < 0.001$), estatura ($\rho = -0.385$; $p < 0.001$), circunferência abdominal ($\rho = -0.405$; $p < 0.001$) e o IMC ($\rho = -0.410$; $p < 0.001$) se correlacionaram negativamente com o grau de satisfação corporal das meninas, ou seja, medidas corporais maiores ou mais elevadas estavam associadas a uma menor satisfação com o corpo entre as meninas. A percepção corporal das meninas sobre si mesma ($\rho = -0.444$; $p < 0.001$) e dos responsáveis em relação as meninas ($\rho = -0.199$; $p = 0.038$), se correlacionou negativamente com a satisfação corporal, mostrando que quanto mais adequada era a percepção dos responsáveis sobre as meninas, mais

insatisfeitas essas meninas estavam em relação a si mesmas. Por outro lado, o grau de idealização corporal se correlacionou positivamente com o grau de insatisfação corporal ($\rho=0.521$; $p<0.001$), ou seja, quanto maior era o grau de idealização corporal maior era o grau de insatisfação.

Entre os meninos, houve correlação negativa entre o peso dos responsáveis com o grau de satisfação ($\rho=-0.240$; $p=0.006$), revelando que quanto maior o peso dos responsáveis menor era a satisfação dos meninos em relação a si mesmo. O mesmo ocorreu com a medida da circunferência abdominal e o IMC dos responsáveis ($\rho=-0.178$; $p=0.043$; $\rho=-0.258$; $p=0.003$, respectivamente). Do mesmo modo que ocorreu nas meninas houve correlação negativa entre os dados antropométricos dos meninos com o grau de satisfação corporal.

Tabela 21: Correlação binária das variáveis sociodemográficas, histórico de saúde e antropométricas dos responsáveis e das crianças com a satisfação corporal das meninas e dos meninos.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, HISTÓRICO DE SAÚDE E ANTROPOMÉTRICAS		CRIANÇAS	
		SATISFAÇÃO CORPORAL	
		FEMININO	MASCULINO
Idade dos responsáveis (anos)	rho	-0.160	0.104
	p	0.096	0.239
Peso dos responsáveis (kg)	rho	0.117	-0.240
	p	0.226	0.006*
Altura dos responsáveis (m)	rho	0.089	-0.051
	p	0.357	0.566
Circunferência abdominal dos responsáveis (cm)	rho	0.017	-0.178
	p	0.858	0.043*
IMC dos responsáveis (kg/m ²)	rho	0.083	-0.258
	p	0.389	0.003*
Grau de percepção corporal Responsáveis	rho	0.038	0.158
	p	0.696	0.073
Grau de insatisfação corporal Responsáveis	rho	0.003	0.082
	p	0.972	0.352
Grau de idealização corporal Responsáveis	rho	-0.032	0.144
	p	0.745	0.103
Idade da criança (anos)	rho	-0.259	-0.033
	p	0.006*	0.710
Tempo de tela da criança (horas)	rho	-0.098	-0.011
	p	0.313	0.903
Peso da criança (kg)	rho	-0.457	-0.304
	p	<0.001*	<0.001*
Altura da criança (m)	rho	-0.385	-0.091
	p	<0.001*	0.302
Circunferência abdominal da criança (cm)	rho	-0.405	-0.296
	p	<0.001*	<0.001*
IMC da criança (kg/m ²)	rho	-0.410	-0.300
	p	<0.001*	<0.001*
Grau de percepção corporal Criança	rho	-0.444	-0.330
	p	<0.001*	<0.001*
Grau de insatisfação corporal Criança	rho		
	p		
Grau de idealização corporal Criança	rho	0.521	0.528
	p	<0.001*	<0.001*
Grau de percepção corporal dos responsáveis sobre as crianças	rho	-0.199	-0.117
	p	0.038*	0.184

Fonte:

elaborado pela autora.

As análises do teste do qui-quadrado mostraram associação significativa entre a satisfação corporal das crianças com o tipo de moradia, revelando que há maior insatisfação corporal nas crianças que vivem em casa própria ($\chi^2=8.255$; $p=0.004$). As crianças cujos responsáveis realizaram dieta e tinham algum tipo de restrição alimentar, também eram mais insatisfeitas com seus corpos ($\chi^2=4.234$; $p=0.040$ e $\chi^2=4.151$; $p=0.042$, respectivamente). Houve associação entre a satisfação corporal das crianças com a percepção corporal dos responsáveis em relação a si mesmos ($\chi^2=7.107$; $p=0.008$), ou seja, as crianças dos responsáveis com melhor percepção de si mesmo eram mais satisfeitas. As crianças nascidas de parto normal, eram mais satisfeitas com seus corpos ($\chi^2=5.197$; $p=0.023$). Houve associação entre a satisfação corporal e a classificação nutricional das crianças em geral ($\chi^2=14.433$; $p<0.001$), das meninas ($\chi^2=8.912$; $p=0.012$) e dos meninos ($\chi^2=9.019$; $p=0.011$), ou seja, as crianças com eutrofia eram mais satisfeitas com seus corpos. Entre as meninas, fazer uso de medicação diária se associou com a satisfação corporal ($\chi^2=4.087$; $p=0.043$), as meninas que não usavam medicação diariamente eram mais satisfeitas com seus corpos. A idealização corporal se associou com as crianças em geral ($\chi^2=11.341$; $p<0.001$) e dos meninos ($\chi^2=9.887$; $p=0.002$), ou seja, as crianças mais satisfeitas com seus corpos idealizam menos corpos diferentes. As outras variáveis não apresentaram associações com a satisfação corporal das crianças, conforme descrito na tabela 22.

Tabela 22: Valores de χ^2 e o valor de p pelo teste do qui-quadrado das variáveis categóricas dos responsáveis e das crianças em relação a satisfação corporal das crianças (satisfeito ou insatisfeito).

Variáveis dos responsáveis X Satisfação corporal das crianças	GERAL		FEMININO		MASCULINO	
	Valor de χ^2	Valor de p	Valor de χ^2	Valor de p	Valor de χ^2	Valor de p
Estado civil (casado ou outros)	1.146	0.284	0.483	0.487	1.434	0.231
Ambos os pais vivem na mesma residência (sim ou não)	0.272	0.602	0.009	0.924	0.473	0.491
Escolaridade dos responsáveis (ensino fundamental ou médio)	0.774	0.379	0.670	0.413	0.364	0.546
Ocupação (empregado ou desempregado)	0.487	0.485	1.390	0.238	0.216	0.642
Tipo de moradia (casa própria ou outros (alugada ou cedida))	8.255	0.004*	5.541	0.019*	2.835	0.092
Doença crônica (sim ou não)	0.917	0.338	2.609	0.106	0.027	0.870
Realizou algum tipo de dieta (sim ou não)	4.234	0.040*	1.000	0.317	3.194	0.074
Tem algum tipo de restrição alimentar (sim ou não)	4.151	0.042*	1.138	0.286	3.286	0.070
Variação de peso ao longo da vida (sim ou não)	0.052	0.820	0.654	0.419	1.001	0.317
Prática de atividade física (sim ou não)	0.052	0.820	0.009	0.924	0.025	0.875
Classificação do IMC (eutrófico, sobrepeso ou obesidade)	1.156	0.561	3.535	0.171	3.632	0.163
Circunferência abdominal (risco para a saúde ou sem risco para a saúde)	0.829	0.363	0.110	0.740	3.379	0.066
Percepção corporal (adequada ou inadequada)	7.107	0.008*	2.586	0.108	5.098	0.024*
Satisfação corporal (satisfeito ou insatisfeito)	0.726	0.394	0.534	0.465	0.404	0.525
Idealização corporal	1.150	0.284	0.002	0.969	3.663	0.056

(não idealiza um corpo diferente e idealiza um corpo diferente)						
Variáveis das crianças X Satisfação corporal das crianças	Valor de χ^2	Valor de p	Valor de χ^2	Valor de p	Valor de χ^2	Valor de p
Sexo (masculino ou feminino)	2.214	0.137				
Idade (5,6 ou 7 anos)	5.334	0.069	3.758	0.153	3.031	0.220
Irmãos (sim ou não)	1.149	0.284	0.648	0.421	0.647	0.421
Realizou pré-natal (sim ou não)	1.450	0.228	0.150	0.699	2.753	0.097
Tipo de parto (cesárea ou normal)	5.197	0.023*	5.766	0.016*	1.089	0.297
Intercorrências na gravidez ou parto (sim ou não)	0.899	0.343	1.314e-4	0.991	1.584	0.208
Nasceu a termo (termo ou não termo)	1.446	0.229	3.023	0.082	0.004	0.951
Aleitamento materno exclusivo até os 6 meses (sim ou não)	0.031	0.860	1.135	0.287	2.029	0.154
Tem alguma doença crônica (sim ou não)	1.625	0.202	1.135	0.287	0.850	0.357
Tem histórico de internação (sim ou não)	1.443	0.230	1.667	0.197	0.191	0.662
Faz uso de medicação diário (sim ou não)	1.640	0.200	4.087	0.043*	0.004	0.950
Faz uso de suplemento (sim ou não)	0.405	0.525	0.641	0.423	0.290	0.590
Histórico de baixo peso (sim ou não)	0.227	0.634	0.031	0.861	0.253	0.615
Tem alguma restrição alimentar (sim ou não)	1.107	0.293	2.594	0.107	0.015	0.902
Quem prepara a refeição? (mãe, mãe e outros ou outros (avós, tios, irmãos, pai, vizinhos))	0.678	0.712	4.536	0.104	1.443	0.486
Onde são realizadas as refeições? (mesa, mesa e outros ou outros (sofá, cama ou chão))	0.558	0.757	2.873	0.238	0.512	0.774
Tempo de tela (Acima ou dentro do recomendado pela SBP)	2.049	0.152	0.207	0.649	2.155	0.142
Prática de atividade física (sim ou não)	4.425e-6	0.998	0.542	0.462	0.094	0.759
Classificação do IMC (eutrófico, sobrepeso ou obesidade)	14.433	<0.001*	8.912	0.012*	9.019	0.011*
Classificação da circunferência abdominal (p < 90 ou p > 90)	0.577	0.477	1.055	0.304	0.005	0.943
Percepção corporal da criança (Adequada ou inadequada)	0.018	0.893	0.785	0.375	1.336	0.248
Satisfação corporal (satisfeito ou insatisfeito)						
Idealização corporal (não idealiza um corpo diferente e idealiza um corpo diferente)	11.341	<0.001*	2.711	0.100	9.887	0.002*
Percepção corporal do responsável sobre a criança (Adequada ou inadequada)	3.390	0.640	0.766	0.381	0.230	0.632

Fonte: elaborado pela autora.

Às análises de regressão logística das variáveis com a satisfação corporal das meninas e dos meninos, estão descritas na Tabela 23. Entre as meninas, ter obesidade aumentou 3.515 vezes a chance das meninas estarem insatisfeitas com seus corpos (p=0.002). Entretanto, as meninas com responsáveis acima do peso apresentaram menor chance (Odds ratio=0.388, p=0.031) de estarem insatisfeitas com seus corpos. Os meninos com sobrepeso apresentaram 3.102 mais chances de serem insatisfeitos com seus corpos (p=0.009) e o mesmo ocorreu com os obesos, que apresentaram 3.385 vezes mais chance de estarem insatisfeitos (p=0.019).

Tabela 23: Análise de regressão logística (modo Enter) das variáveis independentes capazes de modificar o desfecho da satisfação corporal das meninas e dos meninos.

MENINAS			
SATISFAÇÃO CORPORAL (corpo ideal – corpo percebido)			
Modelo inicial: $\chi^2=18.11$ p=0.003 R ² =0.179			
Variável independente	Odds Ratio	Valor de p	VIF
Idade da criança	1.033	0.108	1.021
Classificação do IMC da criança - obesidade	10.588	0.006	1.088
Classificação do IMC do responsável - obesidade	0.335	0.039	1.097
Modelo final: $\chi^2=13.91$ p<0.001 R ² =0.140			
Variável independente	Odds Ratio	Valor de p	VIF

Classificação do IMC da criança - obesidade	3.515	0.002	1.031
Classificação do IMC do responsável - obesidade	0.388	0.031	1.031
MENINOS			
SATISFAÇÃO CORPORAL (corpo ideal – corpo percebido)			
Modelo inicial: $\chi^2=17.56$ $p=0.007$ $R^2=0.174$			
Variável independente	Odds Ratio	Valor de p	VIF
Idade da criança	1.021	0.239	1.059
Classificação do IMC das crianças – sobrepeso	3.403	0.007	1.137
obesidade	3.669	0.020	
Classificação do IMC dos responsáveis – sobrepeso	1.640	0.475	1.106
obesidade	2.571	0.151	
Classificação do tempo de tela segundo a SBP	0.336	0.038	1.088
Modelo final: $\chi^2=9.243$ $p=0.010$ $R^2=0.095$			
Variável independente	Odds Ratio	Valor de p	VIF
Classificação do IMC das crianças – sobrepeso	3.102	0.009	Não se aplica
obesidade	3.385	0.019	

Fonte: elaborado pela autora.

IDEALIZAÇÃO CORPORAL

As análises revelaram que 74% das crianças idealizavam um corpo diferente do real, sendo que a maioria idealizava corpos menores do que o real conforme representado na figura 28.

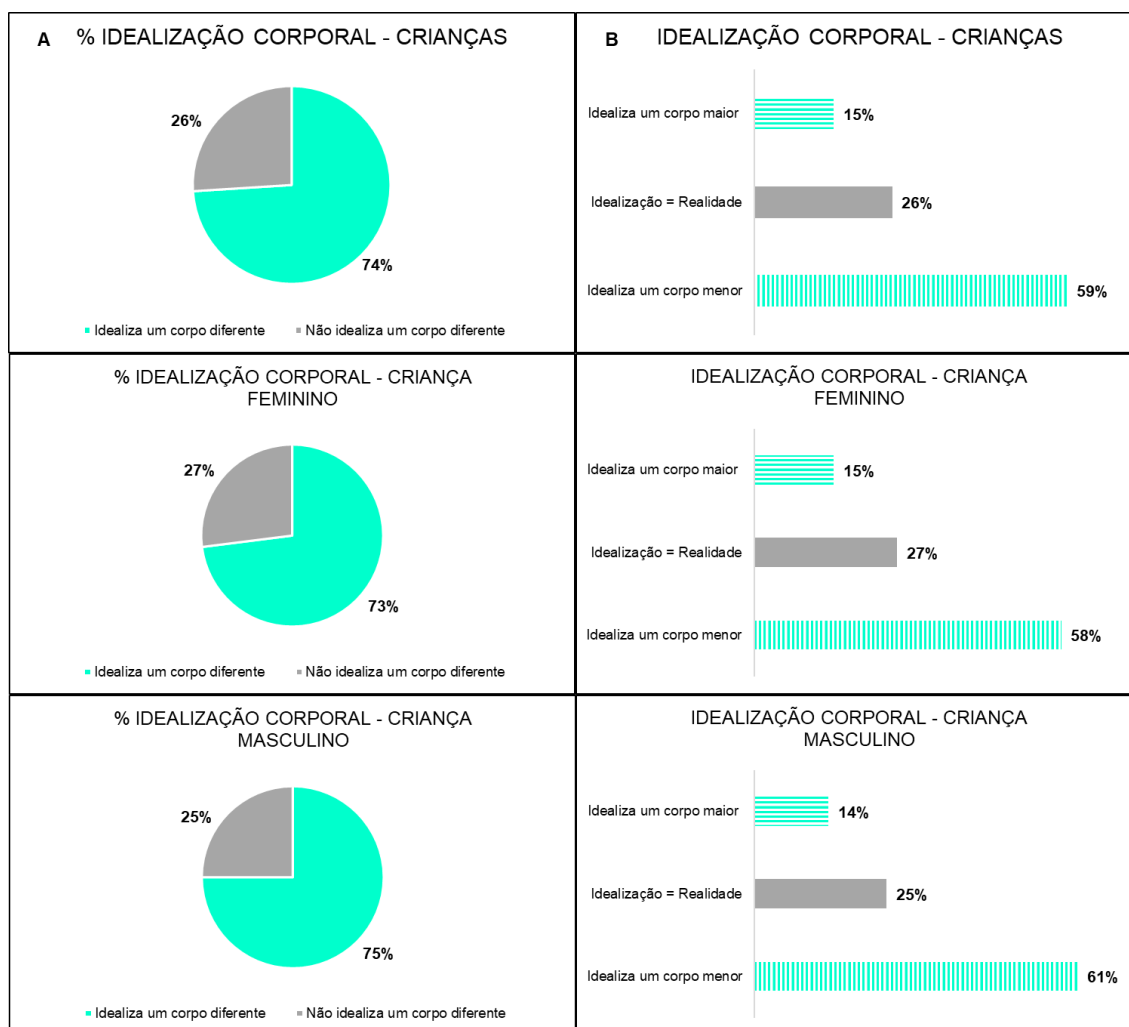


Figura 28 - Média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo dos valores e análise de Kruskal-Wallis dos valores quantitativos da satisfação corporal dos responsáveis sobre as meninas e os meninos de acordo com a classificação nutricional. **Fonte:** elaborado pela autora.

Na tabela 24 está representada a frequência absoluta da idealização corporal das crianças divididas pela classificação nutricional.

Tabela 24: Frequência absoluta e porcentagem da satisfação corporal das crianças.

	CLASSIFICAÇÃO IMC	Idealiza um corpo menor do que o real N	Idealização = Realidade N	Idealiza um corpo maior do que o real N
GERAL	Eutrófico	49	44	24
	Sobrepeso	66	11	11
	Obesidade	27	7	
FEMININO	Eutrófico	24	20	12
	Sobrepeso	31	6	5
	Obesidade	8	3	
MASCULINO	Eutrófico	25	24	12
	Sobrepeso	35	5	6
	Obesidade	19	4	

Fonte: elaborado pela autora.

A idealização corporal foi maior entre as crianças com sobrepeso e obesas. O grau de idealização revelou que houve uma tendência das crianças idealizarem um corpo menor, independente da classificação nutricional. A idealização corporal foi maior entre as meninas com sobrepeso e obesas (figura 29).

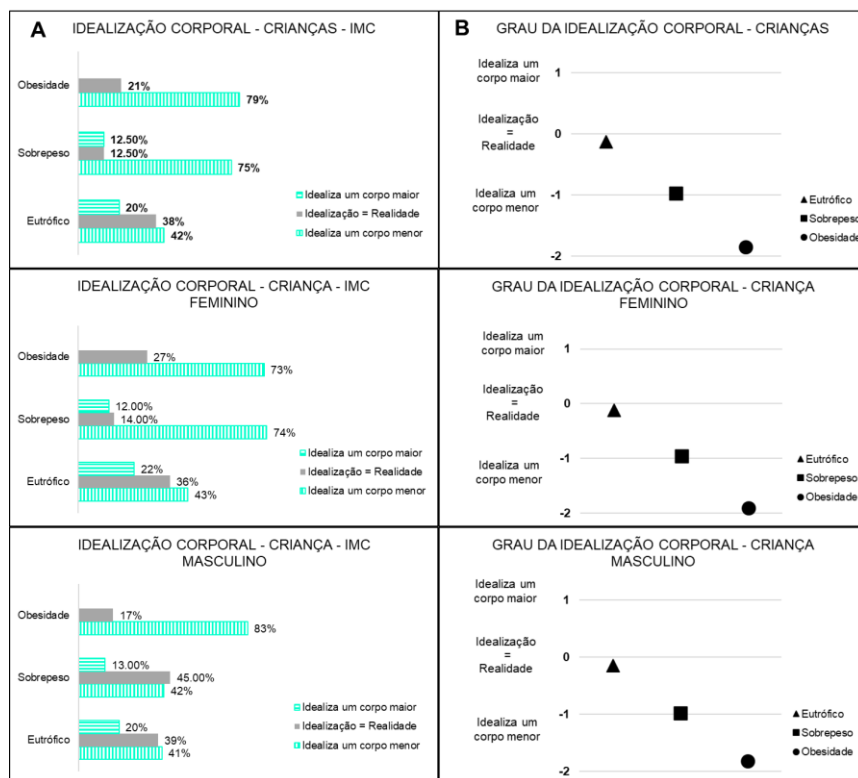


Figura 29 - A- Porcentagem da idealização corporal das crianças geral e divididas pelo sexo segundo o IMC. B- Média do grau de idealização corporal das crianças geral e divididas pelo sexo segundo o IMC. **Fonte:** elaborado pela autora.

As análises de Kruskal-Wallis revelaram que idealização corporal diferiram segundo a classificação nutricional das meninas e dos meninos, demonstrando que quanto maior o excesso de peso da criança, maior a discrepância entre o corpo idealizado e o real ($p < 0.001$), conforme descrito na figura 30.

MENINAS: Escala Infantil de Imagem Corporal de Truby e Paxton								
	A	B	C	D	E	F	G	
Categoria	Baixo Peso	Eutrófico (EU)		Sobrepeso (SOB)	Obesidade (OB)			Kruskal-Wallis p
Idealização corporal (Corpo ideal – Corpo real)								
Valor numérico da idealização corporal Média e DP Mediana (min-max)		-0.13 ± 0.95 0.00 (-1.00, 2.00)		-0.95 ± 0.99 -1.00 (-2.00, 1.00)	-1.91 ± 1.38 -3.00 (-3.00, 0.00)			EU x SB <0.001 EU x OB <0.001 SB x OB 0.055
MENINOS: Escala Infantil de Imagem Corporal de Truby e Paxton								
	A	B	C	D	E	F	G	
Categoria	Baixo Peso	Eutrófico (EU)		Sobrepeso (SOB)	Obesidade (OB)			Kruskal-Wallis

	Idealização corporal (Corpo ideal – Corpo real)			p
Valor numérico da idealização corporal Média e DP Mediana (min-max)	-0.15 ± 0.80 0.00 (-1.00, 2.00)	-0.98 ± 1.00 -1.00 (-2.00, 1.00)	-1.83 ± 1.07 -2.00 (-3.00, 0.00)	EU x SB <0.001 EU x OB <0.001 SB x OB 0.006

Figura 30 - Média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo dos valores e análise de Kruskal-Wallis dos valores quantitativos da idealização corporal dos responsáveis sobre as meninas e os meninos de acordo com a classificação nutricional. **Fonte:** elaborado pela autora.

As análises de correlação binária da idealização corporal das crianças com variáveis sociodemográficas, histórico de saúde e antropométricas estão descritas na tabela 25. Entre as meninas e os meninos houve uma correlação negativa entre a idealização corporal e o IMC, ou seja, quanto maior o IMC mais as crianças idealizavam um corpo menor ($\rho=-0.366$; $p<0.001$; $\rho=-0.497$; $p<0.001$). O mesmo ocorreu com a circunferência abdominal ($\rho=-0.237$; $p<0.001$; $\rho=-0.375$; $p<0.001$). Por outro lado, o grau de idealização corporal se correlacionou positivamente com o grau da percepção corporal, revelando que à medida que a criança percebe melhor o seu corpo ela idealiza mais um corpo diferente do seu ($\rho=0.466$; $p<0.001$; $\rho=0.529$; $p<0.001$). A idealização corporal das meninas e dos meninos também se correlacionou positivamente com a satisfação corporal, revelando que quanto mais a criança era insatisfeita com um corpo maior, maior era o grau de idealização ($\rho=0.521$; $p<0.001$; $\rho=0.528$; $p<0.001$, respectivamente).

Entre os meninos a idade dos responsáveis se correlacionou positivamente com a idealização corporal ($\rho=0.183$; $p=0.037$), revelando que quanto maior a idade dos responsáveis mais as crianças idealizavam corpos maiores. Por outro lado, o peso e o IMC dos responsáveis se correlacionou negativamente com a idealização corporal ($\rho=-0.184$; $p=0.026$ e $\rho=-0.215$; $p=0.014$) mostrando que quanto menor o peso e o IMC dos responsáveis mais os meninos idealizavam um corpo maior.

Tabela 25: Correlação binária das variáveis sociodemográficas, histórico de saúde e antropométricas dos responsáveis e das crianças com a idealização corporal das meninas e dos meninos.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, HISTÓRICO DE SAÚDE E ANTROPOMÉTRICAS		CRIANÇAS	
		IDEALIZAÇÃO CORPORAL	
		FEMININO	MASCULINO
Idade dos responsáveis (anos)	rho	-0.065	0.183
	p	0.504	0.037*
Peso dos responsáveis (kg)	rho	0.023	-0.184
	p	0.810	0.036*
Altura dos responsáveis (m)	rho	0.040	-0.029
	p	0.676	0.743
Circunferência abdominal dos responsáveis (cm)	rho	-0.005	-0.094
	p	0.959	0.285
IMC dos responsáveis (kg/m ²)	rho	0.019	-0.215
	p	0.845	0.014*
Grau de percepção corporal Responsáveis	rho	0.163	0.135
	p	0.090	0.125
Grau de insatisfação corporal Responsáveis	rho	-0.004	0.035
	p	0.964	0.695
Grau de idealização corporal Responsáveis	rho	0.092	0.141
	p	0.340	0.109
Idade da criança (anos)	rho	0.014	0.029
	p	0.887	0.742
Tempo de tela da criança (horas)	rho	-0.157	-0.158
	p	0.103	0.073
Peso da criança (kg)	rho	-0.346	-0.444
	p	<0.001*	<0.001*
Altura da criança (m)	rho	-0.118	-0.072
	p	0.220	0.413
Circunferência abdominal da criança (cm)	rho	-0.237	-0.375
	p	0.013*	<0.001*
IMC da criança (kg/m ²)	rho	-0.366	-0.497
	p	<0.001*	<0.001*
Grau de percepção corporal Criança	rho	0.466	0.529
	p	<0.001*	<0.001*
Grau de satisfação corporal Criança	rho	0.521	0.528
	p	<0.001*	<0.001*
Grau de idealização corporal Criança	rho		
	p		
Grau de percepção corporal dos responsáveis sobre as crianças	rho	0.070	0.114
	p	0.470	0.196

Fonte: elaborado pela autora.

A tabela 26 descreve as análises do teste do qui-quadrado da idealização corporal das crianças com as variáveis categóricas. As análises das variáveis dos responsáveis e das crianças com a idealização corporal mostrou que as crianças em faixas etárias maiores tendem a idealizar corpos mais diferentes do real ($\chi^2=7.109$; $p=0.029$). O tipo de parto se associou com a idealização corporal das crianças ($\chi^2=6.763$; $p=0.009$) e das meninas ($\chi^2=4.153$; $p=0.042$), revelando uma maior porcentagem de crianças nascidas de parto cesárea idealizando corpos diferentes do real. A criança ter um histórico de baixo ganho de peso também se associou significativamente com a idealização corporal ($\chi^2=4.067$; $p=0.044$). Crianças classificadas com um IMC maior também apresentaram maior idealização corporal ($\chi^2=17.070$; $p<0.011$). Por outro lado, crianças com a percepção mais adequada sobre si mesmas e mais insatisfeitas com seus corpos foram associadas com maior

porcentagem de idealização de um corpo diferente do real ($\chi^2=93.338$; $p<0.001$ e $\chi^2=11.341$; $p<0.001$, respectivamente). Além disso, quanto mais adequada era a percepção dos responsáveis sobre as crianças, maior era a porcentagem idealização corporal das crianças ($\chi^2=5.359$; $p=0.021$).

Entre as meninas, ambos os pais viverem na mesma casa foi associado com a idealização corporal ($\chi^2=4.502$; $p=0.034$). A percepção corporal das meninas e a dos responsáveis sobre elas ser mais adequada foi associada a uma maior porcentagem delas idealizarem um corpo diferente do real ($\chi^2=41.203$; $p<0.001$ e $\chi^2=6.467$; $p=0.011$, respectivamente). Entre os meninos, os responsáveis não praticarem atividade física associou-se com maior porcentagem de idealização corporal ($\chi^2=4.243$; $p=0.039$). Houve associação entre IMC e idealização corporal ($\chi^2=12.169$; $p=0.002$). Por outro lado, a percepção dos meninos ser mais inadequada esteve associada com maior porcentagem deles idealizarem um corpo diferente do real ($\chi^2=53.332$; $p<0.001$). Também foi encontrada associação com a satisfação corporal ($\chi^2=9.887$; $p=0.002$).

Tabela 26: Valores de χ^2 e o valor de p pelo teste do qui-quadrado das variáveis categóricas dos responsáveis e das crianças em relação a idealização corporal das crianças.

Variáveis dos responsáveis X Idealização corporal das crianças	GERAL		FEMININO		MASCULINO	
	Valor de χ^2	Valor de p	Valor de χ^2	Valor de p	Valor de χ^2	Valor de p
Estado civil (casado ou outros)	2.054	0.152	2.831	0.092	0.023	0.880
Ambos os pais vivem na mesma residência (sim ou não)	1.253	0.263	4.502	0.034*	0.260	0.610
Escolaridade dos responsáveis (ensino fundamental ou médio)	0.152	0.697	0.239	0.625	0.002	0.965
Ocupação (empregado ou desempregado)	0.077	0.782	1.601	0.206	0.943	0.332
Tipo de moradia (casa própria ou outros (alugada ou cedida))	1.639	0.200	1.601	0.206	0.360	0.549
Doença crônica (sim ou não)	0.009	0.924	0.002	0.967	0.032	0.858
Realizou algum tipo de dieta (sim ou não)	0.002	0.961	0.788	0.357	0.820	0.365
Tem alguma restrição alimentar (sim ou não)	0.022	0.881	0.065	0.799	0.001	0.974
Variação de peso ao longo da vida (sim ou não)	2.351	0.125	1.400	0.237	1.015	0.314
Prática de atividade física (sim ou não)	2.918	0.088	0.032	0.858	4.243	0.039*
Classificação do IMC (eutrófico, sobrepeso ou obesidade)	2.634	0.269	0.640	0.726	3.165	0.205
Classificação da circunferência abdominal (risco para a saúde ou sem risco para a saúde)	0.214	0.643	0.029	0.865	0.263	0.608
Percepção corporal (adequada ou inadequada)	0.100	0.751	0.288	0.591	0.007	0.934
Satisfação corporal (satisfeito ou insatisfeito)	1.577	0.209	1.871	0.171	0.134	0.714
Idealização corporal (não idealiza um corpo diferente e idealiza um corpo diferente)	0.918	0.338	1.400	0.237	0.007	0.932
Variáveis das crianças X Idealização corporal das crianças	Valor de χ^2	Valor de p	Valor de χ^2	Valor de p	Valor de χ^2	Valor de p
Sexo (masculino ou feminino)	0.046	0.830				
Idade (5,6 ou 7 anos)	7.109	0.029*	3.978	0.137	3.450	0.178
Irmãos (sim ou não)	1.065	0.302	0.098	0.755	1.181	0.277
Realizou pré-natal (sim ou não)	1.122	0.290	2.240	0.120	0.080	0.778
Tipo de parto (cesárea ou normal)	6.763	0.009*	4.153	0.042*	2.621	0.105
Intercorrências na gravidez ou parto (sim ou não)	1.405	0.236	0.836	0.361	0.608	0.436
Nasceu a termo (termo ou não termo)	0.206	0.650	0.168	0.682	0.884	0.347
Aleitamento materno exclusivo até os 6 meses (sim ou não)	0.542	0.462	0.593	0.441	3.249	0.071
Tem alguma doença crônica (sim ou não)	0.666	0.414	0.207	0.649	0.498	0.481
Tem histórico de internação (sim ou não)	0.025	0.874	0.038	0.846	0.001	0.971
Faz uso de medicação diário (sim ou não)	0.015	0.904	0.003	0.958	0.036	0.850
Faz uso de suplemento (sim ou não)	0.004	0.947	2.53	0.111	0.530	0.466
Histórico de baixo peso (sim ou não)	4.067	0.044*	1.566	0.211	2.529	0.112
Tem alguma restrição alimentar (sim ou não)	0.248	0.618	1.140	0.286	0.110	0.740
Quem prepara a refeição? (mãe, mãe e outros ou outros (avós, tios, irmãos, pai, vizinhos))	0.515	0.773	1.467	0.480	2.217	0.330
Onde são realizadas as refeições? (mesa, mesa e outros ou outros (sofá, cama ou chão))	0.540	0.763	3.717	0.156	0.868	0.648
Tempo de tela (Acima ou dentro do recomendado pela SBP)	0.041	0.840	1.466	0.226	0.943	0.332
Prática de atividade física (sim ou não)	0.554	0.457	0.481	0.488	0.221	0.638
Classificação do IMC (eutrófico, sobrepeso ou obesidade)	17.070	<0.001*	5.646	0.059	12.169	0.002*
Classificação da circunferência abdominal (p < 90 ou p > 90)	7.388e-4	0.978	0.002	0.965	9.621e-6	0.998
Percepção corporal (Adequado ou inadequado)	93.338	<0.001*	41.203	<0.001*	53.332	<0.001*
Satisfação corporal (satisfeito ou insatisfeito)	11.341	<0.001*	2.711	0.100	9.887	0.002*
Idealização corporal (não idealiza um corpo diferente e idealiza um corpo diferente)						
Percepção dos responsáveis sobre as crianças (Adequado ou inadequado)	5.359	0.021*	6.467	0.011*	0.608	0.436

Fonte: elaborado pela autora.

Às análises de regressão logística das variáveis com a idealização corporal das meninas e dos meninos, estão descritas na Tabela 27. Nenhuma das variáveis presentes no modelo testado modificou a chance das meninas apresentarem alteração da idealização corporal. Diferente do grupo das meninas, os meninos com sobrepeso apresentaram 5.319 vezes mais chance de idealizarem corpos diferentes do seu real ($p=0.002$).

Tabela 27: Análise de regressão logística (modo Enter) das variáveis independentes capazes de modificar o desfecho da idealização corporal das meninas e dos meninos.

MENINAS			
IDEALIZAÇÃO CORPORAL (corpo ideal – corpo real)			
Modelo inicial= $\chi^2=5.949$ $p=0.051$ $R^2=0.077$			
Variável independente	Odds Ratio	Valor de p	VIF
Não se aplica			
Modelo final = nenhuma variável modificou o desfecho idealização corporal			
MENINOS			
IDEALIZAÇÃO CORPORAL (corpo ideal – corpo real)			
Modelo inicial= $\chi^2=15.744$ $p=0.001$ $R^2=0.168$			
Variável independente	Odds Ratio	Valor de p	VIF
Idade do responsável	0.968	0.078	1.003
Classificação do IMC das crianças – sobrepeso	5.286	0.002	1.003
obesidade	3.052	0.071	
Modelo final: $\chi^2=12.642$ $p=0.002$ $R^2=0.137$			
Variável independente	Odds Ratio	Valor de p	VIF
Classificação do IMC da criança - sobrepeso	5.319	0.002	Não se aplica

Fonte: elaborado pela autora.

QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA – CFQ – CHILD FEEDING QUESTIONNAIRE

A tabela 28 apresenta a distribuição dos valores de pontuação das sete subescalas do questionário CFQ das crianças divididas por sexo e classificação nutricional. Os valores de Percepção de Responsabilidade (PR) e Monitoramento (M) foram significativamente maiores que as demais subescalas em ambos os sexos ($p < 0.001$). Por outro lado, os valores de pontuação de Percepção do peso da criança (PPC) e Preocupação com o peso da criança (PrPC) foram os menores ($p < 0.001$), também em ambos os sexos.

Tabela 28: Pontuação das subescalas do CFQ dos grupos divididos de acordo com o sexo e classificação do IMC das crianças.

	Classificação nutricional da criança	Sexo da criança	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Subescala PR	Eutrófico	Masculino	61	4.22	4.67	0.97	2.00	5.00
		Feminino	56	4.18	4.33	0.97	1.00	5.00
	Excesso de peso	Masculino	69	4.25	4.67	0.94	2.00	5.00
		Feminino	53	4.18	4.66	1.00	1.67	5.00
Subescala PPP	Eutrófico	Masculino	61	3.14	3.25	0.54	1.50	4.25
		Feminino	56	3.12	3.25	0.52	1.25	4.25
	Excesso de peso	Masculino	69	3.30	3.25	0.49	2.00	4.50
		Feminino	53	3.21	3.25	0.59	1.00	5.00
Subescala PPC	Eutrófico	Masculino	61	2.82	3.00	0.53	1.00	4.33
		Feminino	56	3.04	3.00	0.36	2.00	4,00
	Excesso de peso	Masculino	69	3.07	3.00	0.39	1.67	4.33
		Feminino	53	3.16	3.00	0.44	2.00	4.00
Subescala PrPC	Eutrófico	Masculino	61	1.76	1.67	0.95	1.00	4,3
		Feminino	56	2.04	1.66	1.06	1.00	4.33
	Excesso de peso	Masculino	69	2.86	3.00	1.32	1.00	5.00
		Feminino	53	2.69	2.66	1.28	1.00	5.00
Subescala R	Eutrófico	Masculino	61	3.15	3.25	0.89	1.00	5.00
		Feminino	56	3.30	3.50	0.90	1.00	5.00
	Excesso de peso	Masculino	69	3.35	3.50	0.97	1.00	5.00
		Feminino	53	3.26	3.50	0.71	1.88	4.50
Subescala PC	Eutrófico	Masculino	61	3,21	3.75	1.38	1.00	5.00
		Feminino	56	3.52	3.75	1.39	1.00	5.00
	Excesso de peso	Masculino	69	3.34	4.00	1.34	1.00	5.00
		Feminino	53	2.99	3.00	1.35	1.00	5.00
Subescala M	Eutrófico	Masculino	61	3.57	3.67	1.21	1.00	5.00
		Feminino	56	3.84	4.00	1.35	1.00	5.00
	Excesso de peso	Masculino	69	3.87	4.00	1.09	1.00	5.00
		Feminino	53	3.50	4.00	1.10	1.00	5.00

Fonte: elaborado pela autora.

Em relação à comparação entre as pontuações da subescalas do CFQ nos indivíduos divididos por sexo, houve uma diferença significativa ($p=0.042$) na subescala de *peso percebido da criança* (PPC), revelando uma tendência dos pais superestimarem o peso das meninas, quando comparadas aos meninos, conforme descrito na figura 31.

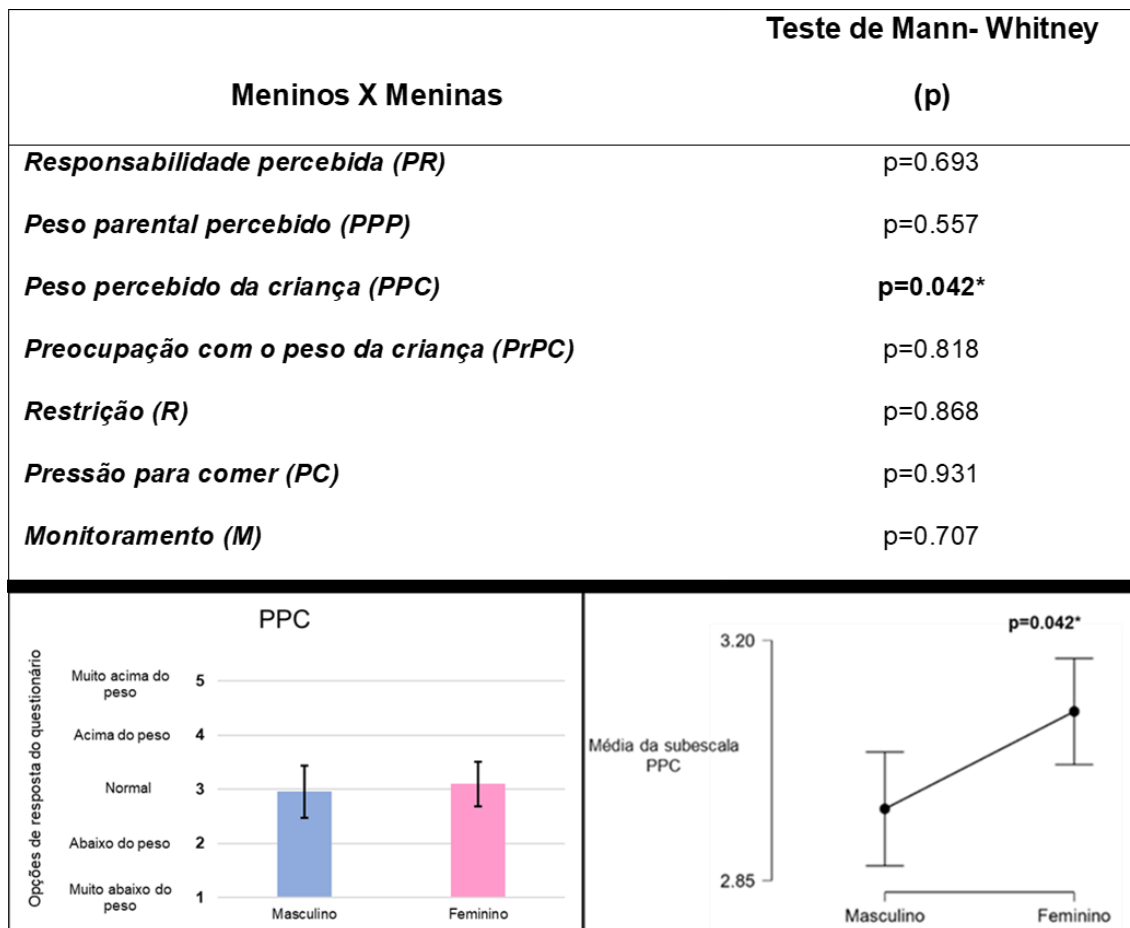


Figura 31 - Comparação não paramétrica das subescalas do CFQ entre meninos e meninas. **Fonte:** elaborado pela autora.

A análise da diferença entre as subescalas do CFQ e as crianças divididas segundo sua adequação nutricional, evidenciou uma diferença significativa entre os meninos eutróficos e com excesso de peso nas subescala do peso percebido da criança (PPC) ($p<0.001$), mostrando que há uma tendência dos pais subestimarem o peso dos meninos, considerando os identificados como eutróficos como abaixo do peso e os identificados com excesso de peso dentro da normalidade. Houve também diferença entre a classificação nutricional e a preocupação com o peso da criança (PrPC) ($p<0.001$), demonstrando maior preocupação com o peso dos meninos identificados com excesso de peso, conforme descrito na figura 32.

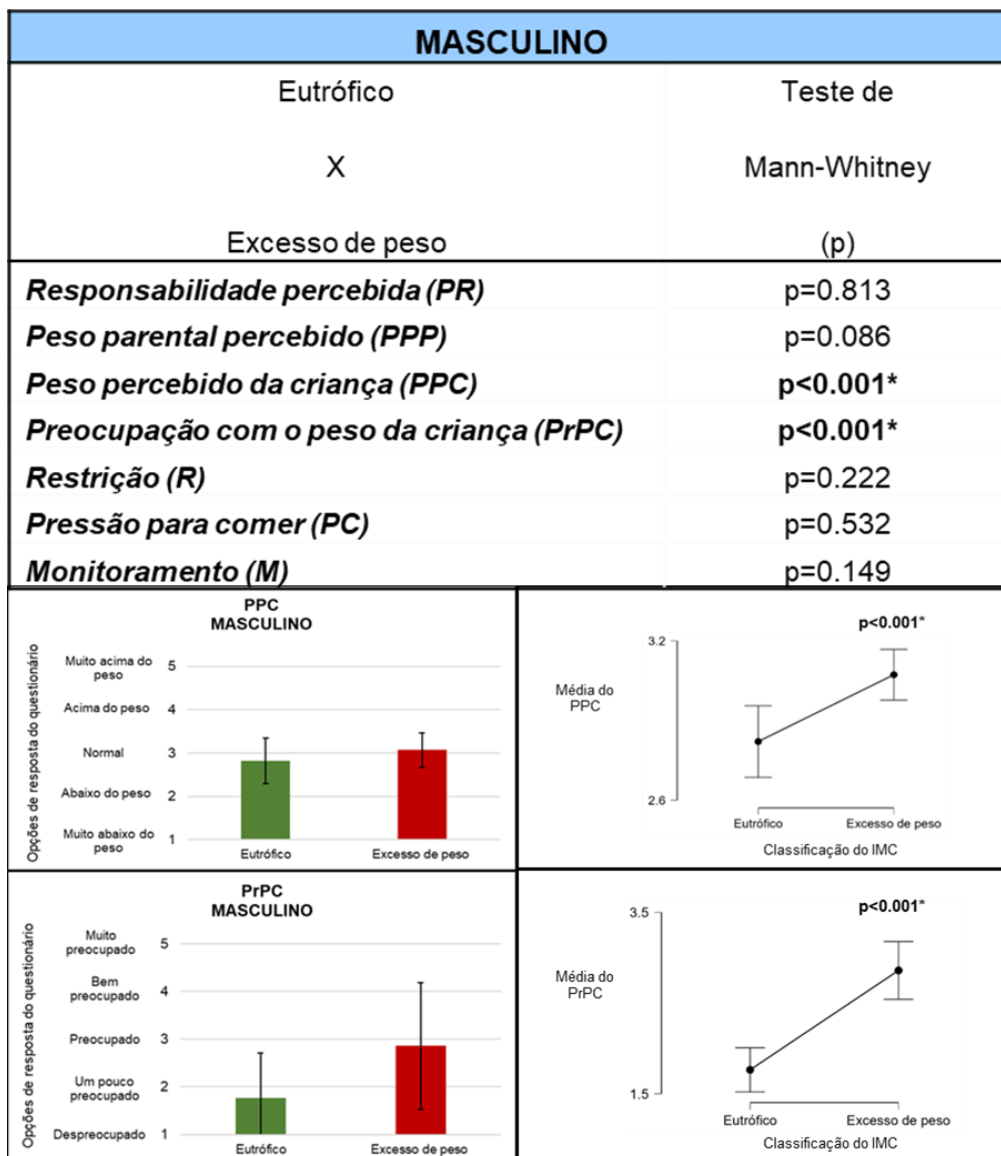


Figura 32 - Comparação não paramétrica das subescalas do CFQ dos meninos divididos pela classificação nutricional (eutrófico e excesso de peso). **Fonte:** elaborado pela autora.

Já entre as meninas, houve diferença significativa entre as meninas eutróficas e com excesso de peso na subescala de preocupação com o peso da criança (PrPC) ($p=0.008$), mostrando uma maior preocupação dos responsáveis em relação as meninas com excesso de peso, conforme descrito na figura 33.

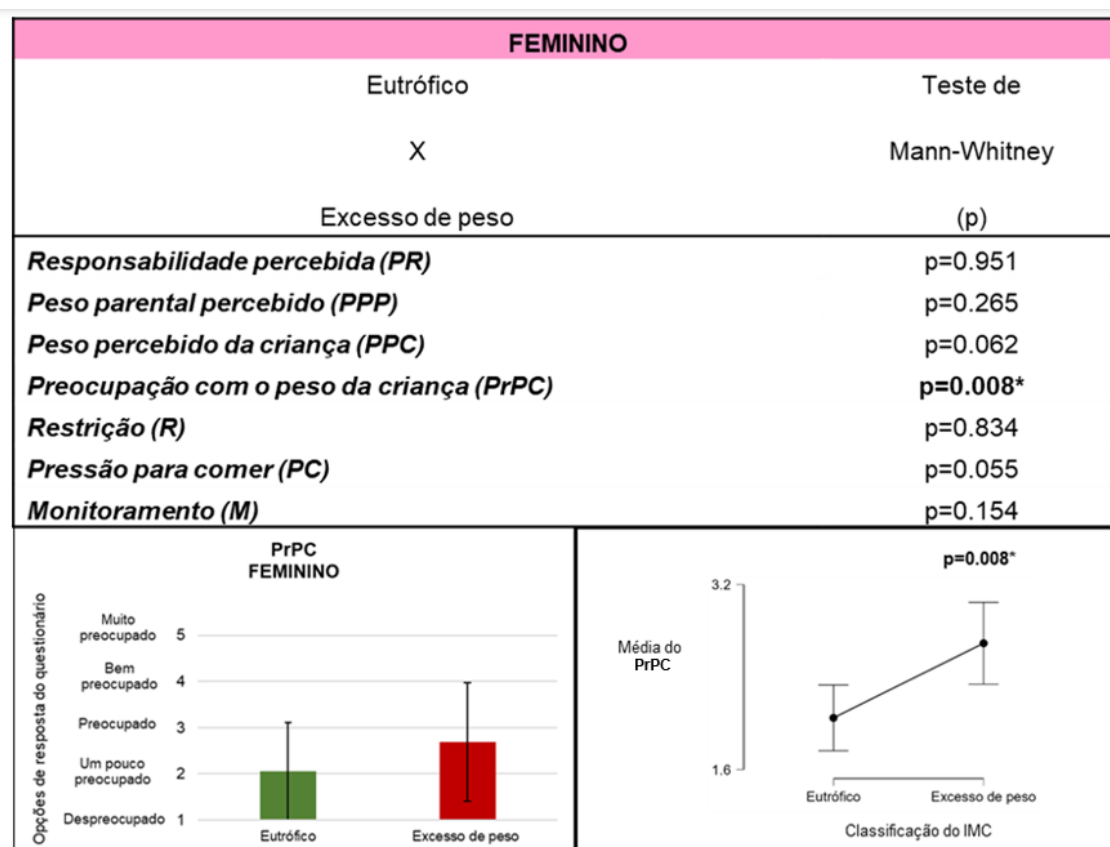


Figura 33 - Comparação não paramétrica das subescalas do CFQ das meninas divididas pela classificação nutricional (eutrófico e excesso de peso). **Fonte:** elaborado pela autora.

A tabela 29 apresenta os coeficientes de correlação binária entre os valores de IMC das crianças divididas por sexo e os valores das subescalas do CFQ. Houve correlação significativa e positiva entre IMC x PPC e IMC x PrPC em ambos os sexos ($p < 0.001$). Isto mostra que os responsáveis perceberam melhor o estado nutricional e se preocuparam mais com o peso de seus filhos (meninos e meninas) à medida que seu IMC aumentou (principalmente em crianças classificadas como obesas). A correlação entre IMC e PC se mostrou negativa e significativa nas meninas ($\rho = -0.232$, $p = 0.015$). A correlação entre o IMC dos meninos e a subescala PPP se mostrou positiva e significativa ($\rho = 0.208$, $p = 0.018$).

Tabela 29: Correlação linear entre o IMC das crianças divididas por sexo e as subescalas do CFQ.

IMC X Pontuação das escalas do CFQ	MENINOS		MENINAS	
	Coefficiente de correlação (rho)	p	Coefficiente de correlação (rho)	p
<i>Responsabilidade percebida (PR)</i>	0.006	0.942	0.017	0.862
<i>Peso parental percebido (PPP)</i>	0.208	0.018*	0.034	0.724
<i>Peso percebido da criança (PPC)</i>	0.388	<0.001*	0.311	0.001*
<i>Preocupação com o peso da criança (PrPC)</i>	0.496	<0.001*	0.357	<0.001*
<i>Restrição (R)</i>	0.099	0.264	0.008	0.933
<i>Pressão para comer (PC)</i>	-0.037	0.678	-0.232	0.015*
<i>Monitoramento (M)</i>	0.095	0.284	-0.090	0.350

Fonte: elaborado pela autora.

Os testes do qui quadrado das subescalas das meninas estão descritos na tabela 30. As análises revelaram que pais com maior escolaridade tiveram uma pontuação maior na percepção de responsabilidade com a alimentação das crianças ($\chi^2=6.734$; $p=0.009$). Responsáveis que não eram casados tiveram menor pontuação na percepção do seu peso ($\chi^2=4.541$; $p=0.033$). O responsável ter realizado algum tipo de dieta ($\chi^2=10.358$; $p=0.001$), histórico de doença crônica ($\chi^2=3.915$; $p=0.048$), variação de peso ao longo da vida ($\chi^2=4.185$; $p=0.041$), apresentar excesso de peso ($\chi^2=7.289$; $p=0.007$) e circunferência abdominal elevada ($\chi^2=7.840$; $p=0.005$), também se associou a maior pontuação na PPP. Além disso, as crianças terem irmãos ($\chi^2=4.642$; $p=0.031$) e terem um tempo elevado em frente a tela ($\chi^2=4.688$; $p=0.030$) se associou a uma maior pontuação na PPP. Responsáveis com menor escolaridade tinham menor pontuação na percepção do peso das crianças ($\chi^2=5.735$; $p=0.017$). Morar em casa própria ($\chi^2=6.962$; $p=0.008$) e a menina ter nascido a termo ($\chi^2=12.533$; $p<0.001$) foram associados com maior pontuação da PPC. Por outro lado, a menina fazer uso de suplementação ($\chi^2=6.112$; $p=0.013$) e ter histórico de baixo peso ($\chi^2=6.962$; $p=0.008$) foram associados a menor pontuação na PPC. As refeições serem realizadas em locais diferentes (mesa, chão, cama) esteve associado a maior pontuação na PPC ($\chi^2=6.448$; $p=0.040$). O responsável ter variação de peso ao longo da vida ($\chi^2=4.185$ $p=0.041$), estar com excesso de peso ($\chi^2=9.755$; $p=0.002$) e ter uma circunferência da cintura abdominal a elevada ($\chi^2=5.732$; $p=0.017$) foram associados com uma maior preocupação com o peso da criança. A menina ter histórico de baixo peso ($\chi^2=6.040$; $p=0.040$) e ter excesso de peso ($\chi^2=5.239$; $p=0.022$) também foram associados a maior pontuação na PrPC. Ter tido alguma intercorrência durante a gravidez e o parto foi

associado a uma maior pontuação na restrição ($\chi^2=4.136$; $p=0.042$). Responsáveis que não moravam em casa própria ($\chi^2=7.987$; $p=0.005$) e tinham histórico de doença crônica ($\chi^2=4.660$; $p=0.031$) pressionavam menos as meninas para comer. O mesmo ocorreu com a criança que não foi amamentada ($\chi^2=5.204$; $p=0.023$).

Tabela 30 - Análise do teste do qui quadrado das escalas do CFQ com as variáveis dos responsáveis e das crianças do sexo feminino.

Variáveis dos responsáveis X		PR	PPP	PPC	PrPC	R	PC	M
Escalas do CFQ								
Estado civil (casado ou outros)	χ^2	2.399	4.541	0.449	0.006	1.140	0.054	0.054
	p	0.121	0.033*	0.503	0.936	0.286	0.816	0.816
Ambos os pais vivem na mesma residência (sim ou não)	χ^2	0.926	3.506	0.021	0.016	1.975	0.165	2.426
	p	0.336	0.061	0.885	0.898	0.160	0.684	0.119
Escolaridade dos responsáveis (ensino fundamental ou médio)	χ^2	6.743	0.186	5.735	0.693	0.105	1.043	3.102
	p	0.009*	0.666	0.017*	0.405	0.746	0.307	0.078
Ocupação (empregado ou desempregado)	χ^2	3.658	0.038	0.049	1.299	0.002	0.388	1.300
	p	0.056	0.845	0.835	0.254	0.965	0.534	0.254
Tipo de moradia (casa própria ou outros (alugada ou cedida))	χ^2	0.335	2.347	6.962	0.411	2.935	7.987	0.489
	p	0.551	0.126	0.008*	0.521	0.087	0.005*	0.484
Doença crônica (sim ou não)	χ^2	0.049	3.915	0.766	0.186	1.246	4.660	0.324
	p	0.825	0.048*	0.382	0.666	0.264	0.031*	0.569
Realizou algum tipo de dieta (sim ou não)	χ^2	1.023	10.358	0.760	2.736	1.257	1.135	0.583
	p	0.312	0.001*	0.383	0.098	0.249	0.991	0.445
Tem alguma restrição alimentar (sim ou não)	χ^2	0.262	0.345	1.735	0.007	2.383	0.995	1.007
	p	0.609	0.557	0.188	0.931	0.123	0.319	0.316
Variação de peso ao longo da vida (sim ou não)	χ^2	0.533	4.185	1.357	4.185	1.346e-4	2.049	1.017
	p	0.465	0.041*	0.244	0.041*	0.991	0.152	0.313
Prática de atividade física (sim ou não)	χ^2	2.358	2.613	0.021	2.613	2.141	0.165	3.593
	p	0.125	0.106	0.885	0.106	0.143	0.684	0.058
Classificação Nutricional (eutrófico ou excesso de peso)	χ^2	0.096	7.289	1.134	9.755	1.114	1.591	0.238
	p	0.756	0.007*	0.287	0.002*	0.285	0.442	0.625
Classificação da circunferência abdominal (risco para a saúde ou sem risco para a saúde)	χ^2	0.918	7.840	1.115	5.732	1.215	0.046	0.348
	p	0.338	0.005*	0.291	0.017*	0.270	0.831	0.555
Variáveis das crianças X								
Escalas do CFQ								
Idade (5,6 ou 7 anos)	χ^2	2.449	4.968	0.095	3.439	0.451	2.601	2.599
	p	0.294	0.083	0.954	0.179	0.789	0.271	0.273
Irmãos (sim ou não)	χ^2	0.998	4.642	0.963	0.277	0.255	0.036	0.116
	p	0.318	0.031*	0.326	0.599	0.614	0.849	0.733
Realizou pré-natal (sim ou não)	χ^2	1.784	0.994	0.063	0.271	0.036	0.089	1.074
	p	0.182	0.321	0.802	0.603	0.850	0.766	0.300
Tipo de parto (cesárea ou normal)	χ^2	0.229	0.221	0.605	2.929	2.877	0.235	0.553
	p	0.632	0.638	0.437	0.087	0.090	0.628	0.457
Intercorrências na gravidez ou parto (sim ou não)	χ^2	2.448	0.190	0.935	2.375e-4	4.136	1.893	0.901
	p	0.118	0.663	0.333	0.988	0.042*	0.172	0.342
Nasceu a termo (termo ou não termo)	χ^2	0.003	0.698	12.533	0.148	0.370	0.148	1.630
	p	0.958	0.404	<0.001*	0.701	0.543	0.700	0.202
Aleitamento materno exclusivo até os 6 meses (sim ou não)	χ^2	0.549	2.051	0.142	0.111	0.078	5.204	0.421
	p	0.459	0.152	0.707	0.739	0.780	0.023*	0.516
Tem alguma doença crônica (sim ou não)	χ^2	0.118	0.111	1.260	0.779	0.650	1.423	1.423
	p	0.732	0.739	0.262	0.377	0.420	0.233	0.233
Tem histórico de internação (sim ou não)	χ^2	2.433	0.003	1.793	0.221	0.119	2.933	0.799
	p	0.119	0.955	0.181	0.638	0.730	0.087	0.371
Faz uso de medicação diário (sim ou não)	χ^2	0.229	0.008	0.062	0.122	0.009	3.544	0.365
	p	0.632	0.767	0.803	0.727	0.925	0.060	0.546
Faz uso de suplemento (sim ou não)	χ^2	0.445	0.080	6.112	2.169	0.224	0.168	0.588
	p	0.505	0.777	0.013*	0.141	0.636	0.682	0.443
Histórico de baixo peso (sim ou não)	χ^2	0.197	3.371	6.962	6.040	2.571	0.139	2.569
	p	0.657	0.066	0.008*	0.040*	0.109	0.710	0.109
Tem alguma restrição alimentar (sim ou não)	χ^2	0.549	1.733	1.260	0.047	0.650	0.011	0.193
	p	0.459	0.188	0.262	0.828	0.420	0.917	0.660
Quem prepara a refeição? (mãe, mãe e outros ou outros (avós, tios, irmãos, pai)	χ^2	5.609	3.725	0.417	0.616	3.996	2.322	4.936
	p	0.601	0.155	0.812	0.735	0.136	0.313	0.085
Onde são realizadas as refeições? (mesa, mesa e outros ou outros (sofá, cama ou chão))	χ^2	1.945	1.613	6.448	0.649	2.397	1.976	0.632
	p	0.378	0.446	0.040*	0.723	0.302	0.372	0.729
Tempo de tela (Acima ou dentro do recomendado pela SBP)	χ^2	0.894	4.688	0.004	2.898	0.019	0.012	0.322
	p	0.344	0.030*	0.949	0.089	0.890	0.913	0.571
Prática de atividade física (sim ou não)	χ^2	0.125	0.004	0.968	0.004	0.097	0.052	0.479
	p	0.724	0.952	0.325	0.952	0.755	0.820	0.489
Classificação Nutricional (eutrófico ou excesso de peso)	χ^2	0.768	1.257	0.020	5.239	0.094	6.915	0.702
	p	0.381	0.262	0.888	0.022*	0.759	0.009*	0.402
Classificação da circunferência abdominal (p < 90 ou p > 90)	χ^2	0.075	0.536	1.433	3.609	2.218	5.037	0.101
	p	0.784	0.464	0.231	0.057	0.145	0.025*	0.750

Fonte: elaborado pela autora.

O teste do qui-quadrado das subescalas das meninas estão descritos na tabela 31. As análises revelaram que houve associação entre os responsáveis terem realizado o pré-natal com a percepção de responsabilidade ($\chi^2=6.067$; $p=0.014$). Responsáveis com menor escolaridade foram associados a uma menor pontuação na PPP. Por outro lado, responsáveis com excesso de peso ($\chi^2=8.363$; $p=0.004$), tiveram maior pontuação na PPP. A idade dos meninos se associou a PPP ($\chi^2=8.222$; $p=0.016$), revelando que quanto mais velho, maior era a percepção do responsável em relação ao seu peso. O mesmo ocorreu com a criança ter algum tipo de doença crônica ($\chi^2=3.854$; $p=0.050$). A pontuação da PPC foi menor em responsáveis com baixa escolaridade ($\chi^2=4.038$; $p=0.044$). Já nos meninos que nasceram a termo e que tinham histórico de baixo peso, houve maior pontuação na PPC ($\chi^2=5.641$; $p=0.018$ e $\chi^2=8.825$; $p=0.003$, respectivamente). Aqueles meninos cujas mães ou outros (avós, tias e pais) preparavam as refeições estiveram associados com maior pontuação na PPC ($\chi^2=10.994$; $p=0.004$). O mesmo ocorreu com os meninos com excesso de peso ($\chi^2=4.448$; $p=0.035$). Os responsáveis que tinham variação de peso ao longo da vida foram associados com maior pontuação na PrPC ($\chi^2=3.956$; $p=0.047$). Os responsáveis terem excesso de peso e circunferência da abdominal maior foi associado com maior preocupação com o peso da criança ($\chi^2=7.481$; $p=0.006$ e $\chi^2=4.024$; $p=0.045$, respectivamente). O mesmo ocorreu com os meninos terem excesso de peso ($\chi^2=22.191$; $p<0.001$). Ambos os pais viverem na mesma residência e praticarem atividade física foram associados com maior restrição alimentar ($\chi^2=5.040$; $p=0.025$ e $\chi^2=5.770$; $p=0.016$, respectivamente). Os meninos que tinham histórico de internação, foram associados com maior restrição alimentar ($\chi^2=6.554$; $p=0.010$). Por outro lado, aqueles meninos que não tiveram acompanhamento pré-natal completo foram associados a menor restrição alimentar ($\chi^2=6.067$; $p=0.014$). Os responsáveis praticarem atividade física se associou com maior pontuação na PC ($\chi^2=4.248$; $p=0.039$).

As variáveis capazes de influenciar o desfecho de cada uma das subescalas do CFQ, no grupo das meninas estão descritas na tabela 32. Os dados revelaram que os responsáveis terem histórico de dieta aumentou a chance dos responsáveis terem maior pontuação na subescala PPP (Odds ratio=3.769, $p=0.002$). Menor escolaridade dos responsáveis se associou a menor PPC (Odds ratio=0.114, $p=0.010$). O nascimento da criança a termo se associou a uma maior PPC (Odds ratio=9.186; $p<0.001$). A menina ter histórico de baixo peso (Odds ratio=12.047, $p=0.025$), tempo em frente a tela aumentado (Odds ratio=3.430; $p=0.022$) e ter excesso de peso (Odds ratio=2.983; $p=0.013$) foram associados com maior PrPC

Tabela 31 - Análise do teste do qui quadrado das escalas do CFQ com as variáveis dos responsáveis e das crianças do sexo masculino.

Variáveis dos responsáveis X Escalas do CFQ		PR	PPP	PPC	PrPC	R	PC	M
Estado civil (casado ou outros)	χ^2	0.002	0.109	0.397	0.010	0.463	0.407	0.480
	p	0.961	0.741	0.529	0.919	0.496	0.524	0.489
Ambos os pais vivem na mesma residência (sim ou não)	χ^2	0.258	0.244	1.884	4.476e-4	5.040	0.011	0.029
	p	0.611	0.621	0.170	0.983	0.025*	0.916	0.865
Escolaridade dos responsáveis (ensino fundamental ou médio)	χ^2	0.000	3.945	4.038	0.072	0.590	0.427	1.002
	p	1.000	0.047*	0.044*	0.788	0.443	0.513	0.317
Ocupação (empregado ou desempregado)	χ^2	0.080	0.085	0.119	0.133	1.209	0.067	0.015
	p	0.777	0.771	0.730	0.715	0.272	0.795	0.904
Tipo de moradia (casa própria ou outros (alugada ou cedida))	χ^2	0.320	3.108	0.084	0.500	0.032	0.233	1.313
	p	0.572	0.078	0.772	0.479	0.858	0.629	0.252
Doença crônica (sim ou não)	χ^2	1.049	1.879	0.850	0.485	0.681	0.025	1.175
	p	0.306	0.170	0.357	0.486	0.409	0.876	0.278
Realizou algum tipo de dieta (sim ou não)	χ^2	1.484	0.001	3.393	0.510	0.750	0.136	0.025
	p	0.223	0.974	0.065	0.475	0.386	0.712	0.875
Tem alguma restrição alimentar (sim ou não)	χ^2	0.874	0.004	3.305	0.050	0.789	0.894	0.047
	p	0.350	0.947	0.069	0.823	0.374	0.344	0.829
Variação de peso ao longo da vida (sim ou não)	χ^2	0.369	3.464	1.266	3.956	3.015	2.201	0.430
	p	0.543	0.063	0.260	0.047*	0.083	0.138	0.512
Prática de atividade física (sim ou não)	χ^2	0.402	0.780	1.683	1.020	5.770	4.248	4.030e-4
	p	0.526	0.377	0.195	0.313	0.016*	0.039*	0.984
Classificação Nutricional (eutrófico ou excesso de peso)	χ^2	0.141	8.363	3.324	7.481	0.141	2.257	0.277
	p	0.708	0.004*	0.068	0.006*	0.708	0.133	0.598
Classificação da circunferência abdominal (risco para a saúde ou sem risco para a saúde)	χ^2	0.059	1.757	1.882	4.024	0.879	0.018	1.457
	p	0.809	0.185	0.170	0.045*	0.348	0.894	0.227
Variáveis das crianças X Escalas do CFQ								
Idade (5,6 ou 7 anos)	χ^2	1.842	8.222	1.106	1.209	0.845	1.881	1.560
	p	0.398	0.016*	0.575	0.546	0.655	0.390	0.458
Irmãos (sim ou não)	χ^2	0.001	1.039	0.204	0.112	3.418	0.738	0.603
	p	0.972	0.308	0.651	0.738	0.065	0.390	0.437
Realizou pré-natal (sim ou não)	χ^2	6.067	0.796	1.300	0.357	6.067	0.061	0.498
	p	0.014*	0.372	0.254	0.550	0.014*	0.805	0.480
Tipo de parto (cesárea ou normal)	χ^2	0.594	0.106	2.438	0.148	1.734	0.456	2.292
	p	0.441	0.745	0.118	0.700	0.188	0.499	0.130
Intercorrências na gravidez ou parto (sim ou não)	χ^2	1.512	3.645	0.137	0.253	1.512	0.572	0.780
	p	0.219	0.056	0.711	0.615	0.219	0.450	0.377
Nasceu a termo (termo ou não termo)	χ^2	0.031	3.293	5.642	1.513	0.310	0.194	0.003
	p	0.860	0.070	0.018*	0.219	0.577	0.660	0.953
Aleitamento materno exclusivo até os 6 meses (sim ou não)	χ^2	1.631	0.644	2.156	1.778	0.748	3.059	2.362
	p	0.202	0.422	0.142	0.182	0.387	0.080	0.124
Tem alguma doença crônica (sim ou não)	χ^2	0.193	3.854	0.433	0.934	3.095	0.124	1.315
	p	0.660	0.050*	0.511	0.334	0.079	0.725	0.251
Tem histórico de internação (sim ou não)	χ^2	1.133	0.032	0.035	1.408	6.554	0.037	1.115
	p	0.287	0.859	0.852	0.235	0.010*	0.847	0.291
Faz uso de medicação diário (sim ou não)	χ^2	0.006	0.001	0.152	2.408	2.206	0.803	0.094
	p	0.936	0.971	0.696	0.121	0.137	0.370	0.760
Faz uso de suplemento (sim ou não)	χ^2	2.238	1.361	0.207	2.551	0.079	0.894	0.681
	p	0.135	0.243	0.649	0.110	0.779	0.344	0.409
Histórico de baixo peso (sim ou não)	χ^2	1.952	2.430	8.825	3.783	0.093	0.592	0.184
	p	0.162	0.119	0.003*	0.052	0.760	0.442	0.608
Tem alguma restrição alimentar (sim ou não)	χ^2	0.025	0.478	1.032	0.079	0.124	0.007	1.076
	p	0.875	0.489	0.310	0.778	0.724	0.931	0.300
Quem prepara a refeição? (mãe, mãe e outros ou outros (avós, tios, irmãos, pai))	χ^2	4.322	3.043	10.994	1.518	3.419	2.443	2.032
	p	0.115	0.218	0.004*	0.468	0.181	0.295	0.362
Onde são realizadas as refeições? (mesa, mesa e outros ou outros (sofá, cama ou chão))	χ^2	4.832	0.596	1.887	0.757	0.306	0.403	1.078
	p	0.089	0.742	0.389	0.685	0.858	0.807	0.583
Tempo de tela (Acima ou dentro do recomendado pela SBP)	χ^2	1.454	0.031	0.845	3.755	2.435	0.441	0.117
	p	0.228	0.860	0.358	0.053	0.119	0.507	0.733
Prática de atividade física (sim ou não)	χ^2	0.344	0.598	3.611	1.513	0.344	0.003	1.121
	p	0.558	0.439	0.057	0.219	0.558	0.953	0.290
Classificação Nutricional (eutrófico ou excesso de peso)	χ^2	0.089	2.182	4.448	22.191	2.919	0.058	4.183
	p	0.765	0.140	0.035*	<0.001*	0.088	0.809	0.041*
Classificação da circunferência abdominal (p < 90 ou p > 90)	χ^2	0.535	0.060	0.493	1.539	7.333e-4	0.021	
	p	0.465	0.807	0.483	0.210	0.978	0.886	

Fonte: elaborado pela autora.

Tabela 32 - Resultado da análise de regressão logística para cada uma das subescalas do CFQ (Desfecho esperado: “pontuação acima da média na subescala”), no grupo das meninas.

MENINAS					
Subescala PPP	Modelo inicial: $\chi^2=16.887$ $p=0.010$ Nagelkerke $R^2=0.193$				
	Variável independente		Odds Ratio	Valor de p	VIF
	Idade dos responsáveis		0.988	0.528	1.129
	Ambos os pais vivem na mesma casa		2.690	0.326	1.066
	Baixa escolaridade dos responsáveis (ensino fundamental)		0.843	0.714	1.150
	Responsável com histórico de dieta		2.986	0.018*	1.142
	Responsável com variação de peso ao longo da vida		1.551	0.370	1.167
	Responsável ter excesso de peso		1.690	0.297	1.129
	Modelo final: $\chi^2=10.648$ $p=0.001$ Nagelkerke $R^2=0.125$				
	Variável independente		Odds Ratio	Valor de p	VIF
Responsável com histórico de dieta		3.769	0.002*	1.142	
Subescala PPC	Modelo inicial: $\chi^2=26.908$ $p=0.020$ Nagelkerke $R^2=0.378$				
	Variável independente		Odds Ratio	Valor de p	VIF
	Idade dos responsáveis		0.958	0.193	1.364
	Ambos os pais vivem na mesma casa		0.540	0.665	2.119
	Estado civil (casado)		0.888	0.929	2.096
	Baixa escolaridade dos responsáveis (ensino fundamental)		0.111	0.022*	1.360
	Responsável com histórico de dieta		1.464	0.625	1.471
	Responsável com variação de peso ao longo da vida		1.729	0.473	1.389
	Responsável ter excesso de peso		1.323	0.721	1.500
	Idade das crianças		1.058	0.885	1.268
	Criança ter irmãos		1.399	0.726	1.344
	Nascimento a termo		9.511	0.004*	1.513
	A criança ter sido amamentada		0.404	0.401	1.323
	Criança com histórico de baixo peso		0.255	0.125	1.297
	Tempo em frente a tela acima do recomendado pela SBP		0.984	0.983	1.093
	Criança ter excesso de peso		1.741	0.443	1.305
	Modelo final: $\chi^2=20.300$ $p<0.001$ Nagelkerke $R^2=0.293$				
	Variável independente		Odds Ratio	Valor de p	VIF
	Baixa escolaridade dos responsáveis (ensino fundamental)		0.114	0.010*	1.075
Nascimento a termo		9.182	<0.001*	1.075	
Subescala PrPC	Modelo inicial: $\chi^2=34.888$ $p<0.001$ Nagelkerke $R^2=0.369$				
	Variável independente		Odds Ratio	Valor de p	VIF
	Idade dos responsáveis		0.952	0.031*	1.373
	Ambos os pais vivem na mesma casa		1.072	0.948	2.725
	Estado civil (casado)		0.547	0.508	2.411
	Baixa escolaridade dos responsáveis (ensino fundamental)		0.659	0.441	1.308
	Responsável com histórico de dieta		1.030	0.955	1.238
	Responsável com variação de peso ao longo da vida		1.207	0.739	1.208
	Responsável ter excesso de peso		4.354	0.014	1.454
	Idade das crianças		1.411	0.196	1.090
	Criança ter irmãos		2.384	0.214	1.313
	Nascimento a termo		1.208	0.762	1.364
	A criança ter sido amamentada		0.765	0.726	1.203
	Criança com histórico de baixo peso		19.559	0.030*	1.190
	Tempo em frente a tela acima do recomendado pela SBP		3.925	0.022*	1.251
	Criança ter excesso de peso		3.370	0.020*	1.280
	Modelo final: $\chi^2=20.300$ $p<0.001$ Nagelkerke $R^2=0.293$				
	Variável independente		Odds Ratio	Valor de p	VIF
	Criança com histórico de baixo peso		12.047	0.025*	1.045
Tempo em frente a tela acima do recomendado pela SBP		3.430	0.022*	1.093	
Criança ter excesso de peso		2.983	0.013*	1.034	

Fonte: elaborado pela autora.

No grupo dos meninos o responsável ter excesso de peso e a idade das crianças se associou a maior PPP (Odds ratio=3.602; $p=0.020$). O responsável ter excesso de peso se associou com maior PPC (Odds ratio=3.239; $p=0.035$), por outro lado, o menino ter excesso de peso se associou a menor PPC (Odds ratio=0.163; $p=0.003$). O responsável ter variação de peso ao longo da vida, ter excesso de peso e os meninos terem excesso de peso foram associados a maior PrPC (Odds ratio=2.656; $p=0.029$; Odds ratio=4.368; $p=0.015$; Odds ratio=5.922; $p<0.001$). Os pais viverem na mesma casa aumentou a R (Odds ratio=5.101; $p=0.013$), entretanto, os meninos terem irmãos se associou a menor R (Odds ratio=0.302; $p=0.024$) (Tabela 33).

Tabela 33: Resultado da análise de regressão logística para cada uma das subescalas do CFQ (Desfecho esperado: “pontuação acima da média na subescala”), no grupo dos meninos.

MENINOS				
Subescala PPP	Modelo inicial: $\chi^2=39.918$ $p<0.001$ Nagelkerke $R^2=0.357$			
	Variável independente	Odds Ratio	Valor de p	VIF
	Idade dos responsáveis	0.977	0.261	1.432
	Ambos os pais vivem na mesma casa	0.734	0.701	1.556
	Estado civil (casado)	0.638	0.606	1.404
	Baixa escolaridade dos responsáveis (ensino fundamental)	2.275	0.146	1.596
	Responsável com histórico de dieta	0.432	0.089	1.389
	Responsável com variação de peso ao longo da vida	3.215	0.020	1.327
	Responsável ter excesso de peso	6.333	0.007	1.348
	Idade das crianças	1.068	0.003	1.121
	Criança ter irmãos	4.057	0.015	1.238
	Nascimento a termo	2.343	0.100	1.370
	A criança ter sido amamentada	0.628	0.523	1.204
	Criança com histórico de baixo peso	4.627	0.081	1.209
	Tempo em frente a tela acima do recomendado pela SBP	0.793	0.695	1.093
	Criança ter excesso de peso	2.133	0.097	1.183
	Modelo final: $\chi^2=19.257$ $p<0.001$ Nagelkerke $R^2=0.186$			
	Variável independente	Odds Ratio	Valor de p	VIF
	Responsável ter excesso de peso	3.602	0.020	1.001
	Idade da criança	1.054	0.008	1.024
	Subescala PPC	Modelo inicial: $\chi^2=31.889$ $p=0.004$ Nagelkerke $R^2=0.344$		
Variável independente		Odds Ratio	Valor de p	VIF
Idade dos responsáveis		1.026	0.342	1.601
Ambos os pais vivem na mesma casa		1.591	0.571	1.468
Estado civil (casado)		1.077	0.936	1.424
Baixa escolaridade dos responsáveis (ensino fundamental)		3.248	0.092	1.775
Responsável com histórico de dieta		1.634	0.399	1.266
Responsável com variação de peso ao longo da vida		0.730	0.641	1.333
Responsável ter excesso de peso		5.771	0.017	1.390
Idade das crianças		0.999	0.966	1.168
Criança ter irmãos		0.861	0.837	1.193
Nascimento a termo		2.241	0.168	1.287
A criança ter sido amamentada		0.112	0.065	1.160
Criança com histórico de baixo peso		0.146	0.015	1.312
Tempo em frente a tela acima do recomendado pela SBP		0.261	0.113	1.278
Criança ter excesso de peso		2.400	0.122	1.194
Modelo final: $\chi^2=11.417$ $p=0.003$ Nagelkerke $R^2=0.133$				
Variável independente		Odds Ratio	Valor de p	VIF
Responsável ter excesso de peso		3.239	0.035	1.042
Criança com histórico de baixo peso		0.163	0.003	1.042
Subescala PrPC		Modelo inicial: $\chi^2=51.799$ $p<0.001$ Nagelkerke $R^2=0.439$		
	Variável independente	Odds Ratio	Valor de p	VIF
	Idade dos responsáveis	0.964	0.113	1.430
	Ambos os pais vivem na mesma casa	0.344	0.167	1.457
	Estado civil (casado)	0.831	0.839	1.409
	Baixa escolaridade dos responsáveis (ensino fundamental)	1.049	0.938	1.598
	Responsável com histórico de dieta	0.339	0.042	1.474
	Responsável com variação de peso ao longo da vida	4.117	0.009	1.398
	Responsável ter excesso de peso	10.727	0.003	1.453
	Idade das crianças	0.993	0.753	1.097
	Criança ter irmãos	2.375	0.176	1.146
	Nascimento a termo	1.773	0.295	1.285
	A criança ter sido amamentada	0.869	0.854	1.181
	Criança com histórico de baixo peso	0.205	0.046	1.219
	Tempo em frente a tela acima do recomendado pela SBP	3.050	0.066	1.107
	Criança ter excesso de peso	6.482	<0.001	1.212
	Modelo final: $\chi^2=36.656$ $p<0.001$ Nagelkerke $R^2=0.328$			
	Variável independente	Odds Ratio	Valor de p	VIF
	Responsável com variação de peso ao longo da vida	2.656	0.029	1.065
	Responsável ter excesso de peso	4.368	0.015	1.021
	Criança ter excesso de peso	5.922	<0.001	1.059
Subescala R	Modelo inicial: $\chi^2=29.006$ $p=0.010$ Nagelkerke $R^2=0.267$			
	Variável independente	Odds Ratio	Valor de p	VIF
	Idade dos responsáveis	0.964	0.083	1.357
	Ambos os pais vivem na mesma casa	9.431	0.020	1.595
	Estado civil (casado)	0.159	0.074	1.567
	Baixa escolaridade dos responsáveis (ensino fundamental)	0.295	0.030	1.599
	Responsável com histórico de dieta	1.624	0.271	1.252
	Responsável com variação de peso ao longo da vida	1.727	0.228	1.178
	Responsável ter excesso de peso	0.579	0.388	1.334
	Idade das crianças	0.998	0.930	1.090
	Criança ter irmãos	0.296	0.038	1.148
	Nascimento a termo	0.814	0.674	1.281
	A criança ter sido amamentada	2.295	0.197	1.233
	Criança com histórico de baixo peso	0.888	0.861	1.149
	Tempo em frente a tela acima do recomendado pela SBP	1.977	0.204	1.093
	Criança ter excesso de peso	1.951	0.115	1.160
	Modelo final: $\chi^2=12.028$ $p=0.007$ Nagelkerke $R^2=0.118$			
	Variável independente	Odds Ratio	Valor de p	VIF
	Ambos os pais vivem na mesma casa	5.101	0.013	1.068
	Criança ter irmãos	0.302	0.024	1.074

Fonte: elaborado pela autora.

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Os resultados da análise da pontuação do questionário de qualidade de vida relacionado a saúde, no grupo de crianças divididas por sexo e classificação do IMC, estão resumidos na tabela 34. As análises não mostraram diferença estatística entre meninas com peso adequado e excesso de peso em relação aos diferentes aspectos do questionário. Por outro lado, a pontuação dos meninos com excesso de peso foi significativamente maior do que a dos meninos com peso adequado em relação à capacidade física, aspecto escolar e aspecto geral (englobando todos os aspectos). No aspecto geral da qualidade de vida e no aspecto escolar, a pontuação dos meninos com excesso de peso foi maior do que das meninas com peso excessivo, revelando uma percepção dos responsáveis de que os meninos com excesso de peso possuem melhor inserção escolar e qualidade de vida global do que as meninas.

Tabela 34: Valores de média, desvio padrão, mediana, mínimo, e máximo das pontuações dos vários aspectos do questionário PEDSQL 4.0, de meninas e meninos divididos segundo a classificação do IMC.

PEDSQL 4.0 - DOMÍNIO	MENINAS	MENINOS	MENINAS	MENINOS
	Peso adequado		Excesso de peso	
ASPECTO FÍSICO				
Mínimo	31.250	56.250	46.875	40.625
Máximo	87.500	87.500	87.500	87.500
Mediana	87.500	84.375	87.500	87.500
Média	81.752	80.686	82.842	84.103
Desvio Padrão	12.238	8.830	8.439	6.688
Valor de p	0.050*		0.785	
ASPECTO EMOCIONAL				
Mínimo	35.000	0.000	30.000	30.000
Máximo	100.000	100.000	100.000	100.000
Mediana	80.000	80.000	80.000	85.000
Média	74.375	75.410	75.000	80.797
Desvio Padrão	18.879	21.800	17.623	17.418
Valor de p	0.501		0.063	
ASPECTO SOCIAL				
Mínimo	40.000	20.000	40.000	40.000
Máximo	100.000	100.000	100.000	100.000
Mediana	100.000	100.000	100.000	100.000
Média	91.786	88.361	88.679	94.130
Desvio Padrão	16.305	18.835	16.818	11.342
Valor de p	0.151		0.099	
ASPECTO ESCOLAR				
Mínimo	10.000	40.000	30.000	50.000
Máximo	100.000	100.000	100.000	100.000
Mediana	90.000	85.000	90.000	95.000
Média	84.018	83.361	84.245	90.797
Desvio Padrão	19.781	15.403	18.667	11.620
Valor de p	0.276		0.001*	
ASPECTO GERAL				
Mínimo	41.304	43.207	62.500	54.076
Máximo	99.457	99.457	99.457	99.457
Mediana	89.130	87.364	88.587	92.663
Média	86.377	85.297	86.313	90.676
Desvio Padrão	11.649	10.818	9.439	8.108
Valor de p	0.264		0.009*	

Nota: Os valores de p representam a análise de Mann-Whitney entre o grupo de meninas e meninos agrupados segundo a classificação do IMC. Fonte: elaborado pela autora.

A figura 34 ilustra o resultado da comparação dos diferentes aspectos do questionário PEDSQL 4.0 entre os grupos Peso adequado e Peso excessivo no sexo masculino e feminino. É importante ressaltar, que entre os meninos, aqueles com excesso de peso, foram apontados por seus responsáveis com uma pontuação maior na percepção de qualidade de vida.

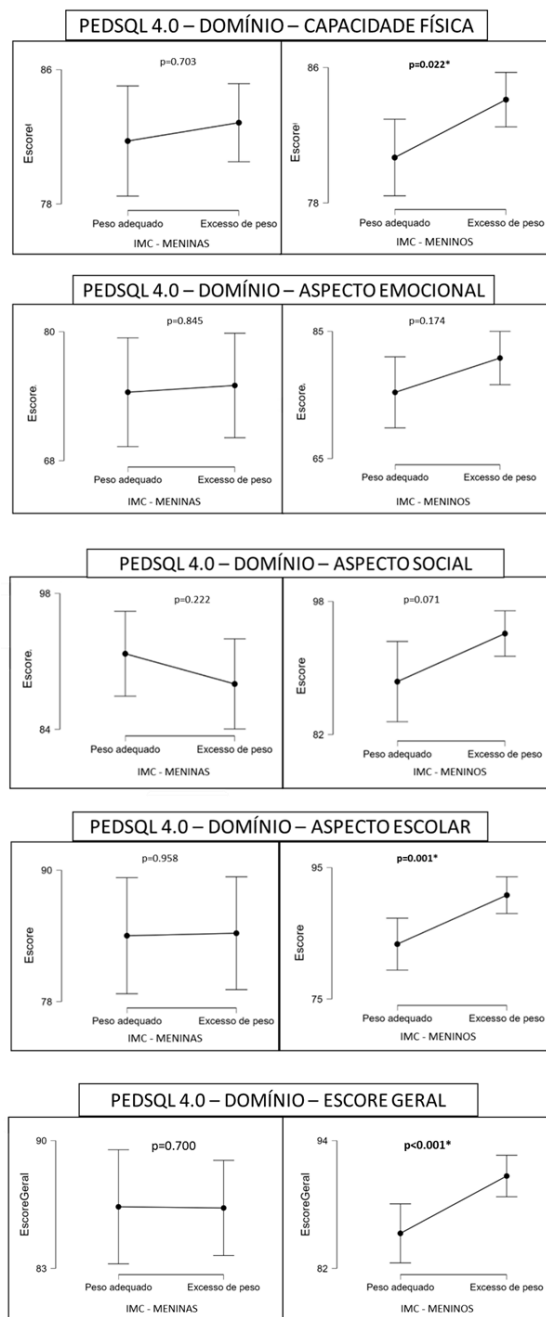


Figura 34 - Análise de Mann Whitney dos domínios do questionário PEDSQL 4.0 do grupo de meninos e meninas divididos pela classificação do IMC. Fonte: elaborado pela autora.

A tabela 35 descreve a análise de correlação das variáveis dos responsáveis e das crianças com os aspectos do questionário PedsQI 4.0. Os resultados da análise de correlação binária revelaram uma correlação negativa entre o Escore Físico e o uso de medicação diário pelas meninas. Isso significa que à medida que a capacidade física melhora, há uma tendência de que o uso de medicação diária diminua. Os responsáveis com IMC mais elevado e aqueles cujas meninas tiveram acompanhamento pré-natal, consideravam as meninas com um melhor aspecto social. Por outro lado, as meninas que tiveram um tempo em frente a tela acima da recomendada foram consideradas com uma pior pontuação no aspecto emocional no aspecto social e no escore geral.

Tabela 35: Análise da correlação binária das variáveis sociodemográficas, perinatais e histórico de saúde das meninas e dos meninos com os aspectos do questionário PedsQL 4.0.

		PEDSQL 4.0									
		Aspecto Físico		Aspecto Emocional		Aspecto Social		Aspecto Escolar		Escore Geral	
		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Dados sociodemográficos, perinatais e histórico de saúde	rho	0.063	-0.079	0.050	0.103	-0.007	-0.026	0.006	-0.097	0.064	-0.009
	p	0.514	0.374	0.606	0.246	0.943	0.770	0.951	0.271	0.509	0.922
Idade dos responsáveis (anos)	rho	-0.067	0.038	-0.129	-0.057	-0.065	0.143	0.004	0.157	-0.119	0.138
	p	0.486	0.664	0.182	0.522	0.502	0.105	0.967	0.075	0.218	0.118
Estado civil (casado ou outros)	rho	-0.108	-0.027	-0.098	9.733	-0.023	0.003	0.065	0.211	-0.080	0.052
	p	0.263	0.759	0.310	0.991	0.809	0.997	0.499	0.016*	0.409	0.559
Ambos os pais vivem na mesma casa	rho	-0.096	0.059	-0.043	-0.180	-0.081	-0.188	0.080	0.012	-0.076	-0.161
	p	0.319	0.503	0.660	0.041*	0.401	0.032*	0.406	0.895	0.431	0.067
Escolaridade (ensino fundamental ou médio)	rho	0.038	-0.018	-0.020	-0.051	-0.011	-0.056	-0.050	0.073	0.021	0.015
	p	0.694	0.839	0.835	0.564	0.914	0.530	0.608	0.407	0.828	0.863
Profissão (empregado ou desempregado)	rho	-0.016	4.950	-0.062	-0.095	-0.107	-0.046	-0.024	-0.043	-0.079	-0.082
	p	0.868	0.996	0.521	0.281	0.268	0.602	0.802	0.626	0.411	0.352
Tipo de moradia (casa própria ou outros)	rho	-0.006	-0.086	-0.015	0.034	0.008	-0.033	-0.073	-0.091	-0.024	-0.045
	p	0.948	0.331	0.876	0.705	0.934	0.708	0.449	0.302	0.804	0.611
Responsáveis com histórico de doença crônica	rho	0.009	0.049	0.113	0.003	0.077	-0.114	0.085	-0.043	0.100	-0.051
	p	0.929	0.579	0.244	0.972	0.428	0.196	0.382	0.629	0.299	0.564
Responsáveis com variação de peso ao longo da vida	rho	0.072	-0.067	-0.155	-0.041	0.161	0.109	-0.049	2.242	-0.073	-0.005
	p	0.459	0.449	0.106	0.645	0.093	0.219	0.610	0.998	0.448	0.957
Responsáveis praticam atividade física	rho	-0.003	0.168	-0.002	-0.039	0.018	-0.054	-0.119	-0.014	-0.034	0.022
	p	0.975	0.056	0.986	0.663	0.854	0.539	0.219	0.877	0.722	0.806
IMC (kg/m ²)	rho	-0.131	-0.022	-0.030	0.057	0.191	0.044	0.120	0.094	0.052	0.040
	p	0.174	0.803	0.755	0.521	0.047*	0.621	0.213	0.290	0.594	0.651
Idade das crianças (em meses)	rho	0.036	-0.003	0.127	-0.068	-0.025	-0.052	0.116	0.105	0.048	-0.037
	p	0.707	0.976	0.189	0.445	0.798	0.556	0.231	0.233	0.623	0.677
Crianças com irmãos	rho	0.173	-0.063	-0.173	0.073	-0.081	0.014	-0.062	-0.074	-0.053	0.045
	p	0.073	0.475	0.071	0.411	0.404	0.871	0.522	0.404	0.584	0.608
Realizou pré-natal	rho	0.068	0.087	-0.069	0.107	0.198	-6.166	-0.109	0.047	0.077	0.120
	p	0.479	0.324	0.479	0.224	0.039*	0.994	0.259	0.592	0.425	0.174
Tipo de parto (normal ou cesárea)	rho	0.151	0.048	0.049	0.032	0.002	0.018	0.064	0.095	0.137	0.017
	p	0.116	0.587	0.611	0.716	0.982	0.836	0.506	0.282	0.155	0.845
Intercorrências durante a gravidez ou parto	rho	0.071	-0.125	0.142	-0.060	0.107	-0.119	-0.125	-0.031	0.083	-0.120
	p	0.462	0.155	0.140	0.496	0.269	0.179	0.197	0.730	0.392	0.173
Nascimento a termo	rho	0.100	0.063	-0.087	-0.068	0.027	-0.077	0.059	0.101	-0.016	-0.004
	p	0.302	0.477	0.371	0.440	0.782	0.382	0.540	0.255	0.870	0.962
Aleitamento materno	rho	-0.048	-0.008	-0.062	0.091	-0.063	-0.055	0.065	0.067	-0.056	0.033
	p	0.617	0.929	0.521	0.304	0.512	0.535	0.503	0.446	0.560	0.711
Criança com histórico de internação	rho	-0.034	0.034	0.016	-0.036	-0.058	0.033	-0.043	-0.070	-0.042	0.005
	p	0.726	0.703	0.867	0.687	0.547	0.707	0.659	0.430	0.668	0.953
Criança com uso de medicação diário	rho	-0.014	-0.180*	0.130	0.043	-0.015	0.110	-0.10	0.141	0.015	0.048
	p	0.888	0.041*	0.176	0.629	0.879	0.212	0.914	0.109	0.873	0.587
Criança com histórico de baixo peso	rho	-0.030	-0.128	0.124	0.008	-0.061	-0.052	0.046	-0.097	0.010	-0.094
	p	0.756	0.146	0.199	0.928	0.526	0.554	0.632	0.270	0.920	0.286
Criança pratica atividade física	rho	0.081	0.053	0.076	0.079	0.003	-0.010	-0.039	0.206	0.066	0.115
	p	0.401	0.547	0.434	0.369	0.973	0.908	0.684	0.019*	0.498	0.193
Criança com o tempo em frente a tela acima do recomendado	rho	-0.135	-0.028	-0.204	-0.032	-0.201	-0.080	0.007	-0.081	-0.205	-0.104
	p	0.163	0.752	0.034*	0.717	0.036*	0.366	0.941	0.362	0.032*	0.238
IMC (kg/m ²)	rho	0.029	0.161	0.018	0.107	-0.149	0.145	0.073	0.252	-0.034	0.270
	p	0.766	0.067	0.849	0.225	0.123	0.099	0.453	0.004*	0.724	0.002*

*p<0.005 Fonte: elaborado pelos autores

Entre os meninos, aqueles que faziam uso de medicação diária tiveram menor pontuação no aspecto físico. Os responsáveis com baixa escolaridade também pontuaram mais baixo os meninos nos aspectos emocional e social. Os responsáveis casados consideravam os meninos com uma pontuação mais alta no aspecto escolar. O menino praticar atividade física também se correlacionou com uma melhor pontuação no aspecto escolar. Além disso, o menino ter um IMC mais elevado se correlacionou positivamente com o aspecto escolar e com o escore geral, ou seja, os responsáveis consideravam os meninos com excesso de peso com uma melhor pontuação nestes aspectos.

As análises de regressão logística mostraram que os responsáveis serem casados se associou a menor pontuação no aspecto emocional. A baixa escolaridade dos responsáveis e a criança ter tempo elevado em frente a tela se associou a menor pontuação no escore emocional. Por outro lado, crianças com excesso de peso apresentaram mais chance de serem apontadas pelos seus responsáveis com um melhor escore emocional, conforme descrito na tabela 36.

Tabela 36: Resultado da análise de regressão logística para os aspectos do PEDSQL 4.0 (Desfecho esperado: “pontuação mais alta = melhor qualidade de vida”), das crianças não divididas por sexo.

QUESTIONÁRIO PEDSQL 4.0 - ASPECTO EMOCIONAL			
Modelo inicial: $X^2=48.107$ $p=0.004$ Nagelkerke $R^2=0.245$			
Variáveis	Odds ratio	Valor de p	VIF
Idades dos responsáveis (anos)	1.018	0.281	1.601
Responsável ser casado	0.193	0.017*	1.902
Ambos os pais vivem na mesma residência	2.659	0.122	1.933
Baixa escolaridade dos responsáveis	0.587	0.144	1.373
Responsável estar empregado	0.681	0.340	1.190
Residir em casa própria	0.476	0.042*	1.250
Responsáveis com histórico de doença crônica	0.909	0.787	1.375
Responsáveis com histórico de dieta	1.806	0.089	1.433
Responsáveis com variação de peso ao longo da vida	0.398	0.009*	1.233
Responsáveis praticam atividade física	0.765	0.529	1.205
Responsáveis com excesso de peso	1.446	0.360	1.328
Idade das crianças (em meses)	0.996	0.779	1.079
Sexo das crianças (masculino ou feminino)	1.115	0.726	1.131
Crianças com irmãos	0.565	0.176	1.179
Realizou pré-natal	4.481	0.032	1.188
Tipo de parto (normal ou cesárea)	1.214	0.616	1.396
Intercorrências durante a gravidez ou parto	1.056	0.879	1.323
Nascimento a termo	0.618	0.173	1.165
Aleitamento materno	2.199	0.084	1.184
Criança com histórico de internação	0.515	0.052	1.228
Criança com uso de medicação diário	3.033	0.037*	1.202
Criança com histórico de baixo peso	2.013	0.172	1.209
Criança pratica atividade física	3.016	0.080	1.129
Criança com o tempo em frente a tela acima do recomendado	0.443	0.040*	1.112
Criança com excesso de peso	1.844	0.052	1.180
Modelo final: $X^2=14.155$ $p=0.015$ Nagelkerke $R^2=0.077$			
Responsável ser casado	0.384	0.038	1.010
QUESTIONÁRIO PEDSQL 4.0 - ESCORE EMOCIONAL (aspecto social, emocional e escolar)			

Modelo inicial: $X^2=40.085$ $p=0.029$ Nagelkerke $R^2=0.209$			
Variáveis	Odds ratio	Valor de p	VIF
Idades dos responsáveis (anos)	1.010	0.533	1.581
Responsável ser casado	0.500	0.249	1.768
Ambos os pais vivem na mesma residência	1.397	0.577	1.847
Baixa escolaridade dos responsáveis	0.481	0.046*	1.384
Responsável estar empregado	1.134	0.745	1.214
Residir em casa própria	0.409	0.016*	1.249
Responsáveis com histórico de doença crônica	0.856	0.656	1.380
Responsáveis com histórico de dieta	1.315	0.418	1.384
Responsáveis com variação de peso ao longo da vida	0.748	0.393	1.200
Responsáveis praticam atividade física	0.780	0.555	1.202
Responsáveis com excesso de peso	0.777	0.526	1.310
Idade das crianças (em meses)	0.985	0.311	1.084
Sexo das crianças (masculino ou feminino)	1.046	0.882	1.120
Crianças com irmãos	0.742	0.463	1.169
Realizou pré-natal	2.583	0.163	1.175
Tipo de parto (normal ou cesárea)	0.913	0.812	1.378
Intercorrências durante a gravidez ou parto	1.660	0.156	1.357
Nascimento a termo	0.931	0.838	1.176
Aleitamento materno	2.280	0.065	1.173
Criança com histórico de internação	0.609	0.136	1.198
Criança com uso de medicação diário	1.954	0.183	1.195
Criança com histórico de baixo peso	1.348	0.551	1.212
Criança pratica atividade física	3.705	0.042*	1.104
Criança com o tempo em frente a tela acima do recomendado	0.296	0.004*	1.106
Criança com excesso de peso	2.527	0.003*	1.217
Modelo final: $X^2=23.618$ $p=0.001$ Nagelkerke $R^2=0.129$			
Baixa escolaridade dos responsáveis	0.531	0.036	1.014
Criança com o tempo em frente a tela acima do recomendado	0.343	0.006	1.021
Criança com excesso de peso	2.140	0.008	1.069

Fonte: elaborado pela autora.

DISCUSSÃO

No presente estudo, realizado no contexto da pandemia de Covid-19, com crianças de 5 a 7 anos e 11 meses matriculadas na estratégia de saúde da família, foi constatado um número elevado de crianças com excesso de peso e distúrbios na imagem corporal. As mães demonstraram preocupação e comprometimento quanto à alimentação das crianças, no que se refere a decisões alimentares e tamanho das porções. Quanto à qualidade de vida, os meninos com excesso de peso, e não as meninas, pontuaram significativamente mais alto do que aqueles com peso adequado em relação à capacidade física, aspecto escolar e aspecto geral.

Em 2019, os dados da OMS apontaram que, no Brasil, 38,2 milhões de crianças menores de 5 anos estavam acima do peso ou obesas; e esse número aumentou para 39 milhões em 2020 (OMS, 2021). Já os dados do SISVAN, referentes ao período de janeiro a dezembro de 2020, revelaram a preocupante situação da obesidade infantil no Brasil. Entre as crianças menores de 5 anos acompanhadas no SUS, 18,2% apresentavam risco para sobrepeso, 8,5% já eram classificadas com sobrepeso e 7,4% com obesidade. No grupo etário de 5 a 10 anos, a situação não se mostrou menos preocupante. Nessa faixa etária, 15,9% das crianças apresentavam excesso de peso, 9,5% tinham obesidade e 6,3% obesidade grave (Brasil, 2020). É importante ressaltar que a obesidade infantil tem sérias consequências para a saúde física e emocional das crianças e está associada a um maior risco de desenvolvimento de doenças crônicas, como diabetes tipo 2, hipertensão arterial e problemas cardiovasculares. No entanto, além das implicações físicas, a obesidade também pode afetar de maneira significativa a saúde mental das crianças. Crianças obesas muitas vezes enfrentam desafios emocionais relacionados à sua imagem corporal, autoestima e aceitação social (Demoline e Daltoé, 2020).

Um fator que contribui para a obesidade infantil é o tempo dispendido pelas crianças em frente à tela (Giaretta et al., 2019; Nightingale et al., 2017). No contexto da pandemia do Covid-19, a adoção do ensino remoto determinou que muitas atividades, antes realizadas na escola, passassem a ser conduzidas de maneira remota. Assim houve um aumento do tempo em frente à tela, seja para assistir aulas online, jogar videogames, usar redes sociais ou assistir televisão (Andrade et al., 2022; Browne et al., 2020; Frizzo et al.; 2022; Silva e Souza, 2021). O tempo gasto em frente às telas têm sido objeto de estudo por muitos pesquisadores que buscam determinar suas consequências para a saúde da população. Giaretta et al. (2019) apontaram em seu estudo que o tempo aumentado em frente às telas está relacionado a maior

sedentarismo, aumento do ganho de peso e falta de adesão a uma alimentação saudável. Nightingale et al. (2017) também identificaram o tempo em frente às telas como um fator de risco para o desenvolvimento do excesso de peso. Esta pesquisa, realizada com 4.495 crianças em idade escolar no Reino Unido, revelou que crianças que passavam mais de três horas diárias em frente a tela tinham maior propensão a desenvolver sobrepeso em comparação aos colegas que relataram ter uma ou menos horas de tela por dia

Diversos estudos demonstraram associação entre tempo gasto em frente à tela e alteração na percepção da imagem corporal em crianças e adolescentes (Andrade et al., 2020; Júnior et al., 2020; Mata et al., 2020). Um estudo longitudinal, envolvendo 3.826 crianças e adolescentes, identificou que a cada hora adicional que estes passam utilizando mídias sociais, aumenta a chance de apresentarem problemas de imagem corporal e sintomas depressivos (Boers et al., 2019). Vernon et al (2016) identificaram que passar mais de três horas diárias em mídias sociais aumenta significativamente o risco de problemas de saúde mental, principalmente relacionados à imagem corporal, depressão e ansiedade. Estudo de Kelly et al. (2018) revelou que a associação entre tempo em frente a tela e sintomas relacionados a imagem, depressão e ansiedade podem variar de acordo com o gênero. Em nossa pesquisa, o tempo de exposição a tela das meninas estar acima do recomendado aumentou a chance destas terem alterações na percepção corporal. Isso é, as meninas que passaram mais tempo em frente a telas tiveram uma chance maior de apresentarem uma visão negativa de seus corpos. Essas mudanças podem incluir uma visão distorcida da própria imagem, insatisfação com a aparência física e preocupações excessivas com o peso e forma corporal. Diferentes pesquisadores observaram um maior número de sintomas depressivos em mulheres com alto tempo de exposição às telas em comparação a homens com o mesmo tempo de exposição (Hoare et al., 2020; Seo et al., 2022).

O uso intenso de mídias sociais também pode contribuir para sentimentos depressivos e de ansiedade em crianças e adolescentes do sexo feminino, devido à exposição a ideais irreais de beleza, além de provocações e cyberbullying, que levam a comparações sociais desfavoráveis e baixo autoestima (Grillo et al., 2023; Tana e Amâncio, 2023). É importante ressaltar que a proliferação de imagens do corpo feminino na mídia contribuiu significativamente para que as mulheres se tornassem mais conscientes de sua própria imagem corporal. À medida que as representações visuais do corpo feminino se tornaram onipresentes na sociedade contemporânea, elas moldaram percepções e expectativas em torno da aparência das mulheres. O peso

corporal emergiu como um componente central dessa narrativa, servindo como uma expressão de identidade no contexto da sociedade. A preocupação com o peso, a forma e a aparência física tornou-se uma questão dominante na vida das mulheres, refletindo uma busca incessante pela conformidade com os padrões estéticos impostos pela mídia e pela cultura. Neste contexto, a subjetividade feminina passou a estar diretamente correlacionada ao desempenho visual. As mulheres foram incentivadas a buscar a validação e a aceitação social através de sua aparência física (Silva et al., 2021; Silveira et al.; 2021; Thomaz et al., 2020). A percepção corporal das crianças, porém, não é influenciada apenas pelo tempo dispendido em frente à tela, e uma grande parcela de meninos também demonstraram alterações na percepção corporal. Esses resultados estão em consonância com estudo anterior realizado com 195 crianças pré-púberes menores de 5 anos, bem como em outro estudo envolvendo 1.081 crianças entre 5 e 10 anos. Em ambos os estudos, uma porcentagem significativa de crianças também demonstrou alterações na autopercepção corporal (Gama et al., 2021; Pedraza et al., 2018).

A influência familiar sobre a imagem corporal das crianças foi modulada pelo sexo das crianças. Um estudo recente conduzido por Gao et al. (2020), com 3.298 crianças chinesas, procurou descrever as percepções parentais da imagem corporal ideal para suas crianças. Os resultados revelaram uma diferença entre meninos e meninas, pois os pais foram cerca de três vezes mais propensos a selecionar como corpos ideais para os meninos aqueles que apresentavam sobrepeso e obesidade. Isso também foi observado em um estudo mexicano realizado com 374 mães. Os autores constataram que 40% das mães escolherem um peso abaixo da média como ideal para as meninas e com sobrepeso para os meninos. Além disso, esses meninos com sobrepeso foram percebidos adequadamente por suas mães, que disseram não se preocupar com essa situação, pois acreditavam ser algo temporário que desapareceria à medida que as crianças crescessem (Ávila-Ortiz et al., 2017).

Por outro lado, ao questionar as mães sobre o corpo dos meninos, foi observado, neste estudo, uma subestimação do IMC, enquanto, no caso das meninas houve uma inclinação a superestimar o IMC. Esse resultado é consistente com estudo anterior de Vasquez-Arevalo et al. (2018) que também encontrou um fenômeno semelhante, em que a maioria dos pais perceberam os meninos como tendo um peso adequado e as meninas como estando acima do peso, independente da classificação nutricional. Ao subestimar o peso dos filhos, os pais podem inadvertidamente incentivar um maior consumo alimentar o que contribui para o desenvolvimento de excesso de peso e

obesidade. Por outro lado, a percepção equivocada dos responsáveis em relação às meninas, classificando-as com tendo sobrepeso ou obesidade, é um problema preocupante que pode ter consequências negativas para sua saúde física e emocional. Embora existam poucos dados disponíveis sobre crianças mais novas, um estudo realizado por Winkler et al., (2018) com pais de crianças de 5 a 8 anos, revelou que mensagens verbais e não verbais negativas expressas por eles sobre o peso e a imagem corporal poderiam contribuir para o desenvolvimento de atitudes negativas das crianças em relação a si mesmas. Esses resultados ressaltam a importância dos responsáveis adotarem uma abordagem consciente e positiva em relação ao corpo, alimentação e peso. Comentários depreciativos, críticas ou provocações sobre o peso ou a aparência física das crianças influenciam significativamente sua percepção, satisfação e idealização corporal (Oliveira et al., 2020). De fato, embora conversas sobre excesso de peso e alimentação saudável possam ser bem-intencionadas, a exposição a comentários negativos sobre o corpo é um importante preditor de alteração na percepção corporal (Bergmeir, 2020). No estudo de Bermeir também foi observado uma associação de histórico parental de variação de peso e uso de dietas com a percepção corporal das meninas. Quando os pais realizam dietas, especialmente se manifestam insatisfação com seus corpos, pode ser criado um ambiente familiar que valoriza a magreza e a aparência física como critérios de aceitação e sucesso (Guimarães et al., 2020, Ferreira e Andrade, 2020). Esses dados reforçam a diferença dos gêneros em relação à percepção corporal, indicando que meninas são particularmente influenciadas pelos aspectos sociais e familiares.

Por outro lado, ao analisarmos os meninos da pesquisa, identificamos que aqueles que apresentavam sobrepeso ou obesidade tinham mais chance de ter uma percepção distorcida de seus corpos. Os resultados evidenciaram que estes meninos não possuíam uma percepção precisa de sua própria aparência. Esses achados corroboram com estudos anteriores realizados por Lombardo et al., 2018 e Tatangelo et al., 2016, que também destacaram a dificuldade que meninos com excesso de peso terem uma percepção adequada sobre si mesmas. Por outro lado, estudos realizados por Knado, 2016 e Tavares et al., 2020 demonstraram que as meninas tendem a perceber mais facilmente seu excesso de peso, influenciadas pelos estereótipos femininos de beleza constantemente veiculados pela mídia, que valorizam corpos magros. Já entre os meninos, a percepção do sobrepeso é dificultada pelo estereótipo masculino de que os meninos devem ser grandes e fortes. Esses dados ressaltam a relevância de compreender a influência do gênero e da classificação nutricional sobre a percepção corporal das crianças.

As meninas, cujos responsáveis referiram escolaridade apenas até o ensino fundamental, apresentaram maior chance de terem alterações de autopercepção corporal. Esses resultados corroboram com pesquisas anteriores (Francescato et al.; 2014; Galvão, 2019) que associaram a percepção materna incorreta com o nível de educação, indicando que níveis mais baixos de educação estão relacionados a piores níveis de percepção. O nível de escolaridade dos pais pode ser considerado como um “capital cultural”, que irá permitir às crianças uma adequada percepção de si mesma e desenvolvimento social, psíquico e educacional satisfatórios, sendo diretamente relacionado à renda familiar. No Brasil, as populações de baixa renda frequentemente residem em locais com condições precárias em saúde, educação, assistência social, cultura, esportes e lazer, o que pode limitar as oportunidades das crianças em termos de acesso à educação, alimentação saudável e ambientes seguros para brincar e se exercitar. A falta de recursos educacionais e de saúde, com exposição limitada a informações sobre saúde, bem-estar e diversidade de corpos podem contribuir para uma visão distorcida da própria imagem corporal (Hoffmann, 2020).

O dado de que crianças pré-púberes já expressam sentimentos de insatisfação corporal é preocupante. Embora existam poucos estudos para faixas etárias mais jovens, dados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa australiana que revelou que crianças a partir de 5 a 6 anos de idade também são capazes de expressar insatisfação corporal (Damiano et al., 2020). A insatisfação corporal pode ser causa de ansiedade, baixa autoestima e depressão. Diversas variáveis estão associadas a essa insatisfação, incluindo sexo, idade, histórico de preconceito em relação ao excesso de peso, classe social, bullying na infância, idade de início do excesso de peso, grau de obesidade, variação de peso ao longo da vida, presença de compulsão alimentar, crítica dos pais sobre o peso durante a infância e conversas negativas sobre o próprio corpo com amigos (Glashouwer et al., 2018; Kleemans et al., 2018; Vries et al., 2019). No entanto, uma revisão sistemática feita por Léon (2017) mostrou uma considerável heterogeneidade na frequência de insatisfação corporal em crianças relatada nos diferentes estudos primários, que variaram de 9% a 84%. Essa variação decorre da diversidade de escalas de silhuetas e instrumentos utilizados para avaliar a satisfação corporal. Nesse contexto, nosso estudo adotou escalas com imagens fotográficas que apresentam vantagens em relação às ilustrações, uma vez que facilitam a identificação do próprio corpo pelas crianças (Cuesta-Zamora et al., 2017; Pedraza et al., 2018). Essa abordagem pode melhorar a precisão e compreensão das respostas das crianças sobre sua satisfação corporal. Vale a pena salientar que insatisfação corporal é frequentemente encontrada em adultos e crianças com excesso de peso (Flores; et. al.

2017; Cuzzolaro, 2018; Siegel et al., 2021; Solano-Pinto et. al., 2021; Pedraza et. al. 2018). Estes achados corroboram com os da nossa pesquisa, onde foi constatado um número elevado de crianças com excesso de peso insatisfeitas com o próprio corpo. A insatisfação com o corpo, que muitas vezes surge como uma consequência do excesso de peso, tem sido associada a problemas psicológicos significativos, incluindo ansiedade, baixa autoestima e depressão (Flores et al., 2017; Pedraza et al., 2018). Essa relação complexa pode ter implicações profundas na saúde mental das pessoas afetadas. É importante observar que crianças com menor capacidade de autorregulação emocional podem recorrer ao uso de alimentos como uma forma de lidar com as emoções negativas, criando um ciclo vicioso que contribui para a perpetuação do excesso de peso. A falta de habilidades da criança para manejar suas emoções de forma saudável pode levar a um padrão de comportamento alimentar disfuncional e, por consequência, a um aumento do risco de desenvolver obesidade infantil (Bergmeier et al., 2020). A insatisfação com o corpo obeso pode ser influenciada por uma série de fatores, desde características individuais, como sexo, idade e grau de obesidade, até fatores sociais, como preconceito relacionado ao peso (conhecido como gordofobia), classe social, história de bullying na infância e críticas dos pais em relação ao peso da criança. Ademais conversas negativas sobre o próprio corpo com amigos também podem contribuir para a insatisfação corporal (Carvalho et al., 2020). É fundamental destacar que nem todas as pessoas obesas apresentam distúrbios de imagem corporal, mas é um aspecto psicológico frequentemente encontrado em indivíduos com excesso de peso (Cuzzolaro, 2018). A compreensão dessa questão é importante para a abordagem adequada de pessoas que estão enfrentando essas questões e para evitar generalizações.

Em relação à idealização corporal das crianças, esta foi significativamente diferente de acordo com a classificação do IMC e, quanto maior o IMC, maior a discrepância entre o corpo idealizado e o real (Paterna et al, 2021). Estudos prévios, realizados em contexto não pandêmico, demonstraram relação entre comentários de colegas na escola, caracterizados como bullying sofrido ou presenciado e a idealização de um corpo não condizente com o real (Brito et al., 2020; Magalhães et al., 2021; Souza et al, 2021). Durante a pandemia, porém, essa influência foi menor e família e mídia passaram a ser os principais agentes capazes de modular a satisfação e idealização corporal das crianças. No Brasil, a televisão é o recurso midiático mais utilizado pela população, seguida pela internet, e essas duas plataformas têm exposto cada vez mais o conceito de um padrão estético único de beleza e sucesso, que valoriza corpos considerados perfeitos (Barros et al., 2023). Ter uma “boa aparência” tornou-se,

portanto, um desejo social e os meios de comunicação transmitem a ideia de que alcançá-la melhora o status social e, automaticamente, traz maior prestígio (Hilários et al., 2023). Há, porém, uma diferença nos padrões impostos para meninos e meninas. Segundo esses padrões, os corpos femininos devem ser magros e curvilíneos e os masculinos musculosos e fortes, transmitindo a ideia de que os corpos das meninas devem ser menores e os dos meninos maiores (Mendes et al., 2023). Isso pode explicar o desejo manifesto pelas meninas da presente amostra por silhuetas menores e dos meninos eutróficos por silhuetas maiores. A preferência das meninas por corpos menores também foi apontada em um estudo australiano. A pesquisa foi realizada com crianças na faixa etária de 5 a 6 anos que, após identificarem as silhuetas que consideravam mais adequadas, foram questionadas sobre a razão de sua escolha. As silhuetas mais finas (menores), escolhidas pelas meninas, foram associadas a adjetivos como gentileza, simpatia e beleza; já as silhuetas maiores foram apontadas como mal-educadas, chatas e horríveis (Gordon et al., 2021). Outro estudo (Andersen e Swami, 2021) também descreveu que 42% de sua amostra infantil identificou as figuras de pessoas classificadas como obesas como mais feias e as figuras classificadas como eutróficas como mais bonitas, mais saudáveis e mais bem-comportadas. Estes dados ressaltam a necessidade de se estudar as representações corporais na sociedade desde as idades mais tenras, para o desenvolvimento de iniciativas educacionais e sociais que promovam a diversidade e aceitação de diferentes tipos de corpos, visando combater preconceitos e construir uma base sólida para a autoestima e saúde mental das crianças.

A análise das concepções e atitudes dos pais em relação à alimentação de seus filhos e sua evolução ponderal mostrou que mães e avós são as principais responsáveis pelo cuidado diário da criança e sua alimentação. Assim, embora ambos os pais exerçam influência na formação dos hábitos alimentares dos filhos, a presença da figura feminina emergiu como um fator determinante na construção do padrão nutricional infantil. Nesse sentido, as práticas e estratégias adotadas pelas mães durante as rotinas alimentares cotidianas desempenham um papel crucial na orientação de escolhas alimentares que atendam às necessidades nutricionais adequadas (Huçalo et al., 2017). É importante ressaltar que o contexto familiar introduz uma complexidade adicional, sendo palco de diversos fatores que podem impactar no peso da criança e seu padrão alimentar. Entre esses fatores, incluem-se renda familiar, percepção dos pais sobre o estado nutricional de seus filhos, escolaridade dos progenitores e peso parental. Esses elementos interagem de maneira intrincada, moldando a experiência alimentar da criança e, por conseguinte, seu desenvolvimento nutricional. Ao reconhecer a relevância

das mães e avós na formação dos hábitos alimentares infantis, é essencial adotar abordagens que promovam uma compreensão ampliada sobre a influência de diferentes variáveis no contexto familiar (Galdino et al., 2023). Dessa forma, o entendimento profundo desses fatores pode contribuir para estratégias mais eficazes de promoção de hábitos alimentares saudáveis e prevenção de problemas relacionados ao peso e à saúde nutricional das crianças.

No presente estudo, a subescala PR do questionário alimentar CFQ, que diz respeito à responsabilidade parental sobre a alimentação da criança, alcançou maiores pontuações. Esses dados estão de acordo com estudos recentes, que aplicaram o CFQ em populações com número amostral bastante similar (Pedroso et al., 2019). Não houve diferença significativa na pontuação das diferentes subescalas do CFQ de acordo com o sexo das crianças, o que significa que as tendências apontadas nesta pesquisa valem tanto para meninos quanto para meninas. Os resultados descritos demonstram preocupação e comprometimento das mães quanto à alimentação das crianças, no que se refere a decisões alimentares e tamanho das porções, frente a um cenário pandêmico em tornou mais difícil a aquisição de alimentos nutricionalmente adequados (Lima et al., 2020). A pandemia, ao destacar a importância crucial de uma nutrição adequada para fortalecer a saúde e o sistema imunológico das crianças, pode ter desempenhado um papel significativo nessa percepção elevada de responsabilidade materna. A repetida divulgação pela mídia do vínculo entre uma dieta saudável e a proteção contra os riscos da infecção pelo COVID-19 pode ter influenciado as mães, contribuindo para uma maior pontuação na subescala em questão (Polo et al., 2021). Esses achados sublinham a complexidade e interconexão entre fatores sociais, de saúde e ambientais que moldam as atitudes maternas em relação à alimentação infantil. Em períodos desafiadores, como o vivenciado durante a pandemia, compreender essas dinâmicas torna-se essencial para desenvolver estratégias de apoio às famílias na promoção de hábitos alimentares saudáveis para as crianças. A interdisciplinaridade entre saúde pública, nutrição e comunicação social é crucial para enfrentar desafios emergentes, como os determinados pela pandemia, e promover um ambiente alimentar positivo para o desenvolvimento infantil.

As subescalas PPC e PrC do CFQ, que dizem respeito à percepção e preocupação com o peso da criança, apresentaram as pontuações mais baixas, mesmo diante da ampla divulgação dos efeitos negativos do excesso de peso no contexto da pandemia da COVID-19. Estudos mostraram que o excesso de peso pode contribuir para o aumento da gravidade da doença, prolongar o tempo de internação, gerar

complicações e aumentar a taxa de mortalidade associada ao vírus (Medeiros et al., 2023). A aparente falta de percepção e preocupação das mães em relação ao peso excessivo de seus filhos pode ser interpretada como um reflexo de uma tendência, destacada na literatura científica atual, de normalização do corpo obeso, especialmente em populações de baixa renda e baixa escolaridade (Medeiros et al., 2024). Estudos também evidenciaram que mães com menor nível de escolaridade enfrentam dificuldades em reconhecer o excesso de peso em seus filhos, mesmo na faixa etária abordada nesta pesquisa (Kempe, 2021). A literatura enfatiza que a dificuldade dos pais em perceber o peso real de seus filhos se acentua quando se trata de crianças que apresentam apenas sobrepeso e pertencem a faixas etárias mais jovens. Frequentemente, esses pais caracterizam erroneamente essas crianças como "fortes" e "bem nutridas" (Gualdi-Russo et al., 2022). Um estudo conduzido no Nordeste brasileiro exemplifica essa tendência, revelando que os pais descreviam seus filhos com excesso de peso como tendo uma "estrutura larga", corpos "fortes" e "ossos grandes". As mães, por sua vez, afirmavam que as crianças eram ativas e não viam necessidade de intervenções nutricionais, uma vez que não apresentavam queixas de saúde e estavam em fase de crescimento (Dal Pas et al., 2019). Por outro lado, as mães que reconheciam o excesso de peso de seus filhos demonstravam uma maior preocupação com essa questão.

Os dados também revelaram que a preocupação com o peso da criança foi maior entre os responsáveis que apresentavam IMC aumentado. Estes responsáveis podem estar mais cientes das consequências físicas e psicossociais do excesso de peso, uma vez que experimentam em seu dia a dia os seus efeitos negativos. Por outro lado, embora a preocupação com o peso da criança possa indicar maior nível de envolvimento dos pais na nutrição e cuidado dos filhos com excesso de peso, tal prática carrega potenciais efeitos negativos de longo prazo, como a possibilidade de estigmatização da criança. É sabido que crianças e adolescentes podem sofrer abuso verbal e/ou físico associado ao excesso de peso, acarretando marginalização, exclusão e discriminação social. As consequências individuais da estigmatização podem ser baixa autoestima, rejeição do corpo real, transtornos alimentares, menor rendimento escolar, depressão, ingestão alimentar aumentada compensatória e redução da atividade física com o objetivo de diminuir a exposição do próprio corpo (Taroze e Pessa, 2020). Portanto, o estilo parental, na forma de educar as crianças sobre nutrição e no grau de controle alimentar, é diferente, dependendo dos valores, experiências pessoais, habilidade de comunicação e padrão de consumo dos próprios pais e responsáveis. Este estudo mostrou que dados do histórico pessoal das crianças, como nascimento prematuro,

podem influenciar a maneira como as cuidadoras enxergam seus filhos durante toda a infância, por exemplo, dificultando a percepção de excesso de peso desses filhos. As mães desta pesquisa revelaram ainda exercer pressão sobre as filhas, mesmo as eutróficas, para que façam escolhas alimentares saudáveis e regulem a quantidade de alimento ingerido, o que pode potencializar o surgimento de transtornos alimentares nesta população particularmente susceptível. Ainda sobre as atitudes maternas, as mães de crianças com tempo de tela acima do recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria, cientes da pressão consumista veiculada pelos meios de comunicação, referiram maior preocupação com o peso dos filhos e mais intervenções de restrição alimentar, principalmente se respaldadas pela presença paterna no domicílio, como também foi descrito na literatura (Santos et al., 2021).

A conscientização de que o excesso de peso acarreta riscos progressivos à saúde pode motivar os pais a buscarem ativamente propostas estruturadas e multidisciplinares de educação nutricional infantil. No entanto, é crucial notar que práticas parentais direcionadas para um controle excessivo sobre a alimentação das crianças, incluindo restrições de alimentos pouco saudáveis e monitoramento rigoroso das porções, podem paradoxalmente resultar em um aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, quando disponíveis. Essas práticas também podem interferir nos sinais internos de fome e saciedade, impactando assim a autorregulação do apetite da criança (Garcia et al., 2018). Esse cenário destaca a complexidade das dinâmicas entre percepção dos pais, preocupação com o peso e estratégias alimentares adotadas, ressaltando a necessidade de abordagens equilibradas e individualizadas na promoção da saúde infantil. É crucial ressaltar que a falta de reconhecimento do verdadeiro estado nutricional da criança pode desencadear atitudes parentais inadequadas em relação à alimentação, contribuindo para agravar tanto as situações de sobrepeso quanto as de subnutrição. Esse fenômeno destaca a importância não apenas da informação sobre os riscos associados ao excesso de peso, mas também da conscientização sobre a importância de uma percepção adequada do corpo infantil. Abordagens que levem em consideração a influência de fatores socioeconômicos e educacionais podem desempenhar um papel crucial na promoção de uma compreensão mais precisa do estado nutricional das crianças, contribuindo assim para estratégias eficazes de intervenção e prevenção.

Os dados de qualidade de vida, obtidos pelo Questionário PedsQL 4.0, revelaram que não houve diferença estatística entre meninas com peso adequado e excesso de peso em relação aos diferentes aspectos do questionário. Entretanto, os meninos com

excesso de peso pontuaram significativamente mais alto do que os com peso adequado em relação à capacidade física, aspecto escolar e aspecto geral. Estes resultados podem ser interpretados considerando as diversas variáveis que influenciam a percepção da qualidade de vida. Primeiramente, é relevante considerar as expectativas sociais e culturais em torno do corpo físico e da imagem corporal. As pressões e normas sociais podem impactar de maneira diferente nos meninos e nas meninas e, para as meninas, as expectativas relacionadas à aparência física e à adequação a padrões de beleza se refletem em toda a gama da classificação nutricional, inclusive em meninas eutróficas, explicando a falta de diferença estatística entre meninas com peso normal e excesso de peso nos diferentes aspectos do questionário (Elias et al., 2023). Em contrapartida, a pontuação mais alta dos meninos com excesso de peso no Questionário PedsQL 4.0 pode ser resultado de uma série de fatores. A sociedade muitas vezes valoriza a aparência física em termos de capacidade atlética e força para os meninos. Os meninos com excesso de peso nessa faixa etária, ao se destacarem em tamanho, frequentemente associado à capacidade física, podem, na visão dos pais, terem uma melhor performance frente aos desafios do meio social e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida. Além disso, a menor estigmatização associada ao peso em meninos, especialmente aqueles com sobrepeso nesta faixa etária, faz com que os pais se preocupem com outros aspectos de suas vidas (Matela e Martins, 2023). Outro fator a ser considerado é o impacto psicossocial do excesso de peso, que pode variar entre meninos e meninas. Para os meninos, a pontuação mais alta em aspectos escolares e no aspecto geral pode sugerir que o excesso de peso não está exercendo um impacto negativo significativo em suas interações sociais e desempenho acadêmico, o que pode contribuir para uma percepção global mais positiva de sua qualidade de vida (Gaspar et al., 2023; Scagliusi, 2021; Setyaningsih et al., 2023). Uma possível explicação para essa disparidade pode residir em estereótipos de gênero que moldam as expectativas sociais e as percepções sobre as capacidades e habilidades de meninos e meninas. Historicamente, a sociedade muitas vezes atribuiu valores distintos aos comportamentos e realizações de meninos e meninas. Meninos, por vezes, são associados a características como força física, assertividade e desempenho acadêmico, enquanto as meninas podem ser mais associadas a atributos como sociabilidade, empatia e conformidade com padrões estéticos (Hazzard et al., 2022; Silva, 2023). Esses estereótipos de gênero podem se refletir nas percepções dos responsáveis em relação às crianças com excesso de peso, influenciando a forma como são avaliadas em termos de qualidade de vida e desempenho escolar. No contexto escolar, a percepção de que meninos com excesso de peso têm uma melhor inserção pode estar relacionada à valorização de características consideradas "masculinas" no ambiente

educacional. Isso pode incluir a participação em atividades esportivas, interações sociais e até mesmo o desempenho acadêmico, onde as habilidades físicas muitas vezes são percebidas como mais cruciais para os meninos (Agapto, 2022; Sudo, 2024). Quanto ao aspecto geral da qualidade de vida, a pontuação mais alta para os meninos com excesso de peso pode refletir a ideia de que as experiências sociais e a satisfação global são mais positivas para eles. Essa percepção pode ser influenciada por estereótipos de gênero que associam meninos com excesso de peso a uma maior resiliência ou à minimização de preocupações com a imagem corporal em comparação com as meninas (Fagundes, 2022; Li et al., 2023; Uzun et al., 2023). Essa diferenciação nas expectativas pode resultar em tratamentos desiguais e impactar a autoestima e o desenvolvimento dessas crianças. É crucial reconhecer que a perpetuação desses estereótipos não apenas limita o potencial individual de cada criança, mas também contribui para a criação de uma visão distorcida e restritiva sobre o que é considerado aceitável ou desejável com base no gênero. Em suma, a falta de diferença estatística entre meninas com peso adequado e excesso de peso, em contraste com a pontuação mais alta dos meninos com excesso de peso, destaca a complexidade das influências sociais, culturais e psicossociais na percepção de qualidade de vida de crianças. Este fenômeno sublinha a necessidade de uma abordagem mais abrangente na análise dessa variável, considerando múltiplos fatores. A compreensão da qualidade de vida dessas crianças vai além de uma análise unidimensional e requer uma apreciação mais holística das complexidades envolvidas. Ao considerar fatores como normas culturais, expectativas sociais, interações familiares e autoimagem, podemos obter insights mais profundos sobre as experiências singulares vivenciadas por crianças nas diferentes faixas de classificação nutricional. Portanto, além de abordar questões relacionadas ao excesso de peso, é fundamental desafiar e redefinir esses estereótipos para promover uma sociedade mais inclusiva e justa, na qual todas as crianças tenham oportunidades iguais para prosperar e alcançar seu pleno potencial (Deek et al., 2023; Moradi et al., 2023; Oliveira et al., 2023; Raiter et al., 2023; Rodgers et al., 2023).

Quanto ao aspecto emocional, a baixa escolaridade dos responsáveis e o tempo elevado da criança em frente à tela tiveram uma menor pontuação no escore emocional. Isso pode ser explicado pelo fato de responsáveis com baixa escolaridade poderem enfrentar limitações no acesso a informações sobre práticas parentais e estratégias para promover o desenvolvimento emocional saudável das crianças. A falta de conhecimento sobre estratégias de suporte emocional pode influenciar negativamente a pontuação no escore emocional. O tempo elevado da criança em frente à tela pode estar relacionado a padrões de comportamento sedentário e ao consumo excessivo de conteúdo digital,

que podem afetar a saúde emocional das crianças, já que a exposição prolongada a certos tipos de conteúdo, como jogos violentos ou redes sociais, pode ter impactos negativos na saúde mental (Barbosa et al., 2023; Eisenstein, 2023; Galvão e Melo, 2023). O tempo prolongado em frente à tela pode estar associado à redução das interações sociais, o que é crucial para o desenvolvimento emocional. A falta de interações interpessoais pode levar a uma menor compreensão das emoções e habilidades sociais, impactando negativamente o escore emocional. Esses resultados destacam a necessidade de intervenções que abordem não apenas o ambiente digital e o tempo de exposição das crianças à tela, mas também o fornecimento de recursos educacionais e de suporte emocional para responsáveis, especialmente aqueles com níveis mais baixos de escolaridade (Martins e Almeida, 2023; Viola et al., 2023).

O presente estudo diferencia-se dos anteriores, que mostraram uma relação importante entre a insatisfação corporal e comentários realizados por colegas na escola, caracterizando o bullying, tanto sofrido quanto presenciado, como um fomentador da idealização de um corpo não condizente com o real (Tatangelo et. al., 2016). Neste estudo, realizado no contexto da pandemia de COVID-19 e do isolamento social, o fator relacionado ao ambiente escolar, onde as crianças normalmente vivenciam diversas interações e atividades, foi minimizado. As restrições impostas pela pandemia reduziram significativamente o tempo que as crianças passavam na escola, deslocando a maioria das suas experiências para o ambiente doméstico. Com isso, outros fatores relevantes ganharam destaque, especialmente a influência da mídia e da família. O aumento do tempo de tela expôs as crianças a mais conteúdos midiáticos, o que potencialmente impactou sua percepção corporal e comportamentos alimentares. Paralelamente, a intensificação do convívio familiar, devido ao maior tempo passado em casa, aumentou a influência dos pais e responsáveis sobre as crianças. Esse maior contato pode ter afetado diretamente a formação da imagem corporal, as atitudes alimentares e a percepção de qualidade de vida das crianças, evidenciando a importância das dinâmicas familiares e do consumo de mídia durante o período de isolamento. Essa situação de excepcionalidade, ao mesmo tempo que forneceu subsídios únicos para o entendimento do processo de construção da imagem corporal, dificulta a generalização dos achados para as situações de normalidade do convívio social. Estudos comparativos entre os resultados encontrados na pandemia e após a normalização da rotina diária podem ajudar a esclarecer os efeitos do isolamento social e do estresse psicológico do período pandêmico, e suas consequências, a curto e longo prazo, sobre a imagem corporal dessas crianças.

Em relação aos dados do CFQ, este estudo tem como limitação o fato de ter realizado uma avaliação apenas indireta das práticas e crenças alimentares dos

responsáveis, a partir de relatos e não de observação direta do contexto alimentar durante a realização de refeições pela família, o que pode trazer vieses. Além disso, a amostra do estudo foi composta predominantemente por famílias adscritas a USF localizadas em áreas de vulnerabilidade social, fato que pode limitar extrapolações para a população geral. Nesse sentido, recomenda-se a realização de novas pesquisas que comparem populações com diferentes perfis econômico e social, e que utilizem ferramentas e métodos variados de coleta e análise de dados, ampliando com isso o poder analítico e inferencial dos resultados. Apesar das limitações, este é um estudo importante por possibilitar a análise de dados sobre as crenças e atitudes das cuidadoras em relação à alimentação e evolução ponderal dos filhos durante a pandemia, que podem servir como referência para estudos futuros e para elaboração de estratégias de educação nutricional voltadas para a população pediátrica.

No que diz respeito aos dados do PedsQL 4.0, esta pesquisa apresenta uma limitação, pois se baseou exclusivamente na percepção das cuidadoras em relação aos filhos, não incorporando a perspectiva direta das próprias crianças sobre sua qualidade de vida. Essa abordagem unidimensional pode ter impactos na interpretação dos resultados, visto que a compreensão das experiências e avaliações subjetivas das crianças sobre seu próprio bem-estar é crucial para uma análise abrangente. Além disso, é relevante considerar que o questionário utilizado abordou apenas alguns aspectos específicos da qualidade de vida. Isso implica que certos elementos influentes podem não ter sido plenamente explorados, limitando a profundidade da compreensão alcançada. Vale destacar que, dada a aplicação do questionário em um contexto de pandemia, as respostas obtidas podem ter sido influenciadas por fatores singulares associados a esse período desafiador, introduzindo variáveis adicionais que podem ter contribuído para os diferentes dados observados. Diante dessas limitações, é fundamental interpretar os resultados com cautela e reconhecer a necessidade de abordagens mais abrangentes em pesquisas futuras.

CONCLUSÃO

Neste trabalho, realizado durante a pandemia da COVID-19, em pleno isolamento social, a convivência escolar e a influência dos pares foram minimizadas. Dessa forma, outros fatores passaram a ser especialmente relevantes, como a influência da mídia, pelo aumento do tempo de tela, e a influência familiar, que se intensificou devido ao maior tempo de convívio entre os membros confinados no domicílio. Essa situação de excepcionalidade, forneceu subsídios únicos para o entendimento do papel da mídia e da família no processo de construção da imagem corporal infantil, ao mesmo tempo que dificultou a generalização dos achados para as situações de normalidade do convívio social. Estudos comparativos entre os resultados obtidos na pandemia e após a normalização da rotina das crianças, de diferentes procedências e nível socioeconômico, com acompanhamento longitudinal e reavaliações periódicas, podem ajudar a esclarecer melhor toda a gama de efeitos do isolamento social, do intenso convívio familiar e do aumento da exposição à mídia sobre a imagem corporal das crianças, e também as suas consequências a longo prazo.

Quanto às crenças e atitudes dos responsáveis em relação à alimentação e à evolução ponderal das crianças, a percepção de que os responsáveis no período pandêmico se preocuparam principalmente com a nutrição das suas crianças pode trazer como consequência uma maior aderência destas a vários aspectos do cuidado nutricional infantil no período pós-pandemia. Esses programas, direcionados à população pediátrica como um todo, independente do reconhecimento pelos pais da classificação antropométrica de seus filhos e da estigmatização do excesso de peso, podem resultar em importantes benefícios de longo prazo à saúde dessa população, principalmente quando elaborados e acompanhados por equipe multidisciplinar. Em relação ao papel dos determinantes sociodemográficos, de histórico de saúde e hábitos de vida, deve-se considerar a possibilidade de que a ênfase dos pais responsáveis na alimentação e seu monitoramento descritos neste estudo possa ser também fruto do empobrecimento da população decorrente da pandemia e da dificuldade em fornecer às crianças uma nutrição minimamente adequada, o que precisa ser levado em conta no delineamento de políticas públicas voltadas à saúde destas crianças.

O período desafiador da pandemia trouxe à tona uma série de reflexões sobre as prioridades e as percepções em relação à segurança alimentar e qualidade de vida das crianças. Durante esses tempos incertos, a preocupação primordial dos pais concentrou-se não apenas na manutenção da saúde física, mas também na preservação do equilíbrio emocional de seus filhos. De maneira notável, a tradicional

ênfase no peso corporal como um indicador essencial de qualidade de vida foi desafiada e, em alguns casos, substituída por uma apreciação mais profunda das habilidades adaptativas e do bem-estar emocional. A percepção de que a resiliência e a saúde mental desempenham um papel crucial na adaptação a situações adversas alterou significativamente as prioridades e os critérios de avaliação dos pais em relação às crianças. Assim, este cenário único revelou a importância de se adotar uma abordagem holística e inclusiva ao considerar a qualidade de vida infantil.

REFERÊNCIAS

1. Agapto, L. M. D. S. (2022). Isto já não é mais um conto de fadas: estereótipos femininos na literatura infantil.
2. Almeida, A. C. DE et al. Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil – Revisão sistemática de literatura. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 34, n. 1, p. 122–131, 1 mar. 2016.
3. Almeida-Brasil, C. C., Silveira, M. R., Silva, K. R., Lima, M. G., Faria, C. D. C. D. M., Cardoso, C. L., Ceccato, M. D. G. B. (2017). Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1705-1716.
4. Amaral, P. L.D., dos Santos Motta, J. V., Moreira, F. P. (2021). Análise da relação entre a saúde mental parental e o comportamento alimentar infantil: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(3).
5. Andersen, N., Swami, V. Science mapping research on body image: A bibliometric review of publications in *Body Image*, 2004–2020. *Body Image*, 38, 106-119. 2021.
6. Andrade, B.M.; Barreto, A.S.M.; Campos, A.M.; Carranza, B.L.P.; Santada, L.M.C.B.S.; Almeida, L.M.G.F.D.; Ribeiro, M.C.; Mendonça, N.P.V.; Mendonça, V.P.V.; Soares, A.C.G.M. Os fatores associados à relação entre tempo de tela e aumento de ansiedade em crianças e adolescentes durante a pandemia de COVID-19: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 8, 2022
7. Ariès, P. História social da criança e da família. 2a ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
8. Ascef, B. D. O., Haddad, J. P. A., Álvares, J., Guerra, A. A., Costa, E. A., Acurcio, F. D. A., Silveira, M. R. (2017). Health-related quality of life of patients of Brazilian primary health care. *Revista de saude publica*, 51.
9. Ávila-Ortiz, M. N., Castro-Sánchez, A. E., Zambrano-Moreno, A. Mexican mothers' perceptions of their child's body weight. *Health & Social Care in the Community*, 25(2), 569-577. 2017.
10. Azevedo, T. L. D., Cia, F., Spinazola, C. D. C. (2019). Correlação entre o relacionamento conjugal, rotina familiar, suporte social, necessidades e qualidade de vida de pais e mães de crianças com deficiência. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 25, 205-218.
11. Barbosa D.V, C. S., Rocha, J. G. P., Lopes, H. A. T. (2023). OS EFEITOS DO USO DE TELAS NA SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. *Facit Business and Technology Journal*, 1(43).
12. Barcelos, T. D. N. D, Muniz, L. N., Dantas, D. M., Cotrim Junior, D. F., Cavalcante, J. R., Faerstein, E. (2021). Análise de fake news veiculadas durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e65.
13. Barros, D. D. (2005). Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 12, 547-554.

14. Barros, P. H. A., Lima, C. S., da Costa Morais, S. S., Carvalho, L. R. D. M. S. IMPACTOS DA MÍDIA E FATORES ASSOCIADOS NA INSATISFAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL EM ADOLESCENTES. *RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218*, 4(6). 2023.
15. Becker, S. M. D. S., Piccinini, C. A. (2019). Impacto da creche para a interação mãe-criança e para o desenvolvimento infantil. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 35.
16. Bergmeir, H., et al. Maternal body dissatisfaction in pregnancy, postpartum and early parenting: an overlooked factor implicated in maternal and childhood obesity risk. *Appetite*. 2020.
17. Birch LL, Fisher JO, Grimm-Thomas K, Markey CN, Sawyer R, Johnson SL. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*. 2001; 36(3):201-10. Available from:<http://dx.doi.org/10.1006/appe.2001.0398>.
18. Boer, M., Stevens, G. W., Finkenauer, C., de Looze, M. E., & van den Eijnden, R. J. Social media use intensity, social media use problems, and mental health among adolescents: Investigating directionality and mediating processes. *Computers in Human Behavior*, 116. 2021.
19. Brandl, C. E. H. (2000). A consciência corporal na perspectiva da educação física. *Caderno de Educação Física e Esporte*, 51-66.
20. Brito, A. A., Thimóteo, T. B., & Brum, F. Redes sociais, suas implicações sobre a imagem corporal de estudantes adolescentes e o contexto da pandemia do coronavírus (COVID-19). *Temas em Educação Física Escolar*, 5(2), 105-125. 2020.
21. Bronfenbrenner U, Evans GW. Developmental science in 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Soc Dev*. 2000;9:115-25.
22. Brasil. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei 8.069/90. São Paulo, Atlas, 1991.
23. Brasil. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) [página na Internet]. IBGE Cidades. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/>. Acessado em 20 dez. 2021.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
25. Brasil. Ministério da Saúde . Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. 2014.
26. Brasil. Resolução/FNDE/CD/nº 32 de 10 de agosto de 2006. Estabelece as normas para a execução do Programa Nacional de Alimentação Escolar. *Diário Oficial da União* 2006; 10 ago.
27. Bronfenbrenner, U.; Evans, G. W. Developmental science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. **Social development**, v. 9, n. 1, p. 115-125, 2000.

28. Brum, M. M. D. (2021). O excesso de peso na infância e adolescência e o risco para diabetes tipo II: uma revisão de produção científica presente na Biblioteca Virtual de Saúde, 2016-2021.
29. Bujes, M.I.E. Infância e maquiagem. Tese de doutorado. Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2001.
30. Burychka, D., Miragall, M., Baños, R. M. (2021). Towards a comprehensive understanding of body image: Integrating positive body image, embodiment and self-compassion. *Psicologica Belgica*, 61(1), 248.
31. Buss, J., Stoltz, T. (2020). Perceptions of beauty standards among children. *Psicologia Escolar e Educacional*, 24.
32. Caivano, S., Lopes, R. F., Sawaya, A. L., Domene, S. M. Á., Martins, P. A. (2017). Conflitos de interesses nas estratégias da indústria alimentícia para aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e os efeitos sobre a saúde da população brasileira. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, 12(2), 349-360.
33. Capistrano, G. B., Costa, M. M., de Freitas, A. E., Lopes, P. R. S., Gonzáles, A. I., Sonza, A., Lamounier, J. A. Obesidade infantil e suas consequências: uma revisão da literatura. *Conjecturas*, 22(2), 47-58. 2022.
34. Caranha, A. L. (2021). Obesidade infantil e correlação com atitudes alimentares, imagem corporal, depressão e qualidade de vida.
35. Carvalho, G. X. D., Nunes, A. P. N., Moraes, C. L., Veiga, G. V. D. (2020). Insatisfação com a imagem corporal e fatores associados em adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 2769-2782.
36. Carvalho, M. P. C., Leite, C. R., de Souza, D. Q. M. Percepção dos pais de crianças pequenas sobre o Ensino Remoto e o Estilo Parental assumido durante a pandemia do COVID-19. *Sala 8: Revista Internacional em Políticas, Currículo, Práticas e Gestão da Educação*, 1(1), 137-158. 2021.
37. Cash, T. F. (2012). Cognitive-behavioral perspectives on body image.
38. Cash, Thomas F.; Smolak, Linda. **Body image: A handbook of science, practice, and prevention**. 2. ed. New York: The Guilford Press, 2011.
39. Castro, A. P.D., Lopes, N. E., Moreira, T. B. V., Oliveira, T. A., & Rodrigues, T. C. M. M. (2020). Os impactos da mídia na imagem corporal impacts of media on body image. *TCC-Psicologia*.
40. Catão, L. G., Tavares, R. L. (2020). Técnicas da nutrição comportamental no tratamento dos transtornos alimentares. *Revista Campo do Saber*, 3(1).
41. Catuzzo, M. T., Oliveira, I. S., da Silva Oliveira, D., Beltrão, N. B., Lima, T. D. J. S., Feitoza, A. H. (2018). Análise de níveis desenvolvimentais nas habilidades de controle de objetos em pré-escolares. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 32(1), 109-119.
42. Chooi, Y. C., Ding, C., Magkos, F. (2019). The epidemiology of obesity. *Metabolism*, 92, 6-10.

43. Christie, A., Brooks, J. T., Hicks, L. A., Sauber-Schatz, E. K., Yoder, J. S., Honein, M. A., Team, R. (2021). Guidance for implementing COVID-19 prevention strategies in the context of varying community transmission levels and vaccination coverage. *Morbidity and mortality weekly report*, 70(30), 1044.
44. Chu, D. T., Nguyet, N. T. M., Nga, V. T., Lien, N. V. T., Vo, D. D., Lien, N., Pham, V. H. An update on obesity: Mental consequences and psychological interventions. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 13(1), 155-160. 2019.
45. Cipriani, F. M., Neves, C. M., Ferreira, M. E. C. (2022). Imagem corporal na infância: uma investigação escolar com grupos focais. *Pro-Posições*, 33.
46. Cohn, C. Concepções de infância e infâncias: um estado da arte da antropologia da criança no Brasil. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, v. 13, p. 221-244, 2020.
47. Corrêa, E. N., Neves, J. D., Souza, L. D. D., Floritino, C. D. S., Porrua, A. P., Vasconcelos, F. D. A. G. Alimentação escolar em tempos de Covid-19: mapeamento das estratégias de execução da política pública pelos gestores estaduais. *Revista de Nutrição*, 33. 2020.
48. Consolação, G. C. F. (2003). *Imagem corporal-Conceito e desenvolvimento*. Editora Manole Ltda.
49. Cruz, B. D. Q., Pottker, C. A. (2017). As contribuições da equoterapia para o desenvolvimento psicomotor da criança com transtorno de espectro autista. *Uningá Review*, 32(1), 147-158.
50. Cuesta-Zamora, Cristina; Navas, Leandro. A Review of Instruments for Assessing Body Image in Preschoolers. *Universal Journal Of Educational Research*, [s.l.], v. 5, n. 10, p.1667-1677, out. 2017. Horizon Research Publishing Co., Ltd.. <http://dx.doi.org/10.13189/ujer.2017.051001>.
51. Cucinotta, D. ; Vanelli, M. WHO declares COVID-19 a pandemic. **Acta bio medica: Atenei parmensis**, v. 91, n. 1, p. 157, 2020.
52. Cunha, K. S. D. (2017). Relações entre risco psicossocial familiar, coping do tratamento da obesidade infantil e controle parental da alimentação.
53. Cuzzolaro, M. (2018). Body Schema and Body Image: History and Controversies. In: Cuzzolaro, M., Fassino, S. (eds) *Body Image, Eating, and Weight*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-90817-5_1
54. Dal Pas, K., Soder, T. F., & Deon, R. G. (2019). PERCEPÇÃO DOS PAIS: MEU FILHO TEM OBESIDADE INFANTIL?. *Revista Contexto & Saúde*, 19(36), 20-26.
55. Damasceno, S. S., Nóbrega, V. M. D., Coutinho, S. E. D., Reichert, A. P. D. S., Toso, B. R. G. D. O., Collet, N. (2016). Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 2961-2973.
56. Damiano, S.R., McLean, S.A., Nguyen, L., Yager, Z., Paxton, S.J. Do we cause harm? Understanding the impact of research with young children about their body image. *Body Image* 34. 59-66. 2020.
57. Dantas, R. R., Silva, G. A. P. D. (2019). O papel do ambiente obesogênico e dos estilos de vida parentais no comportamento alimentar infantil. *Revista Paulista de Pediatria*, 37, 363-371.

58. Davison KK, Birch LL. Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obes Rev.* 2001;2:159-71.
59. Deek, M. R., Prichard, I., & Kemps, E. (2023). The mother-daughter-sister triad: The role of female family members in predicting body image and eating behaviour in young women. *Body Image*, 46, 336-346.
60. Demoliner, F., Daltoé, L. COVID-19: nutrição e comportamento alimentar no contexto da pandemia. *Revista Perspectiva: Ciência e Saúde*. Osório, V. 5 (2): 36-50, 2020.
61. Duarte, H. F. F. L., Lopes, A. C. F. D., Tristão, C. R. AVALIAÇÃO DE IMPACTO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA SOBRE O CONSUMO DAS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS: UMA ANÁLISE ATRAVÉS DA POF 2008-2009. *RDE-Revista de Desenvolvimento Econômico*, 3(44). 2020.
62. Dutra, J. L. C.; Carvalho, N. C. C.; Saraiva, T. A. R. Os efeitos da pandemia de COVID-19 na saúde mental das crianças. **Pedagogia em Ação**, v. 13, n. 1, p. 293-301, 2020.
63. Eisenstein, E. (2023). Crianças, adolescentes e a era digital: benefícios e riscos. *Revista Acadêmica Licencia&acturas*, 11(1), 7-14.
64. Elias, L. R., de Souza, A. S., & Branco, P. C. C. (2023). O conceito de Imagem Corporal como produto de relações sócio-verbais: cultura, self e corpo. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 19(2).
65. Fagundes, M. (2022). Narrativas de jovens: fatores que favorecem o desenvolvimento da resiliência em ambiente de vulnerabilidade social.
66. Fausto, M. C. R., Giovanella, L., Mendonça, M. H. M. D., Seidl, H., Gagno, J. (2014). A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde em debate*, 38, 13-33.
67. Ferreira, C. S., Andrade, F. B. D. Tendência de atitudes extremas em relação ao peso em adolescentes e sua relação com suporte familiar e imagem corporal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 1599-1606. 2020.
68. Fernández, S. D., de Valderrama, B. V. F., Ortega, R. M. M., Laín, S. A., Blanco, C. R., Soria, D. J. V. (2019). Familias+ Activas: Enfermería Familiar y Comunitaria ante el reto de la atención a la Obesidad Infantil en Atención Primaria. *RqR Enfermería Comunitaria*, 7(3), 28-40.
69. Fisberg, M., Maximino, P., Kain, J., Kovalskys, I. (2016). Ambiente obesogênico-oportunidades de intervenção. *Jornal de Pediatria*, 92, 30-39.
70. Flores, P.J; Cruz, A. J; Gascón, M. i. Insatisfacción con la imagen corporal en niños y adolescentes: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, [S.L.], v. 34, n. 2, p. 479, 30 mar. 2017. ARAN Ediciones. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.455>.
71. Fonseca, C. C., Vecchi, R. L., Gama, E. F. (2012). A influência da dança de salão na percepção corporal. *Motriz: Revista de Educação Física*, 18, 200-207.
72. Francescato, C., Santos, N. S., Coutinho, V. F., & Costa, R. F. Percepção de mães sobre o estado nutricional de seus filhos com excesso de peso: revisão sistemática. *Jornal de Pediatria*, 90, 332-343. 2014.

73. Francis, L. A., Susman, E. J. (2009). Self-regulation and Rapid Weight Gain in Children From Age 3 to 12 Years. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 163(4), 297–302. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
74. Franco, M. D. G. S. D. E. C., Santos, N. N. (2015). Desenvolvimento da compreensão emocional. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 31, 339-348.
75. Freitas, J. L. G. et al. Completion of the child health record book in early childhood. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 32, p. 8407, 2019.
76. Frizzo, G. B. O uso de telas na primeira infância: o que mudou na pandemia COVID-19 e que lições ainda temos a aprender?. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, 18(2), 5-7. 2022.
77. Funari, R. (2022). A importância de atividades lúdicas e corporais na educação infantil. *GESTÃO & EDUCAÇÃO*, 5(09), 153-a.
78. Galdino, L. F. C., Andrade, S. S. D. C., Queiroz, V. C. D., Lucena, A. L. R. D., Pereira, V. C. L. D. S., & Oliveira, S. H. D. S. (2023). Experiências sobre aleitamento materno entre mães residentes em município Paraibano. *Arq. ciências saúde UNIPAR*, 2370-2389.
79. Galhardi, C. P., Freire, N. P., Minayo, M. C. D. S., & Fagundes, M. C. M. (2020). Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 4201-4210.
80. Galvão, M. D. C. Z. (2019). *Percepção materna sobre o estado nutricional de seus filhos* (Master's thesis, Universidade Federal de Pernambuco).
81. Galvão, L. A., Bocchi, J. C. (2023). Considerações teóricas sobre o corpo e o fenômeno da dor em Nasio e Le Poulichet: da imagem ao corpo em negativo. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 26.
82. Galvão, J. D. A., Melo, C. M. D. O. (2023). O USO ABUSIVO DE TELAS: OS IMPACTOS PSICOLÓGICOS EM CRIANÇAS. *Revista Foco (Interdisciplinary Studies Journal)*, 16(10).
83. Gama, S.R., Cardoso, L.D.O., Engstrom, E.M., Carvalho, M.S. Comparação entre autoimagem e índice de massa corporal entre crianças residentes em favela do Rio de Janeiro, 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde* 30 (1). 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100004>.
84. Gao, L., Ma, L., Xue, H., Min, J., Wang, H., & Wang, Y.. A 3-year longitudinal study of effects of parental perception of children's ideal body image on child weight change: The Childhood Obesity Study in China mega-cities. *Preventive medicine*, 132, 105971. 2020.
85. Garcia CL, Miguel RM, Pessa RP, Manochio-Pina MG. Eating attitudes and body image of mothers of patients with eating disorders. *DEMETERA: Alimentação, Nutrição & Saúde*. [Internet]. 2018 [cited 2022 Dec 10]; 13(3):621-33. Available from: <https://doi.org/10.12957/demetra.2018.33822>
86. Gaspar, M. J. M., Amaral, T. F., Oliveira, B. M., & Borges, N. (2011). Protective effect of physical activity on dissatisfaction with body image in children—A cross-sectional study. *Psychology of Sport and Exercise*, 12(5), 563-569.

87. Giaretta, G.G.; Trevisan, J. P.; Berndsen, L.P et al. Evaluation of the benefits and risks of the vegetarian diet: update on the topic versus common sense in times of post-truths. In: Benedito Rodrigues Da Silva Neto (ed.). *Prevenção e Promoção de Saúde* 7. 1. ed. [s.l.]: Atena Editora, 2019.
88. Glashouwer, K.A., Bennik, E.C., De Jong, P.J. *et al.* Implicit Measures of Actual Versus Ideal Body Image: Relations with Self-Reported Body Dissatisfaction and Dieting Behaviors. *Cogn Ther Res* **42**, 622–635 (2018). <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9917-6>
89. Gordia, A. P., de Quadros, T. M. B., de Oliveira, M. T. C., & de Campos, W. (2011). Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. *Revista brasileira de qualidade de vida*, 3(1).
90. Gordon, C. S., Jarman, H. K., Rodgers, R. F., McLean, S. A., Slater, A., Fuller-Tyszkiewicz, M., & Paxton, S. J. Outcomes of a cluster randomized controlled trial of the SoMe social media literacy program for improving body image-related outcomes in adolescent boys and girls. *Nutrients*, 13(11), 3825. 2021.
91. Gorman, Warren 1965 *Body image and the image of the brain* St. Louis (USA): Warren H. Green.
92. Graziano, M. S.; Botvinick, M. M. How the brain represents the body: insights from neurophysiology and psychology. **Common mechanisms in perception and action: Attention and performance XIX**, v. 19, p. 136-157, 2002.
93. Grillo, G. P., Fróes, D. N. S., Bachetti, L. G., Marra, L. J., de Oliveira, M. D., Gurgel, M. V. G., ... & Curto, H. N. Impacto do uso excessivo de multitelas no comportamento e saúde mental de crianças e adolescentes. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(2), 6841-6851. 2023.
94. Grisotti, M. Pandemia de Covid-19: agenda de pesquisas em contextos de incertezas e contribuições das ciências sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, p. e300202, 2020
95. Gualdi-Russo, E., Rinaldo, N., Masotti, S., Bramanti, B., & Zaccagni, L. (2022). Sex Differences in Body Image Perception and Ideals: Analysis of Possible Determinants. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2745.
96. Guedes DP, Guedes JE. Translation, cross-cultural adaptation and psychometric properties of the KIDSCREEN-52 for the Brazilian population. *Rev Paul Pediatr* 2011;29:364-71
97. Guimarães, T. J., Perez, A., Dunker, K. L. Impacto de práticas parentais de peso e dieta na imagem corporal de adolescentes do sexo feminino. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 69, 31-37. 2020.
98. Harrison K, Bost K, McBride B, Donovan S, Grigsby-Toussaint D, Juhee K, et al. Toward a developmental conceptualization of contributors to overweight and obesity in childhood: The six-Cs model. *Child Dev Perspect*. 2011;5:50-8
99. Hazzard, V. M., Schaefer, L. M., Thompson, J. K., Murray, S. B., & Frederick, D. A. (2022). Measurement invariance of body image measures by age, gender, sexual orientation, race, weight status, and age: The US Body Project I. *Body Image*, 41, 97-108.

100. Head, H.; Holmes, G. Sensory disturbances from cerebral lesions. *Brain*, Oxford, v. 34, p.102-254, 1911.
101. Henriques, P., Dias, P. C., Burlandy, L. (2014). A regulamentação da propaganda de alimentos no Brasil: convergências e conflitos de interesses. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, 1219-1228.
102. Heywood, J. Childhood disability: ordinary lives for extraordinary families. **Community Practitioner**, v. 83, n. 4, 2010.
103. Hilário, V., Nunes, C. L., Alves, M. P. Corpo Feminino, Padronização Corporal e Mídia: possíveis olhares desde a Educação Física. In *Congresso de Educação Física de Volta Redonda* (pp. 1-15). 2023.
104. Hoare, E., Werneck, A. O., Stubbs, B., Firth, J., Collins, S., Corder, K., & van Sluijs, E. M. Association of child and adolescent mental health with adolescent health behaviors in the UK millennium cohort. *JAMA network open*, 3(8). 2020.
105. Hoffmann, R., Vaz, D.V. Mensurando a desigualdade no Brasil. *Revista Brasileira de Economia Social e do Trabalho*. 2021.
106. Huçalo AP, Ivatiuk AL. The relationship between parenting practices and eating behavior in children. *Revista PsicoFAE* [Internet]. 2017 [cited 2022 Nov 23]; 6(2):113-28. Available from: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/141>
107. Jaime PC e Rauber F. Política nacional de alimentação e nutrição (PNAN). In: Políticas públicas de alimentação e nutrição. 2019.
108. JASP. A fresh way to do statistics. Departmente of psychological methods. University of Amsterdam [Internet]. 2018 [accessed 23 Nov. 2022]. Available from: <https://jasp-stats.org/>.
109. Jardim, J. B., de Souza, I. L. (2017). Obesidade infantil no Brasil: uma revisão integrativa. *JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750*, 8(1), 66-90.
110. Júnior, P. G. F., Paiano, R., dos Santos Costa, A. (2020). Isolamento social: consequências físicas e mentais da inatividade física em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 25, 1-2.
111. Klatchoian, D. A., Len, C. A., Terreri, M. T. R., Silva, M., Itamoto, C., Ciconelli, R. M., ... & Hilário, M. O. E. (2008). Qualidade de vida de crianças e adolescentes de São Paulo: confiabilidade e validade da versão brasileira do questionário genérico Pediatric Quality of Life InventoryTM versão 4.0. *Jornal de Pediatria*, 84, 308-315.
112. Kempe GC. Correlation between maternal perception of body image and infant body weight status [Thesis]. Brasília (DF): Universidade Católica de Brasília; 2021.
113. Kleemans, M., Daalmans, S., Carbaat, I., & Anschutz, D. Picture perfect: The direct effect of manipulated instagram photos on body image in adolescent girls. *Media Psychology*, 21(1), 93–110. 2018. <https://doi.org/10.1080/15213269.2016.1257392>
114. Kliegman, R. M., Blum, N., Shah, S. S., Tasker, R. C., Geme III, J. W. S. (Eds.). (2021). *Nelson. Tratado de pediatria*. Elsevier Health Sciences.

115. Kluthcovsky, A. C. G., & Kluthcovsky, F. A. (2009). O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31.
116. Knado, H. The development of body image in school-age girls: a review of the literature from sociocultural, social learning theory, psychoanalytic, and attachment theory perspectives. *The New School Psychology. Bulletin* 2016, Vol. 13, No. 2. 2016.
117. Landeiro, F. M., e Castro Quarantini, L.D (2011). Obesidade: controle neural e hormonal do comportamento alimentar. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 10(3), 236-245.
118. Landgraf, J. M., Abetz, L., & Ware, J. E. (1996, 1999). *The Child Health Questionnaire (CHQ): A user's manual*. 1st Printing, Boston: New England Medical Center. 2nd Printing, Boston: HealthAct.
119. Le Boulch, Jean. Introdução a Psicocinética. Tradução: Horácio F. Lisboa: Semente, 1977.
120. Leitão, R. B., Neves, L. (2017). Períodos críticos para o desenvolvimento da obesidade: perspectivas da epigenética.
121. Leppänen, M. H., Lehtimäki, A. V., Roos, E., & Viljakainen, H. (2022). Body mass index, physical activity, and body image in adolescents. *Children*, 9(2), 202.
122. Li, M. K., Patel, B. P., Chu, L., Strom, M., & Hamilton, J. K. (2023). Investigating resilience and its association with stress, anthropometrics, and metabolic health in adolescents with obesity: a pilot study. *Psychology, Health & Medicine*, 28(7), 1997-2006.
123. Lima, J. A. (2018). O envolvimento do pai: formas, fatores e consequências. *Parentalidade e gênero*.
124. Lima Freire, E. A.D., da Silva, M. E. B., da Silva, C. S., & Araújo, J. M. (2021). Fatores associados ao desmame precoce no contexto brasileiro: uma revisão da literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 1343-1355.
125. Lima MRD, Soares ACN. Healthy food in COVID-19 times: what do i need to know?. *Brazilian Journal of Health Review*. [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 10]; 3(3). Available from: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-009>
126. Lombardo, C. Studies on Body Image in Children and Adolescents with Overweight/Obesity: A Guide to Assessment Treatment, and Prevention. In *and weight – A guide to assessment, treatment and prevention*. 2018. Switzerland: Springer https://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-90817-5_14.
127. Longo, M. R.; Haggard, P. Implicit body representations and the conscious body image. *Acta Psychologica*, v. 141, n. 2, p. 164-168, 2012.
128. Lorenzato L, Cruz ISM, Costa TMB, Almeida SS. Translation and Cross-Cultural Adaptation of a Brazilian Version of the Child Feeding Questionnaire. *Paidéia*, Ribeirão Preto. 27(66):33-42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272766201705>.
129. Machado CS, Ruperto N, Silva CH, Ferriani VP, Roscoe I, Campos LMet al. The Brazilian version of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ). *Clin Exp Rheumatol* 2001;19:S25-9

130. Maciel, F. F. C., da Silva, E. B., de Lima Moura, R., de Oliveira, N. D., Dantas, E. N. D. A., Cordeiro, S. A., Donato, N. R. (2018). Análise do Aumento de Casos de Obesidade Infantil Ocasionado Pela Influência do Âmbito Familiar. *International Journal of Nutrology*, 11(S 01), Trab94.
131. Macinko, J e Mendonça, C.S. "Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados." *Saúde em Debate* 42 (2018): 18-37.
132. Magagnin, T., Silva, M. A. D., Nunes, R. Z. D. S., Ferraz, F., Soratto, J. (2021). Aspectos alimentares e nutricionais de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista. *Physis: Revista de saúde coletiva*, 31.
133. Magalhães, A. C. L.D., Baptista, G. G. Fatores associados à insatisfação com a imagem corporal em estudantes durante a pandemia de COVID-19. *Lecturas: Educación Física y Deportes*, 26(279). 2021.
134. Malta, D. C., Gomes, C. S., Szwarcwald, C. L., Barros, M. B. D. A., Silva, A. G. D., Prates, E. J. S., ... & Silva, D. R. P. D. (2021). Distanciamento social, sentimento de tristeza e estilos de vida da população brasileira durante a pandemia de Covid-19. *Saúde em debate*, 44, 177-190
135. Martins, S. S. S., & de Almeida, F. R. (2023). CAPÍTULO VI IMPLICAÇÕES DO USO DE TELAS NO DESENVOLVIMENTO INFANTOJUVENIL IMPLICATIONS OF SCREEN USE ON CHILD AND YOUTH DEVELOPMENT. *Principais dúvidas de pais de primeira viagem*, 55.
136. Martins Filho, A. J., Prado, P. D. (2020). *Das pesquisas com crianças à complexidade da infância*. Autores Associados.
137. Marques, G., Matos, M., Afonso, C., Conceição, A. P., Martins, T., Pinto, S., Pinheiro, A. R. (2018). Obesidade infantil e redução de horas de sono: resultados de um estudo transversal. *O Mundo da Saúde*, 42(4), 811-822.
138. Marques, R. N. "É tudo culpa do recreio": crianças em interação social. 2020.
139. Matela, T. C. D. O., Martins, I. C. (2023). Empoderamento através da imagem: intervenção comunitária com crianças e jovens através da autoimagem.
140. Medeiros, R.G.D., Miquelanti, A. F. Q., Duarte, S. B. B., & Amâncio, N. D. F. G. (2023). A OBESIDADE COMO FATOR DE RISCO PARA PROGRESSÃO RÁPIDA E COMPLICAÇÕES DA COVID-19. *Editora chefe Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira Editora executiva Natalia Oliveira Assistente editorial*, 71.
141. Matos, M. C. (2021). O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da COVID-19. *Humanidades & Inovação*, 8(35), 25-35.
142. Medeiros de Moraes, M. S., Macêdo, S. G. G. F., do Nascimento, R. A., Vieira, M. C. A., Moreira, M. A., da Câmara, S. M. A., ... & Maciel, Á. C. C. (2024). Dissatisfaction with body image and weight gain in middle-aged women: A cross sectional study. *Plos one*, 19(1), e0290380.

143. Meller, F. D. O., Santos, L. P. D., Miranda, V. I. A., Tomasi, C. D., Soratto, J., Quadra, M. R., Schäfer, A. A. Desigualdades nos comportamentos de risco para doenças crônicas não transmissíveis: Vigitel, 2019. *Cadernos de Saúde Pública*, 38. 2022.
144. Mendes, L. M et al. Corpos filtrados: ansiedade social por aparência, autoestima e insatisfação corporal em adolescentes nas redes sociais-uma leitura junguiana. 2023.
145. Melo, J.S. Breve histórico da criança no Brasil: conceituando a infância a partir do debate historiográfico. *Revista Educação Pública*, v. 20, nº 2, 14 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/20/2/breve-historico-da-crianca-no-brasil-conceituando-a-infancia-a-partir-do-debate-historiografico>
146. Ministério da Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Gov.br. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia>.
147. Moehlecke, Milene et al. Self-perceived body image, dissatisfaction with body weight and nutritional status of Brazilian adolescents: a nationwide study. *Jornal de Pediatria*, [s.l.], v. 96, n. 1, p.76-83, jan. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2018.07.006>.
148. Moitoso, G. S., Casagrande, C. A. (2017). A gênese e o desenvolvimento da empatia: fatores formativos implicados. *Educação por escrito*, 8(2), 209-224.
149. Moradi, M., Mozaffari, H., Askari, M., & Azadbakht, L. (2021). Association between overweight/obesity with depression, anxiety, low self-esteem, and body dissatisfaction in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 62(2), 555-570.
150. Moro, J. G., Palma, G. H. D. (2022). Gamificação como estratégia de intervenção nutricional e estilo de vida: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa*, 38(especial), 279-296.
151. Munhoz, T. N., Santos, I. S., Blumenberg, C., Barcelos, R. S., Bortolotto, C. C., Matijasevich, A., Victora, C. G. Fatores associados ao desenvolvimento infantil em crianças brasileiras: linha de base da avaliação do impacto do Programa Criança Feliz. *Cadernos de Saúde Pública*, 38, 2022.
152. Nelson textbook of pediatrics, 20th edition. Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria, 21ª edição, Barueri, SP: Manole, 2022.
153. Neves, Clara Mockdece et al. Imagem corporal na infância: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Paulista de Pediatria*, [s.l.], v. 35, n. 3, p.331-339, 20 jul. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;3;00002>
154. Nightingale, C.M; et al. O tempo de tela está associado à adiposidade e resistência à insulina em crianças. *Arquivos de Doenças na Infância*, p. 612-616, 2017.
155. Noletto, I. S., Silva, M.M.D. (2022). Aspectos Nutricionais na Obesidade Infantil: Uma Revisão de Literatura/Childhood Nutrition and Obesity: A Literature Review. *ID on line. Revista de psicologia*, 16(60), 778-793.
156. Oliveira, L. C. D., Soares, A. R. D. S., Sabatini, F., Ulian, M. D., Unsain, R. A. F., & Scagliusi, F. B. (2023). "Narrativas de Peso": relato da experiência de construção de um

- curso educativo sobre estigma relacionado ao peso corporal e o cuidado em saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 27.
157. Oliveira, R.D., Pereira, J. N., Milan, E. G. P. (2021). Avaliação da qualidade de vida com o instrumento SF-36 durante a pandemia do COVID-19: Um estudo piloto. *Research, Society and Development*, 10(9).
158. Otto, A. F. N.; Ribeiro, M. A. A escolha alimentar e a complexidade dos sistemas humanos. **Rev. Bras. Psicoter.(Online), Brasília**, 2020.
159. Paim, J.S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. saúde colet.* 23 (6) • Jun 2018 • <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
160. Passaroto, M. A. C., de Carvalho Souza, J. B., Lemes, H., Brum, F. (2021). Obesidade infantojuvenil e fatores associados: a educação física escolar como promoção da saúde em tempos de pandemia do covid-19. *Editora Chefe*, 143.
161. Paterna, A., Alcaraz-Ibáñez, M., Fuller-Tyszkiewicz, M., & Sicilia, Á. Internalization of body shape ideals and body dissatisfaction: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 54(9), 1575-1600. 2021.
162. Paxton, S. J.; Damiano, S. R.. The Development of Body Image and Weight Bias in Childhood. *Advances In Child Development And Behavior*, [s.l.], p.269-298, 2017. Elsevier. <http://dx.doi.org/10.1016/bs.acdb.2016.10.006>.
163. Pedraza D.F, Sousa, C.P da C, Olinda, R.A. de. Prevalência e fatores associados à autopercepção corporal em escolares do nordeste brasileiro. *Rev. Eletr. Enferm.* [Internet]. 16º de abril de 2018
164. Pedroso, J., Toral, N., Gubert, M. B. (2019). Maternal attitudes, beliefs and practices related to the feeding and nutritional status of schoolchildren. *Revista de Nutrição*, 32.
165. Peixoto, D., Leal, B., Ribeiro, D., Correia, L., Hipólito, E., Rocha, P. (2021). Impacto do confinamento na saúde das crianças e adolescentes durante a pandemia de Covid-19. *Acta Médica Portuguesa*, 34(4), 317-317.
166. Pereira, A. N. (2021). Influência dos meios de comunicação no comportamento alimentar de crianças e adolescentes: uma revisão/Influence of the media on the eating behavior of children and adolescents: a review. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(4), 16750-16755.
167. Pérez LM, Mattiello R. Determinante da composição corporal em crianças e adolescentes. *Revista Cuidarte, PUCRS*, 2018; 9(2): 2093 - 104.
168. Piaget, J. *Le possible et le nécessaire 2: l'évolution du nécessaire chez l'enfant*. Paris: Presses Universitaires de France 1983
169. Pinho, K. H. D. S., Paiva, M. J. D., Oliveira, R. A. C. D. (2022). Leptina e adiponectina: papel dos hormônios nos processos metabólicos e impactos na sua desregulação. *Research, Society and Development*, 11(2).
170. Pinto, L. F., Giovanella, L. (2018). Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1903-1914.

171. Polo TCF, Miot HA, Papini SJ. Impact of the covid19 pandemic on diet behavior and physical activity routine in brazil. *Salusvita Magazine*. [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 10]; 40(2):11-24. Available from: <https://revistas.unisagrado.edu.br/index.php/salusvita/article/view/184/126>
172. Portela, D. J., de Sousa, I. T., Goiano, A. G. M., Magalhães, M. T., Brito, L. C., da Silva Estevão, V. M. C., ... & de Souza, M. B. R. (2022). Revisão da literatura: Impactos da diminuição da socialização no desenvolvimento infantil. *Research, Society and Development*, 11(11), e413111133796-e413111133796.
173. Raiter, N., Husnudinov, R., Mazza, K., & Lamarche, L. (2023). TikTok promotes diet culture and negative body image rhetoric: a content analysis. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 55(10), 755-760.
174. Ramos, G., Vieites, Y., Jacob, J., Andrade, E. B. (2020). Orientação política e apoio ao isolamento social durante a pandemia da COVID-19: evidências do Brasil. *Revista de Administração Pública*, 54, 697-713.
175. Ravens-Sieberer, U, Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B., Bruil, J., Dur, W., Power, M., Rajmil, L. European KIDSCREEN Group (2001). Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. *Preventive medicine* 46, 294-302.
176. Rebelo, M., Serrano, J., Duarte-Mendes, P., Paulo, R., & Marinho, D. A. (2020). Desenvolvimento motor da criança: relação entre habilidades motoras globais, habilidades motoras finas e idade. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 20(1), 75-85.
177. Ribeiro, G., Santos, O. (2013). Recompensa alimentar: mecanismos envolvidos e implicações para a obesidade. *Revista portuguesa de endocrinologia, diabetes e metabolismo*, 8(2), 82-88.
178. Rocha, P. G. L.D, Ferreira, H. S., de Oliveira, R. M. A., de Souza Campos, C. G., dos Santos, M. A. B., & Viana, G. C. (2020). A psicocinética de Jean Le Boulch: gênese da abordagem psicomotora na educação física escolar. *Brazilian Journal of Development*, 6(9), 65669-65686.
179. Rocha, M. F. D. A, Veloso, W. G., Bezerra, R. E. D. A, Gomes, L. D. A., Marcolino, A. B. D. L. (2021). O impacto da pandemia do covid-19 na saúde infanto-juvenil: um estudo transversal. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 3483-3497.
180. Rodgers, R. F., Laveway, K., Campos, P., & de Carvalho, P. H. B. (2023). Body image as a global mental health concern. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 10, e9.
181. Rodrigues, G. M., Costa, M. A., Fontes, S. C., Ferreira, K. D. (2020). Predisposição genética como fator determinante para a ocorrência da obesidade infantil. *Revista Liberum accessum*, 5(1), 32-41
182. Rosalini, M. H. P., Probst, L. F., Cunha, I. P. D., Gondinho, B. V. C., Cortellazzi, K. L., Possobon, R. D. F., Guerra, L. M. (2019). Qualidade de vida, coesão e adaptabilidade em famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 307-314.
183. Rossi, C. E., Costa, L. D. C. F., Machado, M. D. S., Andrade, D. F. D., Vasconcelos, F. D. A. G. D. (2019). Fatores associados ao consumo alimentar na escola e ao

- sobrepeso/obesidade de escolares de 7-10 anos de Santa Catarina, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 443- 454. Recuperado de: <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n2/443-454/>
184. Ruidiaz-Gómez, K. S., Cacante-Caballero, J. V. (2021). Desenvolvimento histórico do conceito de Qualidade de Vida: uma revisão da literatura. *Revista Ciencia y cuidado*, 18(3), 86-99.
 185. Rumor, P. C. F. (2022). Determinantes sociais da saúde na aprendizagem escolar de crianças: caminhos para a promoção da saúde.
 186. Santos Pinho, K. H.D, De Paiva, M. J., de Carvalho Oliveira, R. A. (2022). Leptina e adiponectina: papel dos hormônios nos processos metabólicos e impactos na sua desregulação. *Research, Society and Development*, 11(2), e34711225144-e34711225144.
 187. Santos, G. S.D, Pieszak, G. M., Gomes, G. C., Biazus, C. B., de Oliveira Silva, S. (2019). Contribuições da Primeira Infância Melhor para o crescimento e desenvolvimento infantil na percepção das famílias. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 67-73.
 188. Santos, E. M.D, Rocha, M. M. S., de Oliveira Dias, T. (2020). Obesidade infantil: uma revisão bibliográfica sobre fatores que contribuem para a obesidade na infância. *Revista Brasileira de Reabilitação e Atividade Física*, 9(1), 57-62.
 189. Santos KDF, Reis MAD, Romano MCC. Parental practices and child's eating behavior. Texto contexto- enferm. [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 10]; 30. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0026>.
 190. Santos, A. F.; da Silva Oliveira, I., Júnior, J. F. C., Huber, N. Influência Social: A participação da família na aprendizagem dos filhos. **Rebena-Revista Brasileira de Ensino e Aprendizagem**, v. 3, p. 132-152, 2022.
 191. SBP. Manual de Orientação Menos Tela Mais Saúde: grupo de trabalho saúde na era digital. 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22246c-ManOrient_-_MenosTelas_MaisSaude.pdf.
 192. Scagliusi, F. B. (2021). *Estigma relacionado ao peso corporal: da compreensão teórica à mudança no cuidado em saúde* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
 193. Schneider, L.R; Pereira, R.P.G; Ferraz, L. Prática Baseada em Evidências e a análise sociocultural na Atenção Primária. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, p. e300232, 2020.
 194. Schilder, P. A Imagem do Corpo: as energias construtivas da psique. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
 195. Secchi, K., Camargo, B. V., Bertoldo, R. B. (2009). Percepção da imagem corporal e representações sociais do corpo. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 25, 229-236.
 196. Setyaningsih, N. M., Rismawan, M., & Rahyanti, N. M. S. (2023). The Correlation Between Obesity and the Self-Image of Teenage Girls in Denpasar.
 197. Seo, J; Lee, J.Y; Wesbecher, K. Parental and media influence on body image and depression: the mediational role of self-concept clarity. **Journal of American College Health**, v. 70, n. 5, p. 1372-1378, 2022.

198. Siegle, C.B.H., Pombo, A., Luz, C., Rodrigues, L.P., Cordovil, R., Sá, C.D.S.D. Hábitos prévios de atividade física influenciam o comportamento de crianças durante o distanciamento social por COVI-19?. *Rev Paul Pediatr.* 2022.
199. Silva, M. S. (2020). Política econômica emergencial orientada para a redução dos impactos da pandemia da Covid-19 no Brasil: medidas fiscais, de provisão de liquidez e de liberação de capital.
200. Silva, I. G.D. (2023). PUBLICIDADE E BELEZA: O PAPEL DE INFLUENCERS DIGITAIS NA IDEALIZAÇÃO DE ESTEREÓTIPOS E ESTIGMAS CORPORAIS. *REVISTA FOCO*, 16(6).
201. Silva, A., Eugênia, E., & Larissa, R. (2022). Qualidade de vida. *Revista Saúde e Meio Ambiente*, 14(1), 01-15.
202. Silva, G. S., Fernandes, D. D. R. F., Alves, C. R. L. (2020). Avaliação da assistência à saúde da criança na Atenção Primária no Brasil: revisão sistemática de métodos e resultados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(8), 3185-3200.
203. Silva, M. L. G. D.; Feitosa, R. C. A. Os impactos do distanciamento social da pandemia (COVID-19) sobre o desenvolvimento da criança: Perspectivas vygotskianas. **Revista de Educação da Universidade Federal do Vale do São Francisco**, v. 12, n. 28, 2022.
204. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Manual de orientação: #menos telas #mais saúde. Rio de Janeiro: SBP, 2019
205. Silva CM, Teixeira T. Children's eating behavior and parental attitudes towards children's eating. In: Leal I, Humboldt S, Ramos C, Valente A, Ribeiro J, editores. 12th National Congress of Health Psychology: Promoting and Innovating in Health Psychology: Actas; 2018 Jan. p. 231-40; Lisboa: ISPA; 2018.
206. Silva, L.C.B.; Novaes, C.R.M.D.N.; Lima Júnior RA de, Giudicelli BB, Cunha Júnior AT da, Tenório MCM, et al. Sleep, sedentary behavior and physical activity: changes on children's routine during the COVID-19. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde* [Internet]. 2020.
207. Silva, A. F. D. S.; Japur, C. C.; Penaforte, F. R. D. O. Repercussões das redes sociais na imagem corporal de seus usuários: revisão integrativa. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 36. 2021.
208. Silveira, E. B. C. D.; Cruz, S. V. D. O.; Mélo, R. D. S. Miragens do Eu: angústia, desejo e produção estética do corpo feminino ideal. *Tempo psicanalítico*, 53(1), 249-278. 2021.
209. Solano-Pinto, N.; Sevilla-Vera, Y.; Fernández-César, R.; Garrido, D. Can Parental Body Dissatisfaction Predict That of Children? A Study on Body Dissatisfaction, Body Mass Index, and Desire to Diet in Children Aged 9–11 and Their Families. *Frontiers In Psychology*, [S.L.], v. 12, p. 1-2, 18 mar. 2021. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2021.650744>.
210. Sousa, Carolina Pereira da Cunha. Imagem corporal e estado nutricional de crianças. 2015. 107 f. Dissertação (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Saúde Pública - Ppgsp, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2015.
211. Sousa Ferreira, L., Rodrigues, T. C., de Lima, V. S., Bezerra, A. N., Albuquerque, N. V., & Pereira, C. P. (2021). Percepção da imagem corporal em adolescentes e a relação com

- seu estado nutricional. *Research, Society and Development*, 10(1), e8710111484-e8710111484.
212. Souto, C. N. Qualidade de vida e doenças crônicas: possíveis relações. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 8169-8196, 2020.
213. Souza, V. B.D., Cabral, J. C., da Silveira Soares, J. M. M., & Figueiredo, P. O. (2021). Formação continuada em tempos de pandemia e a distância que separa os corpos: como ficam as práticas corporais? *Revista Com Censo: Estudos Educacionais do Distrito Federal*, 8(4), 47-57.
214. Souza, AR de. **Alterações na insatisfação com a imagem corporal e autoestima, após intervenção por pares para promoção da saúde em adolescentes**. 2020. Tese de Doutorado. Dissertação de Mestrado Universidade Federal do Rio de Janeiro]. <http://www.ppgn.ufrj.br/wp-content/uploads/2020/07/Amanda-Rodrigues-de-Souza-disserta%20C3%A7%C3%A3o.pdf>.
215. Sperandio, N.; Morais, D. D. C. Alimentação escolar no contexto de pandemia: a ressignificação e o protagonismo do Programa Nacional de Alimentação Escolar. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 28, p. 2021.
216. Stunkard, AJ et. al. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. The genetics of neurological and psychiatric disorders. New York: Raven Press. 115-20, 1983.
217. Sudo, D. I. C. P. (2024). Reflexões sobre a opressão do corpo da criança pequena na Educação Infantil.
218. Tana, C. M.; Amâncio, N. D. F. G. Consequências do tempo de tela na vida de crianças e adolescentes. *Research, Society and Development*, 12(1), 2023.
219. Tanner, J.M. Growth at adolescence. 2. ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications. 1962.
220. Tarozo, M., Pessa, R. P. (2020). Impacto das consequências psicossociais do estigma do peso no tratamento da obesidade: uma revisão integrativa da literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40.
221. Tasca, R., Massuda, A., Carvalho, W. M., Buchweitz, C., Harzheim, E. (2020). Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44.
222. Tatangelo, G.; McCabe, M.; Mellor, D.; Mealey, A. A systematic review of body dissatisfaction and sociocultural messages related to the body among preschool children. *Body Image* 2016, 18, 86–95.
223. Tavares, C. P. (2015). Aspectos psicofísicos da imagem corporal e a sua relação com a dismorfia muscular e a dependência de exercício.
224. Tavares, S.M.G., Vieira, D.C., Paula, S.H.B.D., Figueiredo, R., Goroso, D.G. Percepção corporal em pré-adolescentes e adolescentes com sobrepeso e obesidade: uma análise junguiana. *Psico*, Porto Alegre, v. 51, n. 4, p. 1-13, out.-dez. 2020.
225. Teoli, D., Bhardwaj, A. (2020). Definition/Introduction. *Patient Self-Determination Act*.

226. Tomaz, R. C., Silva, E. S. S., Bezerra, M. A. A., Neto, J. D. C. S., Rocha, A. M. Corpo Padrão: um estudo sobre as concepções do corpo feminino exposto pela mídia. *Revista Latino-Americana de Psicologia Corporal*, 7(10), 120-145. 2020.
227. Truby, Helen; Paxton, Susan J. Development of the Children's Body Image Scale. *British Journal Of Clinical Psychology*, [s.l.], v. 41, n. 2, p.185-203, jun. 2002. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1348/014466502163967>.
228. UNICEF. Estudo inédito do UNICEF aponta alto consumo de alimentos ultraprocessados em lares atendidos pelo Bolsa Família. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/estudo-inedito-do-unicef-aponta-alto-consumo-de-alimentos-ultraprocessados-em-lares-atendidos-pelo-bolsa-familia>
229. Uzun, M. E., Kara, Ö., Şirin, H., & Kaymaz, N. (2023). Examination of relationship factors between psychological resilience and social support in adolescent obesity. *Archives de Pédiatrie*.
230. Varni, J. W., Seid, M., Rode, C. A. (1999). The PedsQL™: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Medical care*, 126-139.
231. Vazquez-Arevalo, R., Rodríguez Nabor, A., López Aguilar, X., & Mancilla-Díaz, J. M. (2018). Assessment of body image in preschoolers: Perception of parents and children. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 9(2), 208-220.
232. Verissimo, D. S. A noção de esquema corporal na filosofia de Merleau-Ponty: análises em torno da Fenomenologia da percepção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 12, n. 1, p. 205-225, 2012.
233. Verga, S. M. P., Mazza, V. D. A., Teodoro, F. C., Girardon-Perlini, N. M. O., Marcon, S. S., Rodrigues, É. T. D. A. F., Ruthes, V. B. T. N. M. (2022). O sistema familiar buscando a transformação do seu comportamento alimentar diante da obesidade infantil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75.
234. Vernon, L., Modecki, K. L., Barber, B. L. Tracking effects of problematic social networking on adolescent psychopathology: The mediating role of sleep disruptions. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 46(2), 269–283. 2017.
235. VIGITEL. Vigitel 2019: Principais resultados referentes a Obesidade, Sobrepeso e Consumo Alimentar. Disponível em: <http://www.observatoriodeobesidade.uerj.br/?p=2897>
236. Viola, P. C. D. A. F., Ribeiro, S. A. V., Carvalho, R. R. S. D., Andreoli, C. S., Novaes, J. F. D., Priore, S. E., ... & Franceschini, S. D. C. C. (2023). Situação socioeconômica, tempo de tela e de permanência na escola e o consumo alimentar de crianças. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28, 257-267.
237. Vries, L.D, Lebenthal, Y., Phillip, M., Shalitin, S., Tenenbaum, A., Bello, R. Obesity and Cardiometabolic Risk Factors in Children and Young Adults With Non-classical 21-Hydroxylase Deficiency. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2019 Oct 11;10:698. doi: 10.3389/fendo.2019.00698. PMID: 31681171; PMCID: PMC6798148.
238. Vygotsky, L. (2003) *El Art y la Imaginación em la Infância*. (pp.102-114) Madrid: Akal

239. Winkler, M.R., Berge, J.M., Larson, N., Loth, K.A., Wall, M., Neumark-Sztainer, D. Parent-child health and weight focused conversations: Who is saving what and to whom? *Appetite*, 126, 114-120. 2018.
240. WHO. Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation. 2008. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501491>. Acesso em: 24 out, 2022
241. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO, 1997
242. Wroblewski, B., Lucas, M. D. S., Silva, R. M. D., & Cunha, M. S. D. (2022). Relação entre insatisfação corporal e saúde mental dos adolescentes brasileiros: um estudo com representatividade nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 3227-3238.
243. Zigarti, P. V. R., Junior, I. D. S. B., de Sales Ferreira, J. C. (2021). Obesidade infantil: Uma problemática da sociedade atual. *Research, Society and Development*, 10(6), e29610616443-e29610616443.

ANEXO I - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção da imagem corporal na infância e parâmetros que a influenciam

Pesquisador: GABRIELA FERNANDES DEL VALE

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 29370820.7.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.211.811

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa descritiva, transversal, quantitativa que será desenvolvida nas Unidade de Saúde da Família da cidade de São Carlos, São Paulo, sobre amostra de conveniência, com previsão de um total de 532 participantes, sendo crianças pré-púberes de 5 a 8 anos e seus responsáveis, cadastrados em Unidades de Saúde da Família. A coleta de dados será realizada através de aplicação de questionários a cada uma das crianças e seu principal cuidador. Haverá aferição de peso, estatura e circunferência abdominal dos participantes. Além disso, haverá aplicação de instrumentos de coleta de dados, sendo o total de quatro para os responsáveis pelas crianças-participantes (Questionário Sociodemográfico, Questionário de Alimentação da criança – CFQ, Questionário Pediátrico de Qualidade de Vida, Escala de Silhueta de Stunkard et al.) e um instrumento para as crianças-participantes (Escala Infantil da Imagem Corporal de Truby e Paxton). Entretanto, no documento sobre informações básicas do projeto, aponta que também será aplicado o Questionário Pediátrico de Qualidade de Vida - PedsQL 4.0 nas crianças-participantes. A avaliação da puberdade das crianças será realizada pelo questionamento do seu estágio puberal ao principal cuidador, tendo como base as figuras de Tanner et al, (1962), que representamos diferentes estágios puberais no sexo feminino e masculino. A pesquisadora aponta que : "Os questionários serão aplicados em ambiente adequado para ambos pais e crianças separadamente, de preferência no domicílio das crianças ou na Unidade de Saúde no horário agendado".

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.211.811

Objetivo da Pesquisa:

O projeto de pesquisa aponta:

Objetivo geral: Compreender o quanto os pais influenciam na formação da imagem corporal das crianças e qual a prevalência, e quão precoces, são os distúrbios de percepção e satisfação corporal nesta população. Objetivos específicos:- Determinar os parâmetros biométricos de peso, estatura e circunferência abdominal de crianças entre 5 a 8anos de idade das Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos.-Quantificar o grau de percepção e satisfação corporal das crianças e dos pais, através da aplicação de questionários padronizados.- Avaliar a percepção da responsabilidade parental na alimentação infantil; a percepção do histórico de peso dos pais; a percepção dos pais em relação ao histórico de peso da criança; a preocupação dos pais com o risco de excesso de peso da criança; a restrição ao acesso das crianças aos alimentos; a pressão dos pais para que as crianças ingiram mais alimentos; a supervisão dos pais na alimentação das crianças.- Avaliar a correlação entre as diferentes variáveis e o IMC das crianças.- Determinar fatores de risco e de proteção para a construção de uma imagem corporal adequada nesta população.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram ponderados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto relevante para a temática, respeitando os preceitos éticos da Resolução 466/12, 510/16 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

-Projeto de pesquisa: solicitado à pesquisadora esclarecer o modo de recrutamento dos participantes da pesquisa. Nesta versão, a pesquisadora excluiu o acesso ao prontuário do participante pela profa. Renata Gianecchini Bongiovanni Kishi, mas introduziu que a mesma professora irá permitir o primeiro contato com os pacientes. O recrutamento será feita no dia das consultas de pediatria na sala de espera, os quais serão abordados e convidados a participarem da pesquisa. Os que aceitarem e estiverem no critério de inclusão/exclusão serão convidados a voltar na Unidade de Saúde em um dia agendado ou serão questionados se a coleta pode ser realizada em sua residência. Para as crianças menores de 7 anos, o Termo de Assentimento será feito oralmente na linguagem da criança e na presença do principal cuidador.

A pesquisadora salienta que para as crianças menores de 7anos, o Termo de Assentimento será

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.211.811

feito oralmente na linguagem da criança e na presença do principal cuidador.

A redação textual do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido foi enviado e apresenta-se adequado para a idade.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram esclarecidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1475059.pdf	21/07/2020 10:27:23		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEeTALE.pdf	21/07/2020 10:27:13	GABRIELA FERNANDES DEL VALE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodoutorado2020.pdf	21/07/2020 10:26:08	GABRIELA FERNANDES DEL VALE	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	01/07/2020 12:03:23	GABRIELA FERNANDES DEL VALE	Aceito
Folha de Rosto	folhoderosto.pdf	21/03/2020 02:40:58	GABRIELA FERNANDES DEL VALE	Aceito
Outros	anexos.pdf	18/02/2020 15:02:02	GABRIELA FERNANDES DEL VALE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaosecretariadesaude.pdf	27/01/2020 09:30:43	GABRIELA FERNANDES DEL VALE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP **Município:** SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br

ANEXO II - Questionário sociodemográfico

Formulário nº: _____

Data: ____/____/____

Questionário do responsável

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: () feminino () masculino

Estado civil: () Casado () Solteiro () Divorciado () Viúvo () Outro

Escolaridade: () Ensino Fundamental () Ensino médio () Ensino superior
() completo () incompleto

Profissão: _____

Naturalidade: _____

Procedência: _____

Há quanto tempo mora no estado de São Paulo? _____

Local de residência: () zona urbana () zona rural

Tipo de moradia: () própria () alugada

Antecedentes pessoais

Doenças crônicas: () Não () Sim

Qual(is)? _____

Faz ou já fez algum tipo de dieta? () Não () Sim

Qual(is)? _____

O principal cuidador tem alguma restrição alimentar? () sim Qual(is)? _____ () não

Teve grande variação de peso ao longo da vida? _____

O principal cuidador pratica atividade física regular? () sim () não

Dados antropométricos

Peso: _____ Estatura: _____ IMC: _____ Circunferência Abdominal: _____

Questionário da Criança

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: () feminino () masculino

Plano de saúde: () Não () Sim

Unidade de Saúde que frequenta: _____

Antecedentes pessoais

Pré-natal - Número de consultas: _____

Tipo de parto: () normal () cesárea

Teve intercorrências? () Não () Sim.

Qual(is)? _____

Nasceu a termo? () Não () Sim.

Comprimento ao nascer: _____ Peso ao nascer: _____

Aleitamento materno exclusivo por quanto tempo? _____

Vacinação em dia (criança): () sim () não ([] dado referido ou [] conferido)

Doenças crônicas: () Não () Sim.

Qual(is)? _____

Internações prévias: () não () sim / Motivo: _____ Tempo: _____

Faz uso medicamento? () Não () Sim.

Qual(is)? _____

Histórico de baixo ganho de peso? () não () sim. Motivo _____

Tem alguma restrição alimentar? () não () sim Qual(is)? _____

No domicílio, quem prepara a comida? _____

Local(is) das refeições: _____

Faz uso de algum medicamento/suplemento? () não () sim.

Qual(is)? _____

Por qual(is) motivo(s)? _____

Pratica atividade física regular? () não () sim

Tempo de tela/dia (criança): _____

Presença de ambos os pais no domicílio: () Não () Sim.

Número de irmãos: _____

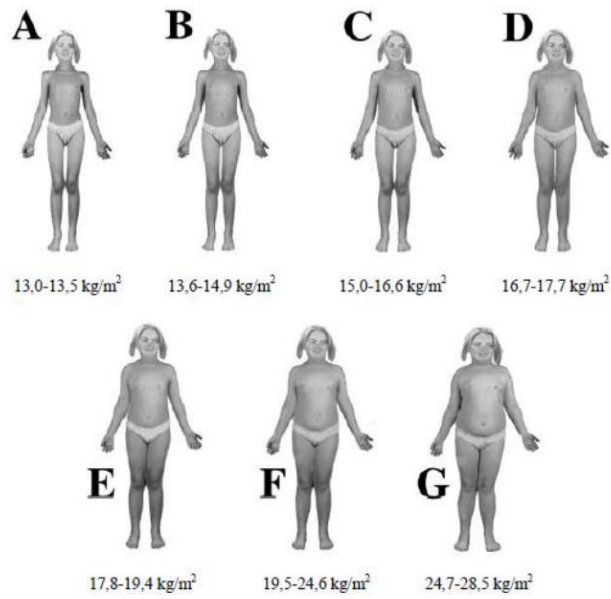
Dados antropométricos

Peso: _____ Estatura: _____ IMC: _____ Circunferência

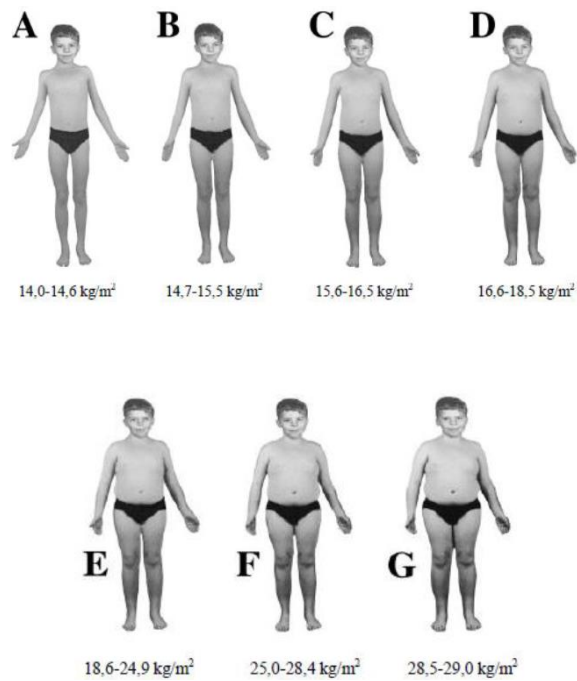
Abdominal: _____ Escala de Tanner: _____

ANEXO III – Escala Infantil de Imagem Corporal de Truby e Paxton.

Para meninas:

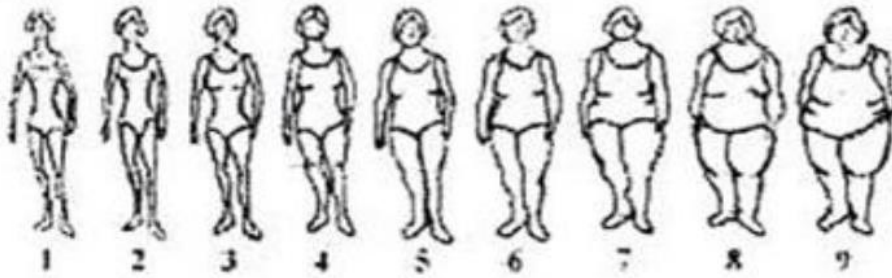


Para meninos:

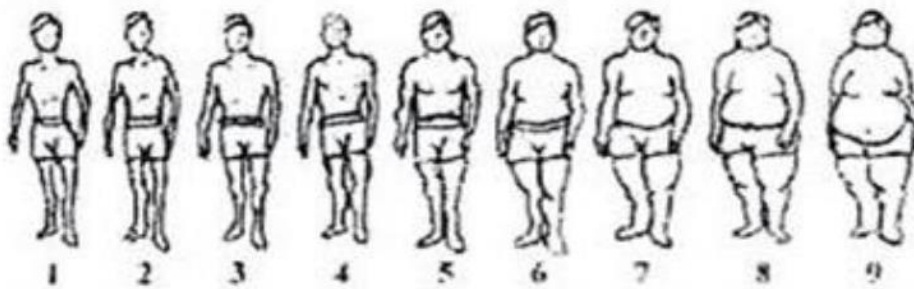


ANEXO IV - Escala de silhueta de Stunkard et al. (1983)

Feminino:



Masculino:



ANEXO V – Questionário de Alimentação da Criança – CFQ

Fator	Nome da Variável	Ordem	Questões	Opções de Resposta
Percepção de responsabilidade	PR1	1	Quando sua criança está em casa, com que frequência você é responsável por alimentá-la?	1= nunca 2= raramente 3= metade do tempo 4= maior parte do tempo 5= sempre
	PR2	2	Com que frequência você é responsável por decidir qual é o tamanho da porção de sua criança?	
	PR3	3	Com que frequência você é responsável por decidir se sua criança come o tipo correto de comida?	
Percepção do peso dos pais	PPW1	4	Sua infância (5 a 10 anos de idade)	1= muito abaixo do peso
	PPW2	5	Sua adolescência	2= abaixo do peso
	PPW3	6	Seus 20 anos	3= normal
	PPW4	7	Atualmente	4= acima do peso 5= muito acima do peso
Percepção do peso da criança	PCW1	8	Sua criança durante o primeiro ano de vida	1= muito abaixo do peso
	PCW2	9	Sua criança de 1 a 2 anos	2= abaixo do peso
	PCW3	10	Sua criança da pré-escola	3= normal
		11	Sua criança do pré a 2ª série	4= acima do peso
		12	Sua criança da 3ª a 5ª série	5= muito acima do peso
	13	Sua criança da 6ª a 8ª série		

Preocupação Com o peso da criança	CN1	14	O quanto você se preocupa sobre a sua criança comer muito quando você não está perto dela?	1= despreocupado
	CN2	15	O quanto você se preocupa sobre sua criança ter que fazer dieta para manter um peso desejável?	2= um pouco preocupado
	CN3	16	O quanto você se preocupa sobre sua criança ficar acima do peso?	3= preocupado 4= bem preocupado 5= muito preocupado
Restrição	RST1A	17	Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muitos doces (balas, sorvete, bolos ou tortas)	1= discordo
	RST1B	18	Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muitos alimentos altamente calóricos	2= discordo levemente
	RST1C	19	Eu tenho que ter certeza de que minha criança não come muito de seus alimentos preferidos	3= neutro
	RST2	20	Eu intencionalmente mantenho algumas comidas fora do alcance da minha criança	4= concordo levemente
	RST3A	21	Eu ofereço doces (balas, sorvete, bolos, e tortas) para a minha criança como recompensa por um bom comportamento	5= concordo
	RST3B	22	Eu ofereço para minha criança seu alimento preferido em troca de um bom comportamento	
	RST4A	23	Se eu não orientar ou regular o que minha criança come, ela iria comer muita porcaria	
	RST4B	24	Se eu não guiar ou regular o que minha criança come ela iria comer muito de sua comida preferida	

Pressão para comer	PE1	25	Minha criança deveria sempre comer toda a comida de seu prato	1= discordo
	PE2	26	Eu tenho que ser muito cuidadoso para ter certeza de que minha criança come o suficiente	2= discordo levemente
	PE3	27	Se minha criança diz “Eu não estou com fome”, eu tento fazer ela comer mesmo assim	3= neutro
	PE4	28	Se eu não guiar ou regular o que minha criança come, ela poderia comer muito menos do que deveria	4=concordo levemente 5= concordo
Monitoramento	MN	29	O quanto você mantém o controle dos doces (balas, sorvetes, bolos ou tortas) que sua criança come?	1= nunca 2= raramente
	MN	30	O quanto você mantém o controle dos lanches (batatas, salgadinhos), que sua criança come?	3= às vezes 4= na maior parte do tempo
	MN	31	O quanto você mantém o controle dos alimentos altamente calóricos que sua criança come?	5= sempre

ANEXO VII – QUESTIONÁRIO PEDIÁTRICO DE QUALIDADE DE VIDA –
PEDSQL 4.0

PedsQL™
Questionário Pediátrico
de Qualidade de Vida

Versão 4.0

Relato dos Pais sobre as Crianças (5 a 7 anos)

Instruções

A próxima página contém uma lista de coisas que podem ser um problema para **seu (sua) filho (a)**. Por favor, conte-nos **quanto cada uma destas coisas têm sido um problema** para seu (sua) filho (a) durante o **último mês**, assinalando:

- 0** se **nunca** é um problema
- 1** se **quase nunca** é um problema
- 2** se **algumas vezes** é um problema
- 3** se **freqüentemente** é um problema
- 4** se **quase sempre** é um problema

Não existem respostas certas ou erradas.
Caso você não entenda alguma pergunta, por favor, peça ajuda.

No último mês, quanto seu filho(a) tem tido *problemas com...*

Capacidade Física (<i>problemas com...</i>)	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Freqüentemente	Quase Sempre
1. Andar mais de um quarteirão	0	1	2	3	4
2. Correr	0	1	2	3	4
3. Participar de atividades esportivas ou exercícios	0	1	2	3	4
4. Levantar alguma coisa pesada	0	1	2	3	4
5. Tomar banho de banheira ou chuveiro sozinho	0	1	2	3	4
6. Fazer as tarefas do dia-a-dia da casa como pegar os seus brinquedos	0	1	2	3	4
7. Ter dor ou machucado	0	1	2	3	4
8. Pouca energia	0	1	2	3	4

Aspecto Emocional (<i>problemas com...</i>)	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Freqüentemente	Quase Sempre
1. Sentir medo ou ficar assustado	0	1	2	3	4
2. Ficar triste ou deprimido	0	1	2	3	4
3. Ficar com raiva	0	1	2	3	4
4. Dificuldade para dormir	0	1	2	3	4
5. Ficar preocupado	0	1	2	3	4

Aspecto Social (<i>problemas com...</i>)	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Freqüentemente	Quase Sempre
1. Conviver com outras crianças	0	1	2	3	4
2. Outras crianças não querem ser amigos dele (a)	0	1	2	3	4
3. Outras crianças provocam seu filho (a)	0	1	2	3	4
4. Não consegue fazer coisas que outras crianças da mesma idade fazem	0	1	2	3	4
5. Acompanhar a brincadeira com outras crianças	0	1	2	3	4

Atividade Escolar (<i>problemas com...</i>)	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Freqüentemente	Quase Sempre
1. Prestar atenção na aula	0	1	2	3	4
2. Esquecer as coisas	0	1	2	3	4
3. Acompanhar as atividades da classe	0	1	2	3	4
4. Faltar na escola por não estar se sentindo bem	0	1	2	3	4
5. Faltar na escola para ir ao médico ou hospital	0	1	2	3	4

ANEXO VIII – ARTIGO PUBLICADO REVISTA COGITARE.

dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.92835

BELIEFS AND ATTITUDES OF CAREGIVERS REGARDING
 INFANT FEEDING AND WEIGHT
 DEVELOPMENT IN THE
 COVID-19 PANDEMIC *

ORIGINAL ARTICLE

HIGHLIGHTS

1. High percentage of caregivers and overweight children.
2. Caregivers with less schooling have a lower perception of and concern about the child's weight.
3. The caregivers were focused on feeding and monitoring the children during the pandemic.
4. Post-pandemic nutritional intervention programs should take this data into account.

Gabriela Fernandes Del Vale¹ Gustavo Luis de Oliveira¹ Thalia Silva Saraiva¹ Renata Giannecchini Bongiovanni Kishi¹ Debora Gusmão Melo¹ Lucimar Retto de Avó¹ Carla Maria Ramos Germano¹ 

ABSTRACT

Objective: To investigate the beliefs and attitudes of caregivers concerning the diet and weight development of children aged 5-7. **Method:** Descriptive study, 218 caregivers/ children, carried out in eight USFs in São Carlos-SP, Brazil, in 2020/2021. Anthropometric data, sociodemographic information, health history/lifestyle habits, and the child's feeding questionnaire were analyzed. JASP[®] was used for statistical analysis, significance $p < 0.05$. **Results:** Scores were higher in the perception of responsibility for the child's diet ($p < 0.0001$), and lower in the perception and concern about the child's weight ($p < 0.0001$). Positive correlation: BMI children X perception and concern about the child's weight ($p < 0.0001$); lower schooling X lower perception and concern about the child's weight ($p = 0.034$). **Conclusion:** This study made it possible to analyze the beliefs/attitudes of caregivers regarding the diet/weight gain of their children during the pandemic, and can serve as a reference for future studies and the development of nutritional education strategies for this pediatric population.

Keywords: Eating Behavior; Anthropometry; Caregivers; Children; Covid-19.

HOW TO REFERENCE THIS ARTICLE:

Del Vale GF, Oliveira GL de, Saraiva TS, Kishi RGB, Melo DG, Avó LR de, *et al.* Beliefs and attitudes of caregivers regarding infant feeding and weight development in the COVID-19 pandemic. *Cogitare Enferm.*

[Internet]. 2023 [cited "insert year, month, day"]; 28. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.92835>.

INTRODUCTION

Excess weight is a multifactorial phenomenon with global dimensions and repercussions, currently affecting around a third of the world's population¹. Its prevalence has increased over the last few decades and can start as early as the first years of life, influenced by factors such as an unbalanced diet, physical inactivity, and dysfunctions in the food environment². The environment in which children live can hinder the adoption of healthy habits and represent a barrier to maintaining a healthy weight throughout life. In Brazil, few studies focus on this issue from the perspective of child nutrition as part of the family dynamic, especially the caregiver-child binomial, with its complex interactions.

The COVID-19 pandemic has led to social isolation measures as a strategy to prevent the spread of the virus. The prolonged closure of schools, nurseries, and commercial establishments has worsened social vulnerability and food shortages³. Families already in a vulnerable context, the focus of the Family and Community Medicine strategy, experienced a reduction in their already limited purchasing power due to rising prices and the loss of their jobs, which led to a restriction, especially of nutritionally adequate food. This has increased food insecurity, with the consequent development of a phenomenon called hidden hunger, in which the individual is overweight in the face of malnutrition due to a lack of micronutrients⁴. Families' food quality has been particularly affected, with a significant increase in the consumption of ultra-processed foods that are low cost, easy to access, have a higher energy density, and low nutritional value⁵.

The changes in children's lifestyles caused by the pandemic, such as the substantial increase in daily screen time and the reduction in physical activity, added to a diet lacking in nutrients, can result in damage not only to the dietary pattern and weight development of these individuals but also to their psychosocial development⁶⁻⁷.

The role of the family in shaping children's eating patterns was also strengthened during the pandemic by the increased proximity and interaction between mothers and children. Maternal beliefs and attitudes towards food and the nutritional status of their children have become even more important in the development of eating patterns and the nutritional status of these children⁸. A maternal stance that is overly focused on weight can, under these conditions, trigger misguided strategies for intervening in children's diets and, subsequently, the normalization of practices that overvalue ideals of thinness and stigmas associated with excess weight, which are risk factors for eating disorders, especially among girls. On the other hand, in pre-pubertal children, unstructured maternal nutritional interventions, or those not accompanied by a multidisciplinary team, can lead to important risks for children's proper growth and development⁹⁻¹⁰.

The child's eating behavior results from the parents' attitudes as nutritional educators. Specifically, the different strategies they use at mealtimes, aimed at teaching their children what and how much to eat, play an important role in children's eating patterns, with a positive correlation between their nutritional status and that of their parents¹¹. A Child Feeding Questionnaire (CFQ)¹², validated for the Brazilian population¹³, was developed to assess caregivers' beliefs, attitudes, and practices regarding feeding and the evolution of children's weight. Its construction was based on the Obesity Propensity Model¹⁴ which described, in the area of child nutrition, how parental control can negatively influence a child's ability to self-regulate their energy intake. The CFQ proved suitable for research with caregivers of children with adequate development who are chronologically between two and 11 years old.

With this in mind, this study aims to investigate the beliefs and attitudes of caregivers on the diet and weight development of children aged five to seven. In addition, we sought to analyze the role of sociodemographic determinants, health history, and lifestyle habits on these beliefs and attitudes in the context of the COVID-19 pandemic.

METHODS

This was a descriptive, quantitative, cross-sectional study carried out in eight Family Health Units (USF) representing the four regions (north, south, east, and west) of the municipality of São Carlos, a city in the state of São Paulo. The convenience sample was selected from the population covered by the eight USFs. It consisted of 218 healthy prepubescent children aged between five and seven years and 11 months and their caregivers, who said they were responsible for the care and feeding of the children, 77% of whom were mothers and 23% grandmothers. This age group was chosen because it is fundamental for forming eating habits. Excluded from the sample were children who were not physically able to take the necessary measurements, had a history of eating disorders, were underweight; pubescent children; children in whom only the father was available to take part in the study; caregivers who did not have the cognitive capacity to understand the research or answer the questionnaires; pregnant caregivers; caregivers who were underweight.

Collection occurred at the children's homes or the USF at a time scheduled by mutual agreement, in compliance with the biosafety measures recommended for the COVID-19 pandemic. The children and their caregivers had their weight measured on a digital scale, accurate to 100g, with a capacity of 180 kg and INMETRO certification. Height was measured using a portable stadiometer (SECA®), accurate to 0.1cm and 200cm of total capacity. For the anthropometric classification of the individuals, the Body Mass Index (BMI) was calculated using the formula $\text{weight}/\text{height}^2$ and the WHO WhoAnthro® program, considering BMI/I for the children and only BMI for the caregivers. The children were classified by inserting the BMI value into the age- and sex-specific growth curve (BMI/A)¹⁵ classified according to the Z Score. Eutrophic children were defined as having a BMI/A between Z score ≥ -2 and $< +2$ and overweight were defined as children with

a BMI/A for age greater than 1 SD above the mean of the WHO reference curve. As for the caregivers, those with a $BMI \leq 24.9 \text{ kg/m}^2$ were classified as eutrophic, and those with a $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ as overweight¹⁶.

Confirmation of the children's pubertal stage was based on information from the caregivers concerning the Tanner figures that represent the different pubertal stages in females and males¹⁷.

Two data collection instruments were used: a specific semi-structured form drawn up by the researchers to collect sociodemographic data, health history, and lifestyle habits (Appendix 1) and the Child *Feeding Questionnaire* (CFQ) (Appendix 2)¹². The CFQ contains 31 items grouped into seven sub-scales: 1) Perceived responsibility (PR): quantifies parents' perception of their responsibility for the child's diet; 2) Perceived parental weight (PPW): quantifies whether parents perceive their actual weight and any excess weight; 3) Perceived child weight (PCW): quantifies whether parents perceive their child's actual weight and any excess weight; 4) Concern about the child's weight (CW): quantifies the degree to which parents are concerned about the child's weight and weight development; 5) Restriction (R), which quantifies the restrictive measures applied by parents to the child's diet; 6) Pressure to eat (PE): quantifies the degree to which parents pressure the child to eat a certain quantity or quality of food; and 7) Monitoring (M): quantifies the degree to which parents monitor their children's diet. For each of the questions, there are five answer options (Likert scale from 1 to 5). A higher score on a given subscale translates into greater concern about the aspect being researched, more frequent use of a given dietary strategy, or higher levels of participation and involvement by caregivers in feeding and monitoring children's weight.

The results were presented as mean \pm SD for continuous quantitative variables and mean, median, minimum, and maximum for discrete quantitative variables. The nominal qualitative variables were described by absolute frequency and percentage. The children and their caregivers were divided into two groups: 1) Eutrophic (adequate weight) and 2) Overweight (overweight + obese). The group of children was then divided into male and female subgroups. Statistical analyses were carried out using JASP® 0.16.3¹⁸ statistical software. The subscale scores were not normally distributed according to the *KolmogorovSmirnov* test and were therefore analyzed using non-parametric tests. The statistical significance of the differences between the two groups was determined using the *MannWhitney* test.

Spearman's test assessed the binary correlation coefficient (ρ) between the variables; the correlation intensity was classified as $\rho > 0.70$ =strong, $\rho 0.70-0.30$ =moderate or $\rho < 0.30$ =weak. The association between categorical variables was analyzed using the Chisquare test. To determine the factors capable of significantly modifying the score of the CFQ subscales (Expected outcome: score above average), the variables described in the sociodemographic questionnaire, health history, and lifestyle habits were included in the logistic regression analysis for each subscale. In the exploratory logistic regression analysis, the independent variables were entered at once in the initial model

(ENTER mode). All the logistic regression analysis models had a VIF < 5. The significance level adopted was 95% ($p < 0.05$).

The institution's Research Ethics Committee approved the project under opinion No. 4.211.811.

RESULTS

The study sample consisted of 218 caregiver-child pairs, totaling 436 individuals. The mean±SD age (months) of the girls was 77.21±10.7, of the boys 78.13±10.3 and of the caregivers 38±11 years. The sociodemographic data, health history, habits of the children and caregivers, and the mean±SD weight and height of the children and caregivers are described in Chart 1. The distribution of the children's BMI/A and the caregivers' BMI/A is shown in Figure 1. All the caregivers in the sample said they were responsible for feeding their children, and 79% were overweight. The weight and height of the children in the overweight group were significantly higher, regardless of gender ($p < 0.001$). In addition, all the caregivers in the sample said they were responsible for feeding their children. There was a significant association between overweight and birth by cesarean section ($\chi^2=4.599$, $p=0.032$), and overweight and having no siblings ($\chi^2=4.298$, $p=0.038$), in both sexes. There was no significant association between the other data on the form and the anthropometric classification of the children. There was no association with the child's sex.

Chart 1- Sociodemographic data, health history and habits, weight, height, and anthropometric classification of the children divided by gender and the caregivers. São Carlos, SP, Brazil, 2023.

CHILDREN				CAREGIVERS			
Sociodemographic variables, health and lifestyle habits				Sociodemographic variables, health history and lifestyle habits			
		n	% history,		n	%	
Sex	Male	115	53	Education	High School	74	34
	Female	103	47		Elementary School	144	66
Having siblings			No	Diet history	No	107	49
		32	47		Yes	111	51
	Yes	186	85				
Type of birth	Normal	62	28				
	Cesarean	156	72	section			

Gestational age at birth	Pre-term 62 28	Term 156 72
Diagnosable chronic disease	No 179 82	Yes 39 18
Exclusive breastfeeding	Yes 190 87	No 28 13
Screen time	Suitable	43 20
	Increased	175 80
Both parents live at home	Yes 194 89	No 24 11

Anthropometric variables			Anthropometric variables				
Sex	Anthropometric Classification	Average	Standard Deviation	Anthropometric Classification	Standard Deviation		
Weight	Male	Eutrophic	22.64	Weight	Eutrophic	58.44	
		Excess weight	31.15		Excess weight	84.25	
		Excess weight	5.53		Excess weight	5	
Height	Female	Eutrophic	21.96	Height	Eutrophic	1.58	
		Excess weight	32.22		Excess weight	1.59	
		Excess weight	7.05		Excess weight	0.07	
Height	Male	Eutrophic	1.20	Height	Eutrophic	0.07	
		Excess weight	1.23		Excess weight	0.07	
	Female	Eutrophic	1.19		Female	Eutrophic	0.07
		Excess weight	1.23			Excess weight	0.07

Note: According to the Brazilian Society of Pediatrics, increased screen time for children aged 2 to 5 years over 1 hour and children aged 6 to 10 years over two hours¹⁹. Source: Authors (2023).

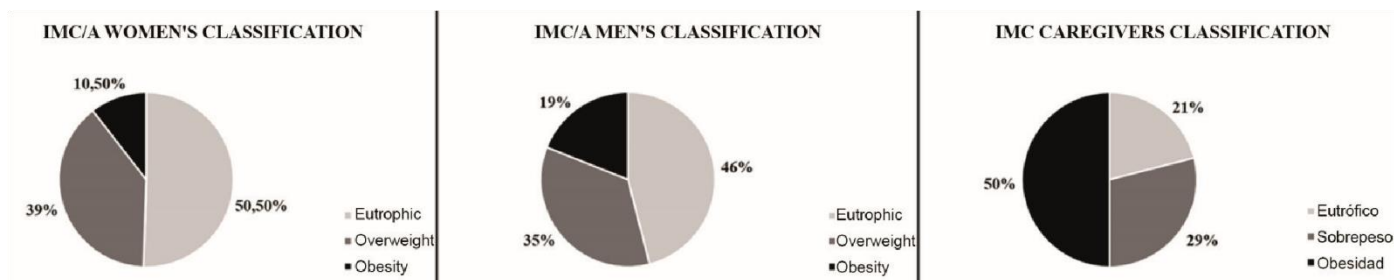


Figure 1- Classification of the BMI/A of the children divided by sex and the BMI of the caregivers. São Carlos, Brazil, 2023

Source: Authors (2023).

Table 1 shows the distribution of the score values for the seven subscales of the CFQ questionnaire for children divided by gender and anthropometric classification. The PR and M values were significantly higher than those of the other subscales in both sexes ($p < 0.001$). On the other hand, the PCW and CW scores were the lowest ($p < 0.001$), also in both sexes.

Table 1 - CFQ subscale scores for groups divided according to gender and children's BMI classification. São Carlos, SP, Brazil, 2023.

	Anthropometric classification of children	Sex of the N child	Average	Median	Minimum	Maximum	
Sub-scale PR	Eutrophic	Male	5 3	4.26	4.67	2.00	5.00
		Female	5 2	4.23	4.50	1.00	5.00
	Excess weight	Male	6 2	4.32	5.00	2.00	5.00
		Female	5 1	4.22	5.00	1.67	5.00
Sub-scale PPW	Eutrophic	Male	5 3	3.18	3.25	1.50	4.25
		Female	5 2	3.13	3.25	1.25	4.25
	Excess weight	Male	6 2	3.32	3.25	2.00	4.50
		Female	5 1	3.24	3.25	1.00	5.00
Sub-scale PCW	Eutrophic	Male	5 3	2.87	3.00	1.25	4.33
		Female	5 2	3.04	3.00	2.00	4.00
	Excess weight	Male	6 2	3.08	3.00	1.67	4.33
		Female	5 1	3.16	3.00	2.00	4.00
Sub-scale CW	Eutrophic	Male	5 3	1.79	1.67	1.00	4.33

	Excess weight	Female	52	2.08	2.00	1.00	5.00
		Male	62	2.89	3.00	1.00	5.00
Sub-scale R	Eutrophic	Female	51	2.69	2.67	1.00	5.00
		Male	53	3.27	3.50	1.00	5.00
	Excess weight	Female	52	3.31	3.50	1.00	5.00
		Male	62	3.32	3.50	1.00	5.00
Sub-scale PE	Eutrophic	Female	51	3.24	3.50	1.88	4.50
		Male	53	3.22	3.75	1.00	5.00
	Excess weight	Female	52	3.57	3.88	1.00	5.00
		Male	62	3.36	4.00	1.00	5.00
Sub-scale M	Eutrophic	Female	51	2.98	3.00	1.00	5.00
		Male	53	3.69	3.67	1.00	5.00
	Excess weight	Female	52	3.78	4.00	1.00	5.00
		Male	62	3.90	4.00	1.00	5.00
		Female	51	3.46	3.67	1.00	5.00

Source: Authors (2023).

A comparison of the scores of the sub-scales of the CFQ questionnaire among the children divided according to anthropometric classification showed that caregivers of overweight children had higher CW ($p < 0.001$), and there was a higher score on the PCW sub-scale ($p = 0.001$). There was no difference between the scores of the groups of children divided according to anthropometric classification in the subscales PR, PPW, R, PCW, and

M. There was no difference in the subscales of the CFQ in children according to gender.

The analysis of the association between the scores of the sub-scales of the CFQ questionnaire (above or below average) and the qualitative variables in Chart 1 showed that PPW was significantly higher in the group of caregivers who were on a diet ($\chi^2=4.089$, $p=0.043$) and when both parents lived at home ($\chi^2=4.242$, $p=0.039$). The child born at term was associated with higher PCW ($\chi^2=15.578$, $p<0.001$). Caregivers of children in whom excessive screen time was detected scored higher on the CW subscale ($\chi^2=4.927$, $p=0.026$). Caregivers reported greater (R) behavior when both parents lived at home ($\chi^2=7.299$, $p=0.007$).

Table 2 shows the correlation coefficients between the BMI/A values of the children divided by gender and the values of the CFQ subscales. There was a significant positive correlation between BMI/A and BWP and BMI/A and BWP in both sexes ($p<0.001$). This shows that caregivers became more aware of the nutritional status and more concerned about their children's weight (boys and girls) as their BMI/A increased (especially in children classified as obese). The correlation between BMI/A and WC was negative and significant in girls ($\rho=-0.294$, $p=0.002$). The correlation between the boys' BMI/A and the PPW subscale was positive and significant ($\rho=0.360$, $p<0.001$), i.e., the caregivers of obese boys showed a greater perception of their excess weight.

Table 2 - Linear correlation between the BMI/A of the children divided by sex and the CFQ subscales. São Carlos, SP, Brazil, 2023.

BMI/A X CFQ scale scores	GIRLS		BOYS	
	Correlation coefficient (rho)	p	Correlation coefficient (rho)	p
Perceived responsibility (PR)	-0.03	0.75	0.03	
Perceived parental weight (PPW)	0.04		0.20	
Perceived child weight (PCW)	0.27		0.37	0.74
Concern about the child's weight (CW)	0.39	0.72	0.49	0.03*
		0.005*		0.001*
		<0.001*		0.001*
Restriction (R)	0.01	0.89	0.01	0.89
		0.002*		
		0.48		
Pressure to eat (PE)	-0.30		-0.02	0.84
Monitoring (M)	-0.07		0.05	0.57

Source: Authors (2023).

The variables capable of influencing the outcome of each of the CFQ subscales in the total group of children are shown in Table 3. None of the variables in the model significantly influenced the scores on the PE, PR, and M subscales.

Table 3 - Results of the logistic regression analysis for each CFQ subscale (Expected outcome: “above average score on the subscale”) in the group of children not divided by gender. São Carlos, SP, Brazil, 2023.

Sub-scale	Independent variable	VIF	Nagelkerke	Significance of Global model p	ODDS ratio	p
PPW	Overweight caregivers	1.20	0.19	0.002	3.27	0.003
PCW	Full-term birth	1.20	0.20	0.011	5.32	<0.001
CW	Overweight caregivers	1.23	0.31	<0.001	3.87	0.002
	Overweight children	1.07	0.31	<0.001	3.68	<0.001
	Child having siblings	1.17	0.31	<0.001	2.70	0.041
	Increased screen time	1.14	0.31	<0.001	3.51	0.003
R	Caregiver’s low level of education	1.40	0.16	0.012	0.46	0.035

Source: Authors (2023).

The logistic regression analysis in the group of girls showed that caregivers with low levels of schooling were less likely to recognize their responsibility for feeding their daughters (PR) (OR= 0.30, p=0.017). Lower schooling among caregivers was also associated with lower PCW (OR=0.07, p=0.008) and lower M (OR=0.36, p=0.041). Full-term birth was associated with higher PCW (OR=10.81, p=0.002). Caregivers with a history of dieting were more likely to recognize their excessive weight (PPW) (OR=3.26, p=0.020). Caregivers who were overweight and whose daughters reported excessive screen time had higher scores on the CW subscale (OR=4.68, p=0.009 and OR=3.70, p=0.041, respectively). Caregivers of overweight girls scored lower on the PE subscale (OR=0.15, p<0.001). None of the model variables significantly influenced the R subscales scores for the group of girls.

In the group of boys, the fact that the caregivers were overweight was associated with higher PPW (OR=11.54, p=0.001) and higher CW (OR=4.80,

$p=0.040$). The fact that the boy was overweight was associated with a higher CW (OR=6.38, $p<0.001$). Caregivers of boys with increased screen time had higher CW (OR=3.87, $p=0.036$). Lower education levels among caregivers were associated with lower scores on the R subscale (OR=0.22, $p=0.016$). None of the variables selected in the model significantly influenced the scores of the M, PE, PR, and PCW subscales.

DISCUSSION

This study found a high prevalence of overweight among children aged between 5 and 7 years and 11 months, despite their caregivers being concerned and committed to their children's diet. Social isolation due to the COVID-19 pandemic has led to major changes in children's routines, with reduced physical activity can result in a higher BMI/A²⁰.

The caregivers reported being mainly responsible for the child's daily care and feeding. Thus, although both parents also influence the construction of their children's eating habits, the role of the female figure is still decisive in shaping the child's nutritional pattern¹¹. Thus, practices and strategies employed by caregivers in the daily context of feeding their children are important for guiding nutritionally adequate food choices. The family context, however, has numerous other factors that can influence children's weight and eating patterns, including family income, parents' perception of children's nutritional status, parents' schooling, and parental weight²¹.

The PR subscale of the CFQ achieved the highest scores. These data align with recent studies that have applied the CFQ to other populations with similar sample numbers²². There was no significant difference in the scores of the different sub-scales of the CFQ according to the sex of the children, which means that the trends pointed out in this research apply to both boys and girls. The results show that caregivers are concerned and committed to feeding their children, in terms of dietary decisions and portion sizes, in the face of a pandemic scenario in which it has become more difficult to acquire nutritionally adequate food²³. During the COVID-19 pandemic, the importance of proper nutrition was reinforced, and the concept that good nutrition could help improve children's health and immune system, protecting them from the risks of COVID-19 infection, was repeatedly publicized in the media²⁴, which may have contributed to the high score on the PR subscale.

On the other hand, some subscales, such as PCW and CW, obtained the lowest scores, even though it was widely reported that excess weight, in the context of the COVID-19 pandemic, could lead to an increase in the severity, length of hospitalization, complications, and mortality of the disease²⁵. This lack of awareness on the part of caregivers about their children's excessive weight may reflect a tendency, described in current scientific literature, especially in low-income and low-schooling populations, to normalize the obese body²⁶. A recent study¹¹ showed a significant association between higher levels of schooling

among guardians and a more reliable perception of children's body weight. On the other hand, as in this study, caregivers with low education levels reported difficulty recognizing the excess weight of their offspring in the same age group. It's important to emphasize that not recognizing the child's nutritional status can lead to parental attitudes towards feeding their children that can aggravate both situations of over- and under-nutrition.

The literature reinforces that many parents don't see the real weight of their children, especially those who are only overweight and belong to younger age groups. They often characterize these children as "strong" and "well-nourished"²⁷. In a survey carried out in north-eastern Brazil, parents described their overweight children as having "large frames", "strong bodies" and "big bones". The caregivers said that the children were active and had no need for nutritional interventions since they had no health-related complaints and were still going to grow²⁸.

On the other hand, caregivers who recognized that their children were overweight were more concerned about their children's weight. Recognizing that being overweight entails progressive health risks can motivate parents to seek out and become actively involved in structured, multidisciplinary proposals for children's nutritional education. On the other hand, parental practices aimed at excessive control over children's diets, with restrictions on unhealthy foods and portion control, can lead to greater consumption of ultra-processed foods when they are available, as well as interfering with internal hunger and satiety signals and, consequently, the child's self-regulation of appetite²⁹.

Concern about the child's weight was also higher when guardians had an increased BMI. Those responsible may be more aware of the physical and psychosocial consequences of being overweight since they experience its negative effects daily. On the other hand, although concern about the child's weight may indicate a greater level of parental involvement in the nutrition and care of their overweight children, this practice carries potential long-term negative effects, such as the possibility of stigmatizing the child. It is well known that children and adolescents can suffer verbal and physical abuse associated with being overweight, leading to marginalization, exclusion, and social discrimination. The individual consequences of stigmatization can be low self-esteem, rejection of the real body, eating disorders, lower school performance, depression, increased compensatory food intake, and reduced physical activity to reduce exposure to one's body³⁰.

Therefore, the parental style in educating children about nutrition and the degree of food control differs, depending on the parents' and guardians' values, personal experiences, communication skills, and consumption patterns. This study showed that data from the children's personal history, such as premature birth, can influence how caregivers see their children throughout childhood, making it difficult to perceive excess weight in their prematurely born children. The caregivers in this study also revealed that they put pressure on their eutrophic daughters to make healthy eating choices and to regulate the amount of food they eat, which can potentiate the emergence of eating disorders in this

particularly susceptible population. Still on maternal attitudes, caregivers of children with screen time above that recommended by the Brazilian Society of Pediatrics, aware of the consumerist pressure conveyed by the media, reported greater concern about their children's weight and more food restriction interventions, especially if supported by the father figure at home, as has also been described in the literature³¹.

The limitation of this study is that it only carried out an indirect assessment of the parents' dietary practices and beliefs based on reports rather than direct observation of the food context during family mealtimes, which could lead to biases. In addition, the study sample was made up predominantly of families enrolled in USFs located in areas of social vulnerability, a fact that may limit extrapolations to the general population. It is therefore recommended that new studies be carried out comparing populations with different economic and social profiles and using different tools and methods to collect and analyze data, thereby increasing the analytical and inferential power of the results.

Despite the limitations, this is an important study because it enables the analysis of data on the beliefs and attitudes of caregivers about the diet and weight development of their children during the pandemic, which can serve as a reference for future studies and the development of nutritional education strategies aimed at the pediatric population.

CONCLUSION

Regarding caregivers' beliefs and attitudes about food and children's weight development, the perception that caregivers were mainly concerned with their children's nutrition during the pandemic could lead to greater adherence to various aspects of children's nutritional care in the post-pandemic period. These programs, aimed at the pediatric population as a whole, regardless of parents' recognition of their children's anthropometric classification and the stigmatization of excess weight, can result in important long-term health benefits for this population, especially when designed and monitored by a multidisciplinary team.

Concerning the role of sociodemographic determinants, health history, and lifestyle habits, we should consider the possibility that the caregivers' emphasis on food and its monitoring described in this study may also be the result of the impoverishment of the population due to the pandemic and the difficulty in providing children with minimally adequate nutrition, which needs to be taken into account when designing public policies aimed at the health of these children.

ACKNOWLEDGMENTS

This work was carried out with the support of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel - Brazil (CAPES) - Funding Code 001, to whom we are grateful. We also thank FAPESP for their support (process 2020/02047-8).

REFERENCES

1. Chooi YC, Ding C, Magkos F. The epidemiology of obesity. *Metabolism clinical and experimental*. [Internet]. 2019 [cited 2022 Nov 23]; 92:6-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.metabol.2018.09.005>.
2. Weihrauch-Blüher S, Schwarz P, Jan-henning K. Childhood obesity: increased risk for cardiometabolic disease and cancer in adulthood. *Metab. Clin. Exp.* [Internet]. 2019 [cited 2022 Nov 23]; 92:147-52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.metabol.2018.12.001>.
3. Farias MN, Leite Junior JD. Social vulnerability and Covid-19: considerations based on social occupational therapy. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 23]; 29. Available from: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoEN2099>.
4. Schappo S. Hunger and food insecurity in times of the covid-19 pandemic. *Rev Ser Social.* [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 23]; 3(48):28-52. Available from: <https://doi.org/10.26512/sersocial.v23i48.32423>.
5. Faustino A de JP, Castejon LV. Children's food during the pandemic and the difficulties of the responsible. *Res., Soc. Dev.* [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 23]; 10(7). Available from: <http://dx.doi.org/10.33448/rsdv10i7.16811>.
6. Malta DC, Szwarcwald CL, Barros MB de A, Gomes CS, Machado IE, Souza Júnior PRB de, *et al.* The COVID-19 Pandemic and changes in adult Brazilian lifestyles: a cross-sectional study, 2020. *Epidemiol. Serv. Saúde.* [Internet]. 2020 [cited 23 Nov 2022]; 29(4). Available from: <https://doi.org/10.1590/S167949742020000400026>.
7. Faustino A de JP, Castejon LV. Children's food during the pandemic and the difficulties of the responsible. *Res., Soc. Dev.* [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 23]; 10(7). Available from: <http://dx.doi.org/10.33448/rsdv10i7.16811>.
8. Paiva ED, Silva LR, Machado MED, Aguiar RCB, Garcia KRS, Acioly PGM. Child behavior during the social distancing in the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 23]; 74 (Suppl 1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0762>.
9. Bica I, Chaves C, Andrade A, Amaral O, Coutinho E, organizadores. A família no epicentro da pandemia [Internet]. Congresso Virtual: Politécnico de Viseu; 2021 July [cited 2022 Nov

- 23]. 55 p. Available from: https://www.essv.ipv.pt/wp-content/uploads/livros/eBook_Familia_v3.PDF.
10. Rodeiro TCX, Pereira DA, Aguiar BS, Leandro DM, Rocha JR, Bacelar GL, *et al.* The severity of childhood obesity and the role of parents in influencing their children's nutrition. REAS [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 23]; 15(4). Available from: <https://doi.org/10.25248/reas.e10175.2022>.
 11. Huçalo AP, Ivatiuk AL. The relationship between parenting practices and eating behavior in children. Revista PsicoFAE [Internet]. 2017 [cited 2022 Nov 23]; 6(2):113-28. Available from: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/141>.
 12. Birch LL, Fisher JO, Grimm-Thomas K, Markey CN, Sawyer R, Johnson SL. Confirmatory factor analysis of the child feeding questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*. [Internet]. 2001 [cited 2022 Nov 23]; 36(3):201-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1006/appe.2001.0398>.
 13. Lorenzato L, Cruz ISM, Costa TMB, Almeida SS. Translation and cross-cultural adaptation of a Brazilian version of the child feeding questionnaire. *Paidéia, Ribeirão Preto*. [Internet]. 2017 [cited 2022 Nov 23]; 27(66):33-42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272766201705>.
 14. Costanzo PR, Woody EZ. Domain specific parenting styles and their impact on the child's development of particular deviance: the example of obesity proneness. *J Soc Clin Psychol*. [Internet]. 1985 [cited 2022 Nov 23]; 3(4):425-45. Available from: <https://doi.org/10.1521/jscp.1985.3.4.425>.
 15. WHO. Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation. [Internet] 2008 [cited 2022 Oct 24] Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501491>.
 16. World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: WHO; 1997.
 17. Tanner, J.M. *Growth at adolescence*. 2. ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1962.
 18. Jasp. *A fresh way to do statistics*. Departmente of psychological methods. University of Amsterdam [Internet]. 2018 [cited 2022 Nov 23]. Available from: <https://jasp-stats.org/>.
 19. SBP. *Manual de orientação menos tela mais saúde: grupo de trabalho saúde na era digital*. 2019 [cited 2022 Nov 23]. Available from: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22246c-ManOrient - MenosTelas MaisSaude.pdf.
 20. Oliveira LV, Rolim ACP, Silva GF da, Araújo LC de, Braga VA de L, Coura AGL. Changes in eating habits related to the Covid-19 pandemic: a literature review. *Brazilian Journal of Health Review*. [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 23]; 4(2). Available from: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-367>.
 21. Silva CM, Teixeira T. Children's eating behavior and parental attitudes towards children's eating. In: Leal I, Humboldt S, Ramos C, Valente A, Ribeiro J, editores. *12th National Congress of Health Psychology: Promoting and Innovating in Health Psychology: Actas*; 2018 Jan. p. 231-40; Lisboa: ISPA; 2018.

22. Pedroso J, Toral N, Gubert MB. Maternal attitudes, beliefs and practices related to the feeding and nutritional status of schoolchildren. *Rev. de Nutr* [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 10]; 32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1678-9865201932e180184>.
23. Lima MRD, Soares ACN. Healthy food in COVID-19 times: what do i need to know?. *Brazilian Journal of Health Review*. [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 10]; 3(3). Available from: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-009>.
24. Polo TCF, Miot HA, Papini SJ. Impact of the covid19 pandemic on diet behavior and physical activity routine in brazil. *Salusvita Magazine*. [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 10]; 40(2):11-24. Available from: <https://revistas.unisagrado.edu.br/index.php/salusvita/article/view/184/126>.
25. Ribeiro-Silva R de C, Pereira M, Campello T, Aragão E, Guimarães JM de M, Ferreira AJF, *et al*. Implications of the COVID-19 pandemic for food and nutrition security in Brazil. *Cienc. saude colet*. [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 10]; 25:3421-30. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.22152020>.
26. Kempe GC. Correlation between maternal perception of body image and infant body weight status [Thesis]. Brasília (DF): Universidade Católica de Brasília; 2021.
27. Wright DR, Lozano P, Dawson-Hahn E, Christakis DA, Haaland WL, Basu A. Parental optim [cited 2022 Dec 10]; 41(2)1467-72. Available from: <https://doi.org/10.1038/ijo.2017.103>.
28. Pas KD, Soder TF, Deons RG. Parents' perception: does my child have childhood obesity?. *Context & Health Magazine*. [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 10]; 19(36). Available from: <https://doi.org/10.21527/21767114.2019.36.20-26>.
29. Garcia CL, Miguel RM, Pessa RP, Manochio-Pina MG. Eating attitudes and body image of mothers of patients with eating disorders. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*. [Internet]. 2018 [cited 2022 Dec 10]; 13(3):621-33. Available from: <https://doi.org/10.12957/demetra.2018.33822>.
30. Ministry of Health (BR). Handbook of care for people with overweight and obesity in the scope of Primary Health Care (PHC) of the Unified Health System. Brasília: Ministry of Health, Secretariat of Primary Health Care, Department of Health Promotion; 2022.
31. Santos KDF, Reis MAD, Romano MCC. Parental practices and child's eating behavior. *Texto contexto- enferm*. [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 10]; 30. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265XTCE-2020-0026>.

*Article extracted from the master's "Construção da Imagem Corporal na Infância e os parâmetros que a influenciam", Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil, 2023.

Received: 11/01/2023

Approved: 08/08/2023

Associate editor: Dra. Claudia Palombo

Corresponding author:

Gabriela Fernandes Del Vale

Universidade Federal de São Carlos - UFSCAR

Rod. Washington Luiz, s/n - Monjolinho, São Carlos - SP, 13565-905.

E-mail: gabriela.fernandes90@gmail.com

Role of Authors:

Substantial contributions to the conception or design of the work; or the acquisition, analysis, or interpretation of data for the work - **Oliveira GL de, Saraiva TS**, Drafting the work or revising it critically for important intellectual content - **Del Vale GF, Kishi RGB, Melo DG, Avó LR de, Germano, CMR**. Agreement to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved - **Del Vale GF**. All authors approved the final version of the text.

ISSN 2176-9133



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

