
EDUCAÇÃO FÍSICA

João Lucas Patricio da Silva

**ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOEFICÁCIA DE
PAIS PARA PREVENIR A OBESIDADE
INFANTO-JUVENIL, VARIÁVEIS
COMPORTAMENTAIS E CONTEXTUAIS**

Rio Claro
2021

João Lucas Patricio da Silva

ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOEFICÁCIA DE PAIS PARA PREVENIR A
OBESIDADE INFANTO-JUVENIL, VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS E
CONTEXTUAIS

Orientador: Roberto Tadeu Iaochite

Coorientador: Roraima Alves da Costa Filho

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de
Biociências da Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho” - Câmpus de Rio Claro, para obtenção do grau
de Licenciado em Educação Física.

Rio Claro
2021

S586a Silva, João Lucas Patricio
Associação entre autoeficácia de pais para
prevenir a obesidade infanto-juvenil, variáveis
comportamentais e contextuais / João Lucas
Patricio Silva. -- Rio Claro, 2021
45 p. : tabs.

Trabalho de conclusão de curso (Licenciatura -
Educação Física) - Universidade Estadual Paulista
(Unesp), Instituto de Biociências, Rio Claro
Orientador: Roberto Tadeu Iaochite
Coorientador: Roraima Alves da Costa Filho

1. Obesidade. 2. Pais. 3. Autoeficácia. 4. Escola. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca do
Instituto de Biociências, Rio Claro. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

RESUMO

Evidências recentes mostram que a obesidade infanto-juvenil vem aumentando nos últimos anos, podendo acarretar sérias consequências para a saúde de crianças e adolescentes, e ocasionando distúrbios durante a vida adulta. Um dos contextos sociais que pode ajudar as crianças a aprenderem sobre como serem saudáveis e fisicamente ativos é o ambiente familiar. Contudo, além de conhecer sobre como promover hábitos saudáveis, pais e/ou responsáveis também precisam acreditar que podem adotar comportamentos que ajudariam na prevenção da obesidade. A autoeficácia parental para a prevenção da obesidade diz respeito ao quanto os pais se sentem capazes para prevenir a obesidade de seus filhos. Este estudo investigou a autoeficácia parental para prevenção da obesidade da obesidade infanto-juvenil de seus filhos, bem como a associação entre a autoeficácia e as variáveis comportamentais e contextuais dos pais e/ou responsáveis. Participaram da pesquisa 747 pais e/ou responsáveis de alunos matriculados em três escolas públicas da cidade de Rio Claro, SP. Os dados foram coletados por meio de um questionário sociodemográfico e escala de autoeficácia parental para a prevenção da obesidade. Os resultados mostraram que pais e/ou responsáveis se perceberam moderadamente capazes de prevenir a obesidade com seus filhos. Conseguimos ver que ocorreram correlações positivas, da autoeficácia parental para prevenção da obesidade infanto-juvenil, com as variáveis comportamentais “Atividade Física dos pais e/ou responsáveis” e “Alimentação saudável de pais e/ou responsáveis”. Já em relação às correlações da autoeficácia parental para a prevenção da obesidade infanto-juvenil, com as variáveis contextuais, elucidamos correlação positiva, com as variáveis “Hábitos diários dos filhos” e “Hábitos de Exercício Físico do filho”. Considerando esses resultados podemos inferir que a autoeficácia parental pode ter associação com aspectos comportamentais de pais e/ou responsáveis, assim como, aspectos contextuais.

Palavras-chaves: Obesidade, Pais, Autoeficácia, Escola.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	6
1.1 - Contextualização do estudo	6
1.2 - Variáveis associadas à obesidade infanto-juvenil	7
1.3 - Referencial teórico - Teoria Social Cognitiva e Autoeficácia	12
2 – OBJETIVO.....	15
3 - MÉTODO E MATERIAIS.....	16
3.1 – Participantes	16
3.2 - Contexto do estudo.....	17
3.3 – Instrumentos	17
3.4 - Procedimentos de coleta dos dados.....	18
3.5 - Forma de análise dados	19
4 – RESULTADOS	19
4.1 - Mensuração da autoeficácia de pais e/ou responsáveis na capacidade de prevenção de obesidade infanto-juvenil	19
4.2 - Variáveis comportamentais de pais e/ou responsáveis e correlações com a AEPPCOI.....	20
4.3 - Variáveis contextuais dos pais e/ou responsáveis e correlação com a AEPPCOI.....	25
5 – DISCUSSÃO	31
5.1 - Autoeficácia dos pais e/ou responsáveis na prevenção da obesidade Infanto-juvenil	31
5.2 - Percepção dos pais e/ou responsáveis na prevenção da obesidade infanto-juvenil e variáveis comportamentais	32
5.3 - Percepção dos pais e/ou responsáveis na prevenção da obesidade infanto-juvenil e variáveis contextuais	35
6 – CONCLUSÕES	37
7 - REFERÊNCIAS.....	39

1 – INTRODUÇÃO

O presente trabalho aborda sobre o quão capazes pais e/ou responsáveis de alunos em idade escolar se percebem para auxiliarem seus filhos na prevenção da obesidade infanto-juvenil. Sabe-se que o ambiente familiar pode ser considerado o primeiro espaço onde a criança e/ou adolescente tem contato com conhecimentos, comportamentos, atitudes e valores sobre como se alimentar, brincar e aprender sobre vários aspectos acerca da saúde. Estudos realçam a importância do ambiente familiar e ações parentais no combate e na prevenção da obesidade infanto-juvenil (ALMEIDA *et al.*, 2020; CARVALHO *et al.*, 2013, CORRÊA *et al.*, 2020; FREITAS; COELHO; RIBEIRO, 2009; MENDONÇA, 2020). Embora os estudos mencionados reconheçam o papel da família na prevenção da obesidade de crianças e adolescentes, é limitada na literatura a investigação sobre o quão capazes pais e/ou responsáveis se julgam para auxiliar seus filhos a aprenderem sobre e a manter um comportamento na prevenção da obesidade.

1.1 - Contextualização do estudo

A obesidade é uma doença crônica, multifatorial, que pode ser compreendida como uma condição patológica, acompanhada por acúmulo excessivo de gordura, quando comparada com valores previstos para dada estatura, sexo e idade (ALMEIDA *et al.*, 2020; MARTI, 2001). A literatura tem evidenciado que a obesidade é fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, cardiopatias, aumento da pressão arterial, afecções articulares e até mesmo câncer. (CARVALHO *et al.*, 2013; DIAS *et al.*, 2017; FREITAS; COELHO; RIBEIRO, 2019; MENDONÇA, 2020; PAPALÉO NETO, 2005). Atualmente essa comorbidade é um dos mais graves problemas de saúde pública, podendo resultar da ação isolada ou conjunta de diferentes fatores: genéticos, endócrinos, ambientais, culturais, socioeconômicos, psicossociais e comportamentais (CARVALHO *et al.*, 2013; FREITAS; COELHO; RIBEIRO, 2019; MENDONÇA, 2010).

O número global de crianças e adolescentes obesas ou acima do peso aumentou de 32 milhões em 1990 para 42 milhões em 2013. Se as tendências atuais continuarem, o número de crianças e adolescentes com excesso de peso em todo o mundo aumentará para 75 milhões até 2025 (OMS, 2015). O cenário nacional, infelizmente, não se diverge, e acompanha a tendência mundial. Segundo Oliveira e

Fisberg (2003), o Brasil passou por um processo de transição nutricional. Entre os anos 1974/75 e 1989, houve uma redução da prevalência da desnutrição infantil (de 19,8% para 7,6%), enquanto se observou um aumento na prevalência de obesidade (de 5,7% para 9,6%) no mesmo período. Em 2019, entre as crianças acompanhadas na Atenção Primária à Saúde do SUS, 14,8% dos menores de 5 anos e 28,1% das crianças entre 5 e 9 anos tinham excesso de peso. Destas, 7% e 13,2% apresentavam obesidade. Ainda em 2019, 5% das crianças com idade entre 5 e 10 anos foram classificadas com obesidade grave (BRASIL, 2020).

A obesidade infanto-juvenil sendo uma comorbidade, pode gerar várias consequências para a vida adulta. O interesse na prevenção da obesidade infanto-juvenil se justifica pelo aumento de sua prevalência, e de sua permanência na vida adulta, pela potencialidade enquanto fator de risco para outras doenças crônico-degenerativas (LEÃO *et al.*, 2013). Pergher *et al.* (2010) apontaram que crianças obesas têm maior risco de se tornarem adultos obesos, destacando que aproximadamente 80% dos adolescentes obesos permanecem com excesso de peso quando adultos. Pereira (2012) e Monteiro *et al.* (2013) corroborando com a afirmação, pautam ainda que consequentemente, essa manutenção do acúmulo excessivo de gordura corporal, desencadeia problemas cardiovasculares, respiratórios, endocrinológicos, psicossociais, dentre outros.

A infância e a juventude são fases oportunas, nas quais devem ser tomados os primeiros cuidados em relação à obesidade, principalmente quando há alguma predisposição genética, comportamental, metabólica e hormonal no peso corporal, com riscos do desenvolvimento da doença (OLIVEIRA, 2003). Corrêa *et al.* (2020) afirmaram que quanto mais precoce o surgimento da obesidade, maior pode ser o seu impacto na saúde das pessoas em fases posteriores do desenvolvimento.

1.2 - Variáveis associadas à obesidade infanto-juvenil

A literatura tem alertado para diferentes variáveis que podem causar ou que estão associadas à obesidade infanto-juvenil, sendo esses fatores de origem pessoal, como aspectos biológicos e psicológicos; ambiental, como socioeconômicos e sociais; e comportamental, como a ingestão de alimentos e comportamento sedentário (CORSO, 2012; COUTINHO, 2007; NUNES, 2008). Entre os fatores citados há um destaque para a prevalência daqueles ligados ao fato de que baixos níveis de

atividade física e a alimentação inadequada são as principais causas da obesidade infanto-juvenil no Brasil (BRASIL, 2019; NASCIMENTO, 2015; OMS, 2000). Os hábitos alimentares e a prática de exercícios adquiridos na infância e na adolescência tendem a continuar na vida adulta (CARREGOSA *et al.*, 2015). Sendo assim, torna-se de grande importância a identificação das práticas sedentárias e hábitos alimentares inadequados, e a busca no combate e educação sobre a importância da prática regular de atividades ou brincadeiras ativas e hábitos alimentares benéficos à saúde.

Sabe-se que os dados referentes à inatividade física no Brasil estão aumentando progressivamente, como é mostrado no levantamento da OMS (2019). Segundo esses dados, 84% dos adolescentes brasileiros, na faixa etária de 11 a 17 anos, são menos ativos do que deveriam ser, ou seja, não cumprem as recomendações mínimas da OMS em termos de atividade física diária. A pesquisa mostra ainda que não ocorreu nenhuma melhora significativa nesses níveis nos últimos 15 anos. Um levantamento nacional realizado em 2015, apontou que 60,8% de alunos do 9º ano são classificados como insuficientemente ativos e 4,8%, como inativos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE], 2015). Nessa mesma investigação, 56,1% passam três ou mais horas diárias sentados (TV; computador; videogames) contribuindo para os elevados níveis de comportamento sedentário desses estudantes.

Ferrari *et al.* (2015) identificaram em seu estudo que crianças estão gastando mais tempo em comportamentos sedentários em contraposição às atividades físicas, sendo que esses comportamentos se relacionam com o excesso de tempo destinado ao uso dos aparatos tecnológicos, por exemplo, celulares, smartphones, computadores, videogames etc. Podemos entender comportamento sedentário como sendo caracterizado por atividades com baixo gasto energético em posição sentada, deitada ou reclinada e é independente do nível de atividade física do indivíduo (TREMBLAY *et al.*, 2017 *apud* CHRISTOFOLET, *et al.* 2020). Andrade *et al.* (2015) evidenciaram que a prática de atividade física deve ter um enfoque indispensável na prevenção e proteção da saúde, em relação ao combate da obesidade infanto-juvenil. Ilustrando desta forma, a potencialidade da prática em relação ao combate e prevenção da obesidade infanto-juvenil.

Pensando na alimentação de crianças e adolescentes brasileiros observa-se que a realidade não é diferente em relação ao comportamento de praticar atividade

física. Concomitante ao sedentarismo, observa-se o aumento da alimentação inadequada entre crianças e adolescentes, os quais sofrem os impactos precocemente por precisarem lidar com as diversas consequências ocasionadas pelo excesso de peso e obesidade (CADAMURO; OLIVEIRA, 2015). O aumento da ingestão de alimentos processados e com alta concentração de açúcar tem aumentado gradativamente, tornando complexo, o combate contra a obesidade. Biz (2019) encontrou que menos de 40% dos jovens incluem verduras e hortaliças nas refeições e ingerem alimentos ricos em carboidratos e gordura, e que 40% dos jovens comem algum tipo de doce diariamente e menos de 20% deles ingerem frutas.

A literatura revela a importância do cuidado com a alimentação das crianças desde os primeiros anos de vida. Corrêa *et al.* (2020) apontaram, por exemplo, que a interrupção da amamentação exclusiva antes dos cinco meses, apresenta cerca de duas vezes mais risco de desenvolver obesidade durante a infância. O aleitamento materno acarreta menos acometimento de obesidade e sobrepeso em pré-escolares que tiveram o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida (MORAES, 2011). Além disso, como já afirmamos, consta-se que crianças estão consumindo pouca variedade de alimentos saudáveis, entre eles frutas, verduras, alimentos *in natura* ou minimamente processados, e estão sendo expostas precocemente aos doces, frituras, gorduras e alimentos ultraprocessados que podem prejudicar a sua saúde (OMS, 2019). A indústria de alimentos foi, em grande parte, responsável pela mudança radical que se operou na alimentação nos últimos anos, tendo como resultante, o crescimento de forma radical do número de pessoas obesas nas últimas décadas (ALMEIDA *et al.*, 2020).

Um outro aspecto sobre essa questão do aumento da obesidade entre crianças e adolescentes é a influência da mídia. Considera-se que a publicidade tem efeitos na obesidade por três mecanismos distintos: a promoção de estilos de vida sedentários, a promoção de uma alimentação desequilibrada e de elevada densidade energética, e a promoção de um consumo alimentar desmedido e acima das necessidades energéticas diárias (DÍAZ *et al.*, 2011).

Quando se trata de crianças e/ou adolescentes, principalmente as de menor idade, muitas das escolhas, tanto de atividade física como de alimentação, passam por aprovação de pais e/ou responsáveis. Desta forma, é necessário atentar para os diferentes ambientes em que as crianças e adolescentes permanecem durante essa fase do desenvolvimento, para que tanto pais e/ou responsáveis se atentem a esses

aspectos, com a finalidade de oferecer condições mais saudáveis para o desenvolvimento das crianças e combater o sedentarismo e obesidade infanto-juvenil.

Levando em conta que as crianças ou jovens passam o seu dia-a-dia, intercalando momentos dentro do ambiente escolar e momentos dentro do ambiente familiar, assim, se faz necessário compreender, como a criança e/ou adolescente são expostos e orientados, em relação às escolhas, vinculadas com aspectos voltadas à saúde, por exemplo, ações que auxiliem para prevenir a obesidade, ou promover conhecimento para melhores escolhas sobre praticar atividades físicas e adotar hábitos alimentares saudáveis, tanto no ambiente familiar, quanto em outros locais, por exemplo, a escola.

O período de escolarização básica é uma etapa importante na construção e desenvolvimento físico, social, emocional e intelectual de crianças e jovens, sendo a escola um ambiente propício para que sejam desenvolvidos habilidades, conhecimentos e competências de diversas fontes de saberes. A instituição escolar deve buscar uma formação integral para seus estudantes, fomentando a aquisição de conhecimentos que promovam autonomia em relação ao autocuidado e cuidado com os outros, a criticidade, a criatividade, promovendo o desenvolvimento humano integral e a construção de uma sociedade justa, democrática e inclusiva (BRASIL, 2018a). Colaço (2008) enxerga a promoção da saúde no âmbito escolar, como opção viável para se incluir nas propostas político-pedagógicas das escolas. Essa posição é benéfica, tendo em vista o papel da instituição escolar na vida dos estudantes, e a emergência da construção de sujeitos sociais, imersos em conhecimentos sobre essa temática.

A abordagem de temas vinculados à saúde torna-se fundamental dentro do ambiente escolar, tendo em vista também, momentos de crises sanitárias emergenciais. Quando buscamos construir proposições voltadas ao tema da saúde no ambiente escolar, devemos nos atentar a inserção de todos os envolvidos no processo de promoção de hábitos saudáveis, sendo essa construção de forma coletiva, tendo projetos que envolvam gestores, professores, funcionários, familiares dos estudantes e a comunidade em torno da escola.

Vemos no cenário nacional, a busca pela integração e articulação da temática da saúde, no ambiente escolar, através do Programa Saúde na Escola (PSE). O programa visa proporcionar melhoria na qualidade de vida da população brasileira, consolidando atitudes e ações que busquem a saúde como enfoque no ambiente

escolar. O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino (BRASIL, 2018b). Ressaltando que o PSE foi instituído em 2007, através do Decreto nº 6.286, mais especificamente no dia 5 de dezembro de 2007, criando assim o programa e outras providências, em relação à temática da saúde. (BRASIL, 2007).

Além da escola, acredita-se que o ambiente familiar é um pilar fundamental para o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes, pois nesse espaço eles experienciam momentos de aprendizagem e são estimulados de formas diferentes, influenciando o processo de construção de conhecimentos e de hábitos. Contextos familiares e escolares inadequados ao desenvolvimento da saúde são considerados fatores que contribuem para o desenvolvimento do excesso de peso e consequentemente, a obesidade, tanto na infância, quanto na adolescência (CORRÊA *et al.*, 2020). É de suma importância, que pais e/ou responsáveis cultivem hábitos saudáveis, como alimentação adequada, prática de atividade física por meio de brincadeiras e jogos fisicamente ativos com seus filhos, os estimulem e os apoiem frequentemente a se manterem nesses comportamentos.

Chaves *et al.* (2011) evidenciaram a importância de os pais e/ou responsáveis terem conhecimento e aceitação abrangentes sobre obesidade, a fim de auxiliarem os filhos da melhor maneira possível. É notório que a construção de conhecimento vinculado à temática da saúde nas fases iniciais do desenvolvimento é essencial para a construção de repertórios individual e coletivo que poderão ser utilizados nas fases subsequentes dentro e fora da escola e, a família, tem papel fundamental nesse processo.

No que tange à prevenção da obesidade infanto-juvenil, pais e/ou responsáveis podem contribuir em relação a melhor oferta de alimentos, promoção de prática de atividade física e diminuição de tempo em comportamento sedentário, por exemplo, como o tempo de tela (celulares, tablets e computadores). Mendonça (2020) evidenciou que a família, nomeadamente os pais, assumem um papel fulcral na formação dos comportamentos alimentares das crianças, sendo por esta razão, considerados como os primeiros educadores em relação às práticas alimentares.

Diante dessas constatações, percebe-se que há diferentes elementos em jogo quando se trata da promoção de hábitos saudáveis, seja de atividade física,

alimentação ou das relações sociais. Como vimos, as variáveis comportamentais são mais evidentes na influência negativa no que se refere ao combate à obesidade e sedentarismo. Muitos dos comportamentos que as pessoas assumem, sejam crianças, sejam os adultos que oferecem as oportunidades para as crianças, são bastante influenciados pelas crenças que possuem sobre o que conseguem ou não fazer. Ou seja, em se tratando de temas ligados à saúde, mas principalmente, à adoção de um estilo de vida saudável, é fundamental que os pais e/ou responsáveis tenham conhecimentos e se sintam, então, capazes de organizar e transformar esses saberes em comportamentos que ajudem a promover a saúde de crianças e adolescentes, evitando ou diminuindo as probabilidades de ocorrência da obesidade infanto-juvenil.

1.3 - Referencial teórico - Teoria Social Cognitiva e Autoeficácia

Contudo, como relatado anteriormente, os níveis de sedentarismo e obesidade entre crianças e adolescentes continuam a crescer. Para promover comportamentos que previnam a obesidade e promovam um estilo de vida saudável, é necessário mais que o conhecimento. Pais e/ou responsáveis precisam também se sentir capazes de colocar em prática o que sabem sobre a preparação de refeições adequadas, ajudar a organizar e controlar o tempo de tela dos filhos, além de exibirem comportamentos que sirvam de modelo para as crianças e adolescentes sob sua responsabilidade. Precisam, portanto, estar motivados e se perceberem capazes de realizar tais comportamentos. Sentir-se capaz de realizar uma tarefa é um aspecto motivacional muito importante para as realizações pessoais (BANDURA, 1997).

Um dos referenciais que podem contribuir para compreender como pais e/ou responsáveis se sentem capazes para realizar os comportamentos necessários para prevenir a obesidade de crianças e adolescentes advém da teoria social cognitiva (TSC). A TSC é formada por um conjunto de constructos formulados por Albert Bandura com o intuito de explicar o comportamento humano. Segundo ele, o comportamento humano é resultado de uma interação dinâmica e complexa entre fatores presentes no ambiente (condições física e materiais, influências sociais, entre outros), da própria pessoa (crenças, pensamentos, conhecimento, sentimentos, metas pessoais) e do próprio comportamento (BANDURA, 2004).

Nessa perspectiva, compreende-se que as pessoas podem, intencionalmente, produzir certos comportamentos. Entre eles, os ligados aos estilos de vida fisicamente ativos e hábitos alimentares saudáveis. Para tanto, um mecanismo central para a realização de tais comportamentos é a autoeficácia, compreendida como “crenças do indivíduo em sua capacidade em organizar e executar cursos de ação requeridos para produzir certas realizações” (BANDURA, 1997, p.3). Essa crença é a base da motivação humana e para as realizações pessoais. Bandura (1997) postulou que as crenças de autoeficácia são constituídas por quatro fontes, as experiências diretas, experiências vicárias, persuasão social e estados fisiológicos e afetivos. As informações advindas dessas quatro fontes podem, quando selecionadas, influenciar a avaliação pessoal de capacidade das pessoas para a realização de determinadas tarefas.

A experiência direta oferece informações a partir dos resultados das próprias realizações. Sucesso em atividades realizadas tendem a fortalecer a autoeficácia, enquanto fracasso tende a enfraquecer a percepção de capacidade. As experiências vicárias oferecem informações a partir de situações que envolvam a observação de outro indivíduo, realizando a tarefa semelhante que deseja realizar. Essas observações podem acontecer ao vivo, por meio de vídeos, ou ainda, simbólicos, por meio da leitura de jornais, revistas e livros.

A persuasão social, geralmente expressa de maneira verbal, vincula-se a elogios, orientações, avaliações e *feedbacks* que as pessoas recebem a partir de suas realizações. Por fim, os estados fisiológicos e afetivos oferecem informações advindas das ativações físicas, fisiológicas e emocionais, oriundas da realização de uma tarefa. Quando percebidas de maneira positiva, tendem a fortalecer a percepção de capacidade, enquanto percepções negativas tendem a enfraquecer a autoeficácia para determinadas realizações.

O constructo de autoeficácia é considerado como um importante preditor para a motivação na adesão de hábitos saudáveis (BANDURA, 2004; MARQUES, 2018). Indivíduos com elevada autoeficácia para um estilo de vida saudável se alimentam melhor, escolhem realizar comportamentos que promovem o bem-estar físico e emocional, fazem mais atividade física, em comparação com indivíduos com baixa percepção de autoeficácia. Segundo Pajares e Schunk (2002) a autoeficácia robusta afeta a motivação, envolvendo maior esforço e perseverança perante dificuldades no processo de cumprir com os objetivos propostos para si mesmos.

Na promoção de hábitos saudáveis, por exemplo, pessoas confiantes em sua capacidade em se manter focadas em seus objetivos, obtêm melhores resultados. Ferreira, Bakos e Habigzang (2015) em um estudo sobre autoeficácia e emagrecimento concluíram que essa crença influencia diretamente no objetivo de emagrecer, tanto no processo em si como antes dele, possuir crenças de autoeficácia elevadas aumentou a motivação para iniciar a dieta. Além disso, acreditar na própria capacidade faz com que os obstáculos sejam enfrentados ao invés de levar a pessoa a desistir.

Portanto, a crença pessoal de capacidade para atingir determinada realização é aspecto central na TSC, pois ela é preditora do comportamento humano (BANDURA, 1997). Assim, entende-se que as pessoas podem ter certo grau de controle sobre seus pensamentos e ações, influenciando, por exemplo, os próprios comportamentos no que tange a prevenção da obesidade dos próprios filhos, sobretudo, quando esses estão em idade escolar.

Bohman *et al* (2014) esclareceram em seu estudo que a autoeficácia parental se encontra associada aos comportamentos de atividade física e dietas saudáveis relacionadas com seus filhos, visando o tratamento da obesidade infanto-juvenil. Outro estudo que buscou esclarecer a relação da autoeficácia parental com a prevenção da obesidade infanto-juvenil, ou promoção de hábitos saudáveis, foi o de Morin *et al* (2013), que mostrou que a alta autoeficácia parental estava associada à algumas variáveis, por exemplo, planejamento alimentar e preparação de refeições saudáveis, evidenciando, a importância do gerenciamento das refeições dia a dia.

Levando em consideração a importância da autoeficácia para as realizações pessoais no cotidiano e sua relação com a percepção de capacidade dos pais e/ou responsáveis em ajudar a prevenir a obesidade e sedentarismo infantil, e considerando o aumento dos índices de sedentarismo e obesidade de crianças e adolescentes em idade escolar, este estudo tem como objetivo investigar o quanto pais e/ou responsáveis acreditam que podem auxiliar a prevenir comportamentos que promovem a obesidade infanto-juvenil.

2 – OBJETIVO

Este estudo tem por objetivo investigar as crenças de autoeficácia de pais e/ou responsáveis para a prevenção de obesidade infanto-juvenil e sua relação com variáveis comportamentais e contextuais.

Especificamente:

- Mensurar o nível de autoeficácia de pais e/ou responsáveis, em relação à capacidade de prevenir obesidade infanto-juvenil;
- Identificar variáveis comportamentais que possam estar associadas à percepção de capacidade dos pais e/ou responsáveis para a prevenção de obesidade infanto-juvenil;
- Identificar variáveis contextuais que possam estar associadas à percepção de capacidade dos pais e/ou responsáveis para a prevenção de obesidade infanto-juvenil.

3 - MÉTODO E MATERIAIS

Esta pesquisa é do tipo exploratória descritiva de natureza quantitativa. Para Gil (2002), a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Definimos como descritiva, pois realizamos um estudo, com levantamento de informações através da coleta de questionários e descrevemos os resultados de modo a capturar um panorama do contexto investigado. De acordo com Sampieri, Collado e Lucio (2006), a pesquisa exploratória consiste em medir, avaliar ou coletar dados sobre os diversos aspectos, dimensões ou componentes do fenômeno, portanto, é o processo de descrever o que se pesquisa.

3.1 – Participantes

Participaram da pesquisa 747 pais e/ou responsáveis de seus filhos matriculados em duas escolas municipais (Escola de Educação Infantil e Escola de Educação Fundamental 1) e uma escola estadual (Escola de Educação Fundamental 2), da cidade de Rio Claro, SP. Na Tabela 1 são apresentados os resultados da caracterização sociodemográfica dos pais e/ou responsáveis, relacionando o sexo, idade e grau de escolaridade.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos pais e/ou responsáveis, por escola. (N = 747)

Variáveis	Total	Educação Infantil	Ensino Fundamental 1	Ensino Fundamental 2
Sexo				
Masculino	411 (55%)	51 (16,1%)	218 (85,2%)	142 (81,6%)
Feminino	336 (45%)	266 (83,9%)	38 (14,8%)	32 (18,4%)
Idade				
Média (DP)	36 (8,6)	32,7 (8,7)	38,4 (7,4)	38,2 (8,1)
Até 29 anos	141 (20%)	113 (39%)	17 (7%)	11 (6,4%)
30-39 anos	368 (52,1%)	129 (44,5%)	134 (54,9%)	105 (61%)
40-49 anos	152 (21,5%)	35 (12,1%)	78 (32%)	39 (22,7%)
50-59 anos	32 (4,5%)	9 (3,1%)	11 (4,5%)	12 (7%)
60+ anos	13 (1,8%)	4 (1,4%)	4 (1,6%)	5 (2,9%)
Grau de escolaridade				
Fundamental incompleto	126 (17,1%)	43 (14%)	27 (10,5%)	56 (32,4%)
Fundamental completo	65 (8,8%)	27 (8,8%)	17 (6,6%)	21 (12,1%)
Médio incompleto	100 (13,6%)	50 (16,2%)	23 (9%)	27 (15,6%)
Médio completo	347 (47,1%)	157 (51,0%)	138 (53,9%)	52 (30,1%)
Superior incompleto	44 (6%)	12 (3,9%)	25 (9,8%)	7 (4%)
Superior completo	55 (7,5%)	19 (6,2%)	26 (10,2%)	10 (5,8%)

Dados: Fonte da pesquisa.

3.2 - Contexto do estudo

Este estudo é oriundo da participação de estudantes de Educação Física no Programa PIBID/CAPES, cujo tinha o foco centrado na formação de futuros professores para ensinar hábitos saudáveis no ambiente escolar. O Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Docência (PIBID), foi desenvolvido na UNESP, campus de Rio Claro, e possuía como ideia central, “As práticas de ensino em Educação Física para um estilo de vida saudável na escola.” O projeto teve como fundamentação teórica-metodológica os estudos pautados na teoria social cognitiva, mais especificamente nos mecanismos da autoeficácia e da autorregulação da aprendizagem (alunos da escola), de hábitos saudáveis. O projeto PIBID Educação Física envolveu direta e indiretamente inúmeros estudantes de Educação Física (bolsistas de iniciação à docência). Ressalta-se que este estudo faz parte do projeto “Ensino, formação e intervenção para a aquisição de hábitos saudáveis na escola: contribuições da teoria social cognitiva”, que foi aprovado pelo comitê de ética sob protocolo n. 2.971.099.

3.3 – Instrumentos

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: a) questionário sociodemográfico; b) Escala de autoeficácia de pais para prevenção de comportamentos relacionados à obesidade infantil (WRIGHT *et al.*, 2014).

O questionário sociodemográfico foi elaborado para fins deste estudo, com o objetivo de obter dados de caracterização pessoal (idade, grau de escolaridade, índices de atividade física e alimentação) dos pais e/ou responsáveis, e questões de cunho contextual, sobre seus filhos (hábito de atividade física, hábitos de alimentação saudáveis filhos e/ou crianças sob sua responsabilidade).

Já a Escala de autoeficácia de pais para prevenção de comportamentos relacionados à obesidade infantil (AEPPCOI) tem por objetivo mensurar o quanto pais e/ou responsáveis se percebem capazes de prevenir comportamentos que podem levar à obesidade infantil, como promover atividade física de crianças, ingestão de frutas e vegetais e bebidas industrializadas por exemplo. A escala foi traduzida e adaptada para o contexto brasileiro, passando por conferência de especialistas da

área. A escala possui dezesseis itens, no qual cada item possui resposta em escala de Likert de 5 pontos: 1 = “Não posso fazer de jeito algum”, 2 = “Posso fazer pouco”, 3 = “Posso fazer”, 4 = “Posso fazer bastante” e 5 = “Posso fazer “totalmente”. O AEPPCOI encontra-se dividido em 4 dimensões com quatro itens cada e para este estudo obteve índices satisfatórios de confiabilidade avaliados pelo Alpha de Cronbach (α): Atividade Física ($\alpha = 0,771$) que se relaciona com a capacidade dos pais e/ou responsável de auxiliar seus filhos à realizar atividade física; Frutas e Vegetais ($\alpha = 0,721$) que se relaciona a capacidade dos pais e/ou responsável ofertar frutas e/ou vegetais para seu filho; Refrigerantes ($\alpha = 0,799$) que se relaciona a crença dos pais e/ou responsáveis no controle de seu filho na ingestão de refrigerante ou suco de caixinha; Sucos Naturais ($\alpha = 0,857$) que se relaciona à crença de permitir que seu filho faça a ingestão limitado de um copo diariamente de suco naturais.

3.4 - Procedimentos de coleta dos dados

Os procedimentos que iremos relatar a seguir procuram retratar o processo pelo qual os dados foram coletados junto aos participantes. Como já explanado anteriormente (Tópico 3.2), este estudo é oriundo da participação de bolsistas nos projetos do PIBID Educação Física, juntamente com escolas colaboradoras. Inicialmente contatamos os coordenadores/diretores das respectivas escolas, solicitando a autorização da aplicação dos questionários juntamente com pais e/ou responsáveis dos alunos. Após a autorização da coordenação/direção, conciliamos que a data ideal para aplicação dos questionários, seriam nas reuniões de pais e/ou responsáveis. Assim sendo, no dia das reuniões ocorreu a coleta de dados, onde foi explicado os objetivos da pesquisa e aqueles que se sentiram esclarecidos e demonstraram interesse em participar preencheram os questionários e a Escala de AEPPCOI.

O processo de explicação dos objetivos e orientações de preenchimento dos instrumentos durou entre 5 e 10 minutos, e o processo de preenchimento dos questionários e Escala de AEPPCOI, durou entre 35 e 50 minutos. Saliento que os dados foram coletados em períodos diferentes, sendo primeiro nas escolas de Ensino Fundamental 1 e 2, e por conseguinte na escola de Educação Infantil.

3.5 - Forma de análise dados

Os dados quantitativos advindos da coleta realizada com as escalas foram analisados de forma estatística descritiva e inferencial (RICHARDSON *et al.*, 1999). A análise de dados foi realizada pelo programa de análise estatística IBM SPSS – versão 26 para Windows. Para avaliar a significância das correlações e das diferenças entre grupos foram utilizados os seguintes testes estatísticos: Coeficiente de Correlação de Spearman (correlacionando os escores das dimensões da Escala de autoeficácia de pais para prevenção de comportamentos relacionados à obesidade infanto-juvenil com variáveis quantitativas ou ordinais); Teste de independência do Qui-quadrado (comparando as escolas relativamente a variáveis categóricas nominais ou ordinais); Teste T de Student, para amostras independentes (comparando os escores das dimensões da Escala de autoeficácia de pais para prevenção de comportamentos relacionados à obesidade infantil entre dois grupos independentes) e ANOVA (comparando dos escores das dimensões da Escala de autoeficácia de pais para prevenção de comportamentos relacionados à obesidade infanto-juvenil entre três ou mais grupos independentes).

Para as conclusões dos resultados dos testes estatísticos foi considerado um nível de significância de 5%, ou seja, as correlações e as diferenças foram consideradas estatisticamente significativas quando o valor de significância foi inferior a 0.05 ($p < 0,05$).

4 – RESULTADOS

Nesta seção são apresentados os resultados das análises, tendo como primeiro aspecto a autoeficácia dos pais e/ou responsáveis na prevenção da obesidade infanto-juvenil, e depois suas associações com as variáveis investigadas no estudo.

4.1 - Mensuração da autoeficácia de pais e/ou responsáveis na capacidade de prevenção de obesidade infanto-juvenil

Após a verificação da confiabilidade das dimensões do AEPPCOI, foram calculados os respectivos escores através da média das pontuações de cada item. Desta forma, os escores de cada dimensão podem variar de no mínimo de 1 ao máximo de 5 – quanto mais alto esse escore, mais forte é a percepção da capacidade

na prevenção da obesidade infanto-juvenil. A caracterização dos dados no total da amostra escores é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2. Caracterização das dimensões do AEPPCOI no total da amostra.

	AEPPCOI			
	Atividade Física	Frutas e Vegetais	Refrigerantes	Sucos Naturais
Mínimo	1,0	1,0	1,0	1,0
Máximo	5,0	5,0	5,0	5,0
Média	2,89	2,86	2,72	3,53
Desvio-padrão	0,83	0,84	0,94	1,03

Fonte: dados da pesquisa.

A dimensão Sucos Naturais foi a que apresentou maior média ($M = 3,53$; $1,03$, numa escala de 5 pontos) indicando ser a dimensão com a percepção de capacidade mais forte na prevenção da obesidade infantil junto aos participantes deste estudo. Em seguida, a dimensão da Atividade Física ($M = 2,89$; $0,83$), Frutas e Vegetais ($M = 2,86$; $0,84$) e Refrigerantes ($M = 2,72$; $0,94$).

4.2 - Variáveis comportamentais de pais e/ou responsáveis e correlações com a AEPPCOI

Na Tabela 3, são apresentados dados referentes à atividade física dos pais e/ou responsáveis. Esses dados foram obtidos apenas nas escolas de Ensino Fundamental 1 e Ensino Fundamental 2 ($n = 421$). Mais da metade dos pais e/ou responsáveis praticam atividade física regularmente (56,8%). Entre estes, 47,7% fazem atividade física moderada (caminhar, andar de bicicleta, nadar) uma a duas vezes por semana, 27,2% três ou quatro vezes por semana e 16,7% mais que cinco vezes por semana. Não se registaram diferenças significativas entre as duas escolas relativamente à prática de atividade física ($p < 0,05$). Cerca de metade dos pais e/ou responsáveis que praticam atividade física regularmente foram acompanhados pelo filhos, pelo menos uma vez por semana (50,8%), esta porcentagem foi significativamente mais alta junto a pais e/ou responsáveis da escola de Educação Fundamental 1 (57,9%) do que os pais e/ou responsáveis da escola de Educação Fundamental 2 (38,1%) ($p = 0,024$).

Tabela 3. Caracterização dos dados sobre atividade física dos pais e/ou responsáveis, por escola. (N= 421)

Variáveis	Total	Ensino Fundamental al 1	Ensino Fundamental al 2	p ⁽¹⁾
Pratica atividade física regularmente				
Não	182 (43,2%)	102 (40%)	80 (48,2%)	0,097
Sim	239 (56,8%)	153 (60%)	86 (51,8%)	
Frequência de atividade física moderada semanal (caminhar, andar de bicicleta, nadar, ...)⁽²⁾				
nenhuma vez	20 (8,4%)	9 (5,9%)	11 (12,8%)	0,284
uma ou duas vezes por semana	114 (47,7%)	77 (50,3%)	37 (43,0%)	
três ou quatro vezes por semana	65 (27,2%)	41 (26,8%)	24 (27,9%)	
mais que cinco vezes por semana	40 (16,7%)	26 (17,0%)	14 (16,3%)	
Filho(a) acompanhou em alguma das atividades físicas⁽²⁾				
nenhuma vez	116 (49,2%)	64 (42,1%)	52 (61,9%)	0,024
uma ou duas vezes por semana	100 (42,4%)	75 (49,3%)	25 (29,8%)	
três ou quatro vezes por semana	18 (7,6%)	12 (7,9%)	6 (7,1%)	
mais que cinco vezes por semana	2 (0,8%)	1 (0,7%)	1 (1,2%)	
Principal barreira que impede de fazer atividade física⁽³⁾				
Falta de tempo	262 (62,8%)	162 (66,4%)	100 (57,8%)	0,074
Preguiça	50 (12%)	24 (9,8%)	26 (15%)	0,108
Falta de espaço adequado	22 (5,3%)	8 (3,3%)	14 (8,1%)	0,030
Falta de conhecimento sobre o assunto	9 (2,2%)	2 (0,8%)	7 (4%)	0,025
Outro	45 (10,8%)	26 (10,7%)	19 (11%)	0,911

Notas: ⁽¹⁾ valor de significância do Teste do Qui-quadrado; ⁽²⁾ respostas apenas dos que praticam atividade física regular; ⁽³⁾ pergunta com possibilidade de indicar mais do que opção. Fonte: dados da pesquisa.

A falta de tempo foi o motivo mais referido como impedimento da prática de atividade física, sendo referido por 66,4% dos pais e/ou responsáveis da escola de Educação Fundamental 1 e por 57,8% dos pais e/ou responsáveis da escola de Educação Fundamental 2. Também foram observadas diferenças significativas na porcentagem de participantes que referiram a falta de espaço e de conhecimento sobre o assunto como motivo para não praticar atividade física, sendo essa indicação mais alta na escola de Ensino Fundamental 2 (8,1% e 4% respectivamente) do que na escola de Educação Fundamental 1 (3,3% e 0,8% respectivamente).

Na Tabela 4, apresentamos dados referentes à alimentação dos pais e/ou responsáveis. Esses dados foram também apenas obtidos nas escolas de Educação Fundamental 1 e Fundamental 2. Os resultados mostram que mais da metade dos pais e/ou responsáveis comeram Frutas e/ou Verduras (61,4%) e ofereceram ao filho Frutas e/ou Verduras (67,2%) três ou mais vezes na semana anterior. No entanto, a frequência de consumo de Frutas e/ou Verduras por parte dos pais e/ou responsáveis da escola de Educação Fundamental 1, foi menor do que na escola de Educação

Fundamental 2, sendo as diferenças significativas no caso dos pais e/ou responsáveis ($p = 0,005$).

Também se observou o mesmo padrão para a oferta de frutas e verduras para os filhos, com valores próximos da significância estatística ($p = 0,067$). Cerca de metade dos pais e/ou responsáveis (49%) referiram não ter dificuldade para oferecer uma alimentação saudável para a família, sendo esta porcentagem significativamente mais alta na escola de Educação Fundamental 1 (53,8%) do que na escola de Educação Fundamental 2 (42%) ($p = 0,014$). De referir também que a porcentagem de pais e/ou responsáveis que consideram o preço como a maior dificuldade para oferecer uma alimentação saudável para a família é mais alta na escola de Educação Fundamental 2 (17,1%) do que na escola de Educação Fundamental 1 (5,3%) ($p < 0,001$).

Tabela 4. Caracterização dos dados sobre alimentação saudável dos pais e/ou responsáveis, por escola.

Variáveis	Total	Ensino Fundamental al 1	Ensino Fundamental al 2	p ⁽¹⁾
Na última semana, com que frequência comeu Frutas e/ou Verduras				
nenhuma vez	17 (3,8%)	5 (1,9%)	12 (6,7%)	0,005
uma ou duas vezes por semana	154 (34,8%)	82 (30,9%)	72 (40,4%)	
três ou quatro vezes por semana	164 (37%)	106 (40%)	58 (32,6%)	
mais que cinco vezes por semana	108 (24,4%)	72 (27,2%)	36 (20,2%)	
Na última semana, com que frequência ofereceu ao filho Frutas e/ou Verduras				
nenhuma vez	23 (5,2%)	9 (3,4%)	14 (7,8%)	0,067
uma ou duas vezes por semana	137 (30,8%)	75 (28,3%)	62 (34,4%)	
três ou quatro vezes por semana	157 (35,3%)	100 (37,7%)	57 (31,7%)	
mais que cinco vezes por semana	128 (28,8%)	81 (30,6%)	47 (26,1%)	
Maior dificuldade para oferecer uma alimentação saudável para a família⁽²⁾				
Falta de tempo para preparo	61 (13,7%)	36 (13,6%)	25 (13,8%)	0,958
Comer nos horários certos	65 (14,6%)	36 (13,6%)	29 (16%)	0,484
Falta de conhecimento sobre como preparar esse tipo de alimento	7 (1,6%)	2 (0,8%)	5 (2,8%)	0,095
Não evitar alimentos gordurosos e enlatados	19 (4,3%)	11 (4,2%)	8 (4,4%)	0,887
Este tipo de alimentação é muito cara	45 (10,1%)	14 (5,3%)	31 (17,1%)	< 0,001
Não tem dificuldade	218 (49%)	142 (53,8%)	76 (42%)	0,014
Outros	41 (9,3%)	29 (11,1%)	12 (6,7%)	0,117

Notas: ⁽¹⁾ valor de significância do Teste do Qui-quadrado; ⁽²⁾ pergunta com possibilidade de indicar mais do que opção.

Fonte: dados da pesquisa.

Na Tabela 5, podem ser observadas as correlações das dimensões do AEPPCOI com as variáveis pessoais analisadas: sexo, idade e escolaridade. Nota-se que os pais e/ou responsáveis do sexo feminino possuem crenças de autoeficácia na

prevenção da obesidade mais forte do que os pais e/ou responsáveis do sexo masculino, nas dimensões Atividade Física ($p = 0,043$) e Frutas e Vegetais ($p = 0,033$), não existindo diferenças significativas nas dimensões Refrigerantes ($p = 0,122$) nem Sucos Naturais ($p = 0,833$). Registrou-se uma tendência de diminuição da percepção de autoeficácia com o aumento da idade (correlações negativas) e, pelo contrário, de um aumento da autoeficácia com o aumento do grau de escolaridade (correlações positivas). No entanto, as correlações são de baixa intensidade e em alguns casos não significativas.

Tabela 5. Associação das dimensões do AEPPCOI com as variáveis sociodemográficas dos pais e/ou responsáveis.

Variáveis	AEPPCOI			
	Atividade Física	Frutas e Vegetais	Refrigerantes	Sucos Naturais
Sexo				
Masculino	2,83 (0,83)	2,80 (0,79)	2,77 (0,95)	3,52 (1,03)
Feminino	2,96 (0,84)	2,93 (0,88)	2,66 (0,93)	3,54 (1,01)
<i>Teste T de Student</i>	$p = 0,043$	$p = 0,033$	$p = 0,122$	$p = 0,833$
Idade				
Coefficiente de Correlação	$R = -0,173$ ($p < 0,001$)	$R = -0,079$ ($p = 0,042$)	$R = -0,061$ ($p = 0,116$)	$R = -0,121$ ($p = 0,002$)
Grau de escolaridade				
Coefficiente de Correlação	$R = 0,184$ ($p < 0,001$)	$R = 0,164$ ($p < 0,001$)	$R = 0,109$ ($p = 0,004$)	$R = 0,145$ ($p < 0,001$)

Fonte: Dados da pesquisa

Na Tabela 6, são apresentadas as correlações das dimensões da escala AEPPCOI com a variável comportamental “Atividades Físicas” realizadas pelos pais e/ou responsáveis. Os pais e/ou responsáveis que praticam atividade física regularmente se percebem mais capazes para prevenir comportamentos ligados a obesidade nas dimensões Atividade Física ($p = 0,009$) e frutas e Vegetais ($p = 0,048$), não existindo diferenças significativas nas dimensões Refrigerantes ($p = 0,631$) nem Sucos Naturais ($p = 0,177$). A frequência de Atividade Física semanal e a frequência com que os filhos acompanham os pais e/ou responsáveis nas atividades físicas estão positivamente correlacionadas com a percepção de autoeficácia para a dimensão Atividade Física, indicando que a maior frequência de prática de atividade física leva a percepção mais robusta da autoeficácia para a prevenção da obesidade desta dimensão.

Registaram-se ainda diferenças significativas na percepção de capacidade para prevenir comportamentos ligados à obesidade infanto-juvenil na dimensão Refrigerantes relativamente à falta de tempo para praticar Atividade Física ($p = 0,003$) e na dimensão Frutas e Vegetais relativamente à preguiça como barreira para praticar atividade física ($p = 0,018$).

Tabela 6. Associação das dimensões do AEPPCOI com os dados sobre Atividade Física dos pais e/ou responsáveis.

Variáveis	AEPPCOI			
	Atividade Física	Frutas e Vegetais	Refrigerantes	Sucos Naturais
Prática atividade física regularmente				
Não	2,67 (0,73)	2,66 (0,79)	2,74 (0,97)	3,53 (0,98)
Sim	2,88 (0,84)	2,81 (0,76)	2,69 (0,92)	3,38 (1,09)
<i>Teste T de Student</i>	$p = 0,009$	$p = 0,048$	$p = 0,631$	$p = 0,177$
Frequência de atividade física moderada semanal (caminhar, andar de bicicleta, nadar, ...)				
Coefficiente de Correlação	$R = 0,199$ ($p = 0,003$)	$R = 0,121$ ($p = 0,071$)	$R = 0,012$ ($p = 0,864$)	$R = 0,043$ ($p = 0,523$)
Filho(a) acompanhou em alguma das atividades físicas				
Coefficiente de Correlação	$R = 0,153$ ($p = 0,022$)	$R = 0,031$ ($p = 0,650$)	$R = -0,022$ ($p = 0,745$)	$R = 0,070$ ($p = 0,307$)

Fonte: Dados da pesquisa.

As variáveis comportamentais, da variável “alimentação saudável dos pais e/ou responsáveis” e as dimensões da AEPPCOI podem ser observadas na Tabela 7. Houve correlações positivas e significativas entre a frequência de consumo de frutas e/ou verduras por parte dos pais e/ou responsáveis, com as dimensões Atividade Física ($p = 0,001$) e Frutas e Vegetais ($p < 0,001$), sendo as correlações mais fortes com a última.

Pais e/ou responsáveis que se referiram a não terem dificuldade para oferecer uma alimentação saudável para a família apresentaram autoeficácia mais robusta

para a prevenção da obesidade do que os que tiveram dificuldade, relativamente para todas as dimensões do AEPPCOI ($p < 0,01$).

Tabela 7. Associação das dimensões do AEPPCOI com os dados sobre alimentação saudável dos pais e/ou responsáveis.

Variáveis	AEPPCOI			
	Atividade Física	Frutas e Vegetais	Refrigerantes	Sucos Naturais
Na última semana, com que frequência comeu frutas e/ou verduras				
Coefficiente de Correlação	$R = 0,169$ ($p = 0,001$)	$R = 0,338$ ($p < 0,001$)	$R = 0,037$ ($p = 0,454$)	$R = 0,101$ ($p = 0,040$)
Na última semana, com que frequência ofereceu ao filho frutas e/ou verduras				
Coefficiente de Correlação	$R = 0,134$ ($p = 0,006$)	$R = 0,327$ ($p < 0,001$)	$R = 0,061$ ($p = 0,217$)	$R = 0,059$ ($p = 0,230$)
Dificuldade para oferecer uma alimentação saudável para a família				
Não tem dificuldade				
Não	2,57 (0,72)	2,49 (0,67)	2,59 (0,88)	3,29 (1,03)
Sim	2,96 (0,83)	3,00 (0,83)	2,85 (1,00)	3,59 (1,03)
Teste T de Student	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p = 0,004$	$p = 0,003$

Fonte: Dados da pesquisa.

4.3 - Variáveis contextuais dos pais e/ou responsáveis e correlação com a AEPPCOI.

Na Tabela 8 são apresentados os resultados relativos ao consumo de alimentos e bebidas pouco saudáveis por parte dos filhos. A maioria dos pais e/ou responsáveis relataram o consumo de cada um dos alimentos/bebidas de 1 a 3 vezes por semana: 71,8% nos refrigerantes, 76,1% nos salgados (coxinha, quibe, rissoles, pastel...), 74% nos salgadinhos (Fandangos, batatinha frita, Chips, pipoca...), 71,6% nos lanches (x-salada, cachorro-quente), 60,7% nas balas e chicletes e 75,3% nos doces (chocolate, sorvete, pudim). A maioria dos pais e/ou responsáveis relatou também que nos últimos 2 meses o filho mostrou interesse em comer alimentos mais saudáveis (71,9%). Com exceção do consumo de refrigerantes ($p = 0,351$), registraram-se diferenças significativas nas respostas de todas as questões apresentadas ($p < 0,05$). Podemos ver que aparecem diferenças significativas entre os níveis de ensino, sendo que, quanto menor o nível de ensino, maior o consumo de alimentos não saudáveis.

Tabela 8. Caracterização dos hábitos alimentares dos filhos, por escola.

Nos últimos 2 meses com que frequência seu(sua) filho(a) comeu/bebeu os alimentos abaixo?	Total	Educação Infantil	Ensino Fundamental al 1	Ensino Fundamental al 2	p ⁽¹⁾
Refrigerante					
todos os dias	60 (8,0%)	22 (7,1%)	19 (7,2%)	19 (10,7%)	0,351
4 a 6 vezes/semana	67 (8,9%)	35 (11,3%)	19 (7,2%)	13 (7,3%)	
1 a 3 vezes/semana	538 (7,8%)	220 (71,2%)	196 (74,5%)	122 (68,9%)	
não bebe	84 (11,2%)	32 (10,4%)	29 (11%)	23 (13%)	
Salgado (coxinha, quibe, rissoles, pastel)					
todos os dias	3 (0,4%)	1 (0,3%)	0 (0%)	2 (1,1%)	0,007
4 a 6 vezes/semana	26 (3,5%)	11 (3,6%)	6 (2,3%)	9 (5,1%)	
1 a 3 vezes/semana	566 (76,1%)	234 (76%)	216 (82,8%)	116 (66,3%)	
não come	149 (20%)	62 (20,1%)	39 (14,9%)	48 (27,4%)	
Salgadinhos (Fandangos, batatinha frita, Chips, pipoca)					
todos os dias	17 (2,3%)	8 (2,6%)	2 (0,8%)	7 (4,1%)	0,047
4 a 6 vezes/semana	50 (6,7%)	25 (8%)	13 (5%)	12 (7,1%)	
1 a 3 vezes/semana	549 (74%)	235 (75,3%)	201 (77%)	113 (66,9%)	
não come	126 (17%)	44 (14,1%)	45 (17,2%)	37 (21,9%)	
Lanches (x-salada, cachorro-quente)					
todos os dias	3 (0,4%)	1 (0,3%)	0 (0%)	2 (1,2%)	< 0,001
4 a 6 vezes/semana	22 (3%)	9 (2,8%)	4 (1,6%)	9 (5,3%)	
1 a 3 vezes/semana	531 (71,6%)	219 (69,3%)	211 (82,1%)	101 (59,8%)	
não come	186 (25,1%)	87 (27,5%)	42 (16,3%)	57 (33,7%)	
Balas e chicletes					
todos os dias	80 (10,8%)	21 (6,8%)	15 (5,8%)	44 (25,4%)	< 0,001
4 a 6 vezes/semana	95 (12,8%)	46 (14,8%)	22 (8,6%)	27 (15,6%)	
1 a 3 vezes/semana	449 (60,7%)	197 (63,5%)	171 (66,5%)	81 (46,8%)	
não come	116 (15,7%)	46 (14,8%)	49 (19,1%)	21 (12,1%)	
Doces (chocolate, sorvete, pudim)					
todos os dias	30 (4%)	9 (2,8%)	10 (3,8%)	11 (6,4%)	0,006
4 a 6 vezes/semana	86 (11,4%)	35 (11,1%)	28 (10,6%)	23 (13,3%)	
1 a 3 vezes/semana	567 (75,3%)	242 (76,6%)	212 (80,3%)	113 (65,3%)	
não come	70 (9,3%)	30 (9,5%)	14 (5,3%)	26 (15%)	
Nos últimos 2 meses seu(sua) filho(a) mostrou interesse em comer alimentos mais saudáveis					
Não	202 (28,1%)	63 (21,1%)	79 (30,7%)	60 (36,6%)	0,001
Sim	518 (71,9%)	236 (78,9%)	178 (69,3%)	104 (63,4%)	

⁽¹⁾ valor de significância do Teste do Qui-quadrado.

Fonte: dados de pesquisa.

Os dados apresentados na Tabela 9 são referentes aos hábitos ligados à atividade diária dos filhos. Cerca da metade dos pais e/ou responsáveis relataram que

os filhos passam mais de 1 hora assistindo TV (50,7%) ou usando o celular/tablet (50%) quando chegam da escola. Mais da metade dorme/descansa mais de 1 hora (59,3%) e uma porcentagem inferior brinca na rua (39,6%) ou jogam videogame (38,2%) mais de 1 hora. Apenas 15,1% mencionaram que o filho dedica mais de 1 hora a fazer a lição de casa ou a estudar e 21,9% a ajudar em casa.

Registraram-se diferenças significativas entre as escolas no tempo que brincam na rua ($p < 0,001$, a porcentagem de mais de 1 hora é o dobro na Escola de Educação Fundamental 2, comparativamente com as outras escolas), no tempo dedicado a fazer lição de casa ou estudos ($p = 0,003$, porcentagens de mais de 1 hora mais elevadas na Escola de Educação Fundamental 2), no tempo jogando videogame ($p < 0,001$) ou usando o celular/tablet ($p < 0,001$) (porcentagens de mais de 1 hora mais baixas na Escola de Educação Infantil em ambos) e no tempo ajudando em casa ($p < 0,001$, porcentagens de mais de 1 hora mais elevadas na Escola de Educação Fundamental 2).

Tabela 9. Caracterização dos hábitos ligados às atividades diárias dos filhos, por escola.

Tempo dedicado a cada atividade quando chega da escola	Total	Educação Infantil	Ensino Fundamental 1	Ensino Fundamental 2	p
Brinca na rua					
10-30 min.	94 (34,4%)	45 (38,5%)	29 (38,7%)	20 (24,7%)	< 0,001 ⁽¹⁾
31-50min.	54 (19,8%)	26 (22,2%)	19 (25,3%)	9 (11,1%)	
51-60 min.	17 (6,2%)	11 (9,4%)	4 (5,3%)	2 (2,5%)	
> 1 hora	108 (39,6%)	35 (29,9%)	23 (30,7%)	50 (61,7%)	
Faz lição de casa, estuda					
10-30 min.	168 (42,9%)	41 (61,2%)	87 (38,3%)	40 (40,8%)	0,003 ⁽¹⁾
31-50min.	125 (31,9%)	13 (19,4%)	87 (38,3%)	25 (25,5%)	
51-60 min.	40 (10,2%)	3 (4,5%)	24 (10,6%)	13 (13,3%)	
> 1 hora	59 (15,1%)	10 (14,9%)	29 (12,8%)	20 (20,4%)	
Assiste TV					
10-30 min.	87 (15,5%)	38 (16%)	32 (15,3%)	17 (14,9%)	0,114 ⁽¹⁾
31-50min.	104 (18,6%)	48 (20,3%)	41 (19,6%)	15 (13,2%)	
51-60 min.	85 (15,2%)	35 (14,8%)	39 (18,7%)	11 (9,6%)	
> 1 hora	284 (50,7%)	116 (48,9%)	97 (46,4%)	71 (62,3%)	
Joga videogame					
10-30 min.	66 (32,4%)	28 (51,9%)	21 (20,6%)	17 (35,4%)	< 0,001 ⁽¹⁾
31-50min.	33 (16,2%)	12 (22,2%)	16 (15,7%)	5 (10,4%)	
51-60 min.	27 (13,2%)	4 (7,4%)	19 (18,6%)	4 (8,3%)	
> 1 hora	78 (38,2%)	10 (18,5%)	46 (45,1%)	22 (45,8%)	
Usa o celular/tablet					
10-30 min.	86 (17,2%)	47 (25%)	26 (12,9%)	13 (11,7%)	< 0,001 ⁽¹⁾
31-50min.	89 (17,8%)	48 (25,5%)	34 (16,9%)	7 (6,3%)	
51-60 min.	75 (15%)	24 (12,8%)	36 (17,9%)	15 (13,5%)	
> 1 hora	250 (50%)	69 (36,7%)	105 (52,2%)	76 (68,5%)	
Dorme/descansa					
10-30 min.	45 (11,7%)	18 (10,2%)	18 (14,8%)	9 (10,7%)	0,247 ⁽¹⁾
31-50min.	61 (15,9%)	37 (20,9%)	14 (11,5%)	10 (11,9%)	
51-60 min.	50 (13,1%)	21 (11,9%)	15 (12,3%)	14 (16,7%)	
> 1 hora	227 (59,3%)	101 (57,1%)	75 (61,5%)	51 (60,7%)	
Ajuda em casa					
10-30 min.	170 (48,4%)	70 (64,2%)	66 (48,2%)	34 (32,4%)	< 0,001 ⁽¹⁾

31-50min.	69 (19%)	17 (15,6%)	36 (26,3%)	16 (15,2%)
51-60 min.	35 (10%)	8 (7,3%)	9 (6,6%)	18 (17,1%)
> 1 hora	77 (21,9%)	14 (12,8%)	26 (19%)	37 (35,2%)
Horas de sono por dia				
Média (DP)	8.8 (1,5)	9.3 (1,5)	8.6 (1)	8.5 (1,8)
				< 0,001⁽²⁾

⁽¹⁾ valor de significância do Teste do Qui-quadrado; ⁽²⁾ valor de significância da ANOVA.

Fonte: dados de pesquisa.

Na Tabela 10, são apresentados os dados referentes aos hábitos de exercício físico dos filhos observado pelos pais e/ou responsáveis. É possível observar que 42,9% dos pais e/ou responsáveis referiram que os filhos não fazem exercício físico depois da escola, sendo essa porcentagem mais baixa na escola de Educação Fundamental 1 (34,1%) do que nas escolas de Educação Infantil (46,5%) e Educação Fundamental 2 (50%) ($p < 0,001$). De referir que cerca de uma em cada quatro crianças e/ou adolescentes praticam exercício físico depois da escola 3 ou mais vezes por semana.

Tabela 10. Caracterização dos hábitos de exercício físico dos filhos, por escola.

	Total	Educação Infantil	Ensino Fundamental I 1	Ensino Fundamental 2	p
Quantas vezes a criança faz exercício físico depois da escola					
Não faz	312 (42,9%)	139 (46,5%)	89 (34,1%)	84 (50%)	< 0,001⁽¹⁾
1 vez por semana	89 (12,2%)	37 (12,4%)	32 (12,3%)	20 (11,9%)	
2 vezes por semana	173 (23,8%)	59 (19,7%)	92 (35,2%)	22 (13,1%)	
3 ou mais vezes por semana	154 (21,2%)	64 (21,4%)	48 (18,4%)	42 (25%)	

⁽¹⁾ valor de significância do Teste do Qui-quadrado.

Fonte: Dados da pesquisa.

Após a apresentação dos resultados das variáveis contextuais, passamos agora a apresentar a associação dessas variáveis com as dimensões da autoeficácia avaliada pela AEPPCOI. Na Tabela 11 apresentamos os dados relativos à correlação da AEPPCOI com os hábitos alimentares dos filhos. Os resultados mostram correlações próximas de zero e não significativas entre a frequência de consumo de alimentos/bebidas pouco saudáveis e as dimensões do AEPPCOI. De outro lado, foram encontradas correlações da frequência de consumo de balas e chicletes com a dimensão frutas e Vegetais ($R = 0,139$, $p < 0,001$) e as correlações da dimensão Refrigerantes com a frequência de consumo de Salgado ($R = -0,111$, $p = 0,003$) e de doces ($R = -0,112$, $p = 0,003$). De destacar que os pais e/ou responsáveis que afirmaram que nos últimos 2 meses o filho mostrou interesse em comer alimentos

mais saudáveis têm atitudes na prevenção da obesidade mais fortes nas dimensões Atividade Física ($p = 0,008$), frutas e Vegetais ($p < 0,001$) e Sucos Naturais ($p < 0,001$).

Tabela 11. Associação das dimensões do AEPPCOI com os hábitos alimentares dos filhos.

Nos últimos 2 meses com que frequência seu(sua) filho(a) comeu/ bebeu os alimentos abaixo?	AEPPCOI			
	Atividade Física	frutas e Vegetais	Refrigerantes	Sucos Naturais
Refrigerante				
Coeficiente de Correlação	$R = 0,019$ ($p = 0,610$)	$R = 0,082$ ($p = 0,030$)	$R = -0,054$ ($p = 0,149$)	$R = -0,010$ ($p = 0,796$)
Salgado (coxinha, quibe, rissoles, paste):				
Coeficiente de Correlação	$R = -0,015$ ($p = 0,683$)	$R = 0,035$ ($p = 0,350$)	$R = -0,111$ ($p = 0,003$)	$R = -0,002$ ($p = 0,955$)
Salgadinhos (Fandangos, batatinha frita, Chips, pipoca)				
Coeficiente de Correlação	$R = -0,043$ ($p = 0,258$)	$R = 0,045$ ($p = 0,229$)	$R = -0,026$ ($p = 0,498$)	$R = -0,011$ ($p = 0,780$)
Lanches (x-salada, cachorro-quente):				
Coeficiente de Correlação	$R = -0,021$ ($p = 0,579$)	$R = 0,023$ ($p = 0,544$)	$R = -0,057$ ($p = 0,129$)	$R = 0,012$ ($p = 0,760$)
Balas e chicletes				
Coeficiente de Correlação	$R = 0,089$ ($p = 0,018$)	$R = 0,139$ ($p < 0,001$)	$R = 0,008$ ($p = 0,829$)	$R = 0,072$ ($p = 0,055$)
Doces (chocolate, sorvete, pudim)				
Coeficiente de Correlação	$R = -0,020$ ($p = 0,596$)	$R = 0,023$ ($p = 0,541$)	$R = -0,112$ ($p = 0,003$)	$R = 0,015$ ($p = 0,685$)
Escore de alimentação pouco saudável				
Coeficiente de Correlação	$R = -0,022$ ($p = 0,549$)	$R = -0,097$ ($p = 0,009$)	$R = 0,051$ ($p = 0,169$)	$R = -0,010$ ($p = 0,782$)
Nos últimos 2 meses seu(sua) filho(a) mostrou interesse em comer alimentos mais saudáveis				
Não	2,75 (0,85)	2,57 (0,70)	2,63 (0,83)	3,32 (0,96)
Sim	2,94 (0,83)	2,97 (0,87)	2,76 (0,99)	3,65 (1,04)
Teste <i>T</i> de Student	$p = 0,008$	$p < 0,001$	$p = 0,116$	$p < 0,001$

Fonte: dados de pesquisa.

Na Tabela 12, são apresentados os resultados da correlação da AEPPCOI com a variável da atividade diária do filho sendo possível observar correlação positiva significativa, mas fraca, entre o tempo dedicado a fazer a lição de casa ou estudar com a dimensão Frutas e Vegetais ($R = 0,126$, $p = 0,015$) e número de horas de sono por dia com as dimensões Atividade Física ($R = 0,128$, $p = 0,002$) e Sucos Naturais ($R = 0,105$, $p = 0,012$).

Tabela 12. Associação das dimensões do AEPPCOI com os hábitos ligados às atividades diárias dos filhos.

Tempo dedicado a cada atividade quando chega da escola	AEPPCOI			
	Atividade Física	Frutas e Vegetais	Refrigerantes	Sucos Naturais
Brinca na rua				
Coeficiente de Correlação	R = -0,063 (p = 0,309)	R = 0,016 (p = 0,802)	R = -0,058 (p = 0,352)	R = 0,004 (p = 0,945)
Faz lição de casa, estuda				
Coeficiente de Correlação	R = 0,012 (p = 0,819)	R = 0,126 (p = 0,015)	R = -0,014 (p = 0,781)	R = 0,087 (p = 0,092)
Assiste TV				
Coeficiente de Correlação	R = -0,067 (p = 0,121)	R = -0,012 (p = 0,789)	R = -0,065 (p = 0,135)	R = -,008 (p = 0,862)
Joga videogame				
Coeficiente de Correlação	R = -0,018 (p = 0,804)	R = -0,021 (p = 0,771)	R = 0,062 (p = 0,390)	R = -0,045 (p = 0,533)
Usa o celular/tablet				
Coeficiente de Correlação	R = -0,046 (p = 0,309)	R = -0,062 (p = 0,173)	R = 0,004 (p = 0,929)	R = -0,052 (p = 0,260)
Dorme/descansa				
Coeficiente de Correlação	R = -0,083 (p = 0,110)	R = 0,019 (p = 0,715)	R = -0,063 (p = 0,229)	R = 0,017 (p = 0,740)
Ajuda em casa				
Coeficiente de Correlação	R = -0,005 (p = 0,933)	R = 0,031 (p = 0,566)	R = 0,044 (p = 0,423)	R = 0,011 (p = 0,846)
Horas de sono por dia				
Coeficiente de Correlação	R = 0,128 (p = 0,002)	R = 0,044 (p = 0,288)	R = 0,020 (p = 0,639)	R = 0,105 (p = 0,012)
Escore tempo de tela				
Coeficiente de Correlação	R = -0,048 (p = 0,232)	R = -0,028 (p = 0,486)	R = -0,002 (p = 0,970)	R = -0,030 (p = 0,448)
Quantas vezes a criança faz exercício físico depois da escola				
Coeficiente de Correlação	R = 0,189 (p < 0,001)	R = 0,113 (p = 0,003)	R = 0,003 (p = 0,927)	R = -0,009 (p = 0,816)

Fonte: dados de pesquisa.

Relativo à associação com os hábitos de exercício físico das crianças e/ou adolescentes, registaram-se correlações positivas e significativas entre a frequência de Atividade Física das crianças após a escola com as dimensões Atividade Física (R = 0.189, p < 0.001) e frutas e Vegetais (R = 0.113, p = 0.003) da percepção de capacidade de pais e/ou responsáveis na prevenção de comportamentos relacionados à obesidade infanto-juvenil.

Em síntese, os resultados de correlações entre as dimensões da AEPPCOI e as variáveis comportamentais e contextuais tiveram correlações com intensidade fraca, entretanto, variando se foram positivas ou negativas. Nas variáveis comportamentais, vemos que as variáveis “Atividade física dos pais e/ou

responsáveis" e "Alimentação saudável de pais e/ou responsáveis" apresentaram correlações positivas, já a variável "Sociodemográfica", apresentou correlação negativa. Observando as variáveis contextuais, também vemos que apresentaram correlações com intensidade fraca, variando em relação a serem positivas ou negativas. A variável "Hábitos alimentares dos filhos" expressou correlação neutra (próxima de zero), todavia, as variáveis "Hábitos ligado à atividade diária dos filhos" e "Hábitos de atividade diária dos filhos" retrataram correlações positivas.

5 – DISCUSSÃO

Nesta seção discutiremos os resultados à luz do referencial teórico e da literatura apresentada anteriormente. Dividimos nossa discussão em três subtópicos, a fim de facilitar o entendimento e compreensão do leitor.

5.1 - Autoeficácia dos pais e/ou responsáveis na prevenção da obesidade Infanto-juvenil

Podemos notar que, os participantes do estudo apresentaram crenças de autoeficácia, medida pela escala de autoeficácia de pais para prevenção de comportamentos relacionados à obesidade infantil (AEPPCOI) acima da média escalarem todas as quatro dimensões. Esses resultados são interessantes ao se pensar a prevenção da obesidade infanto-juvenil, como mostraram Hastings e Brown (2002), uma vez que a autoeficácia parental é uma variável que pode influenciar os comportamentos de pais e/ou responsáveis, moderando o efeito sob a ansiedade de crianças.

No nosso estudo, encontramos que os pais e/ou responsáveis aparentemente possuem uma crença pessoal positiva, e isso nos leva a pensar, que suas capacidades no combate de hábitos inadequados ou promoção de hábitos adequados, podem também ser positivos, acarretando benefícios para a saúde de sua prole, e do ambiente familiar. Tais perspectivas encontram apoio no estudo de Correia (2010), o qual evidencia que a autoeficácia é uma variável importante no processo de auxílio de pais e/ou responsáveis, na promoção de saúde e prevenção de doenças em crianças e adolescentes.

Bandura (2004) mostrou em seu estudo, que indivíduos com baixa autoeficácia, apesar de possuírem o conhecimento frente a temática de saúde, são vulneráveis e

suscetíveis a desenvolvimento de doenças. O autor ainda pautou em seu excerto que, indivíduos com alta autoeficácia, obtêm resultados positivos na busca pela redução da ingestão de determinados alimentos, por exemplo, alimentos com alto teor de sódio.

É possível refletir sobre a importância da crença da capacidade individual na prevenção da obesidade infanto-juvenil, como uma possibilidade para compreender como que pais e/ou responsáveis, que possuem uma crença elevada em sua capacidade de auxiliar sua prole no combate de hábitos inadequados, colhe frutos positivos nesse ambiente, podendo assim, auxiliar de uma maneira mais assertiva filho, tanto na seleção de alimentos mais saudáveis, seleção de brincadeiras mais ativas, diminuição do tempo de tela, promoção de atividade física, tanto da criança e/ou adolescente de forma individual, como de forma concomitante a seu pai e/ou responsável.

Cabe destacar, que o combate à obesidade infanto-juvenil não se relaciona somente a ingestão de alimentos, mas também a prática de atividade física, e ingestão de líquidos, como água, sucos e refrigerantes. As ações que os pais assumem para prevenir a obesidade infanto-juvenil então, deve ser multifacetada e atenta para os diferentes informações do próprio comportamento, uma vez que para crianças e jovens os familiares mais próximos são tidos como modelos, bem como para variáveis contextuais que podem interferir e influenciar a seleção e oferta de alimentos como oportunidades de prática de atividades físicas. Desse modo procuraremos na próxima seção discutir alguns dos resultados ligados às variáveis comportamentais e contextuais.

5.2 - Percepção dos pais e/ou responsáveis na prevenção da obesidade infanto-juvenil e variáveis comportamentais

A partir da análise dos resultados e evidências apresentadas, podemos elencar algumas proposições e reflexões frente à temática da correlação da AEPPCOI com as variáveis comportamentais de pais e/ou responsáveis. Primeiro verificou-se uma associação das dimensões da AEPPCOI com pais e/ou responsáveis do sexo feminino, dentro da variável “Sociodemográfica dos pais e/ou responsáveis” que nos permite ter a ideia de que mães, no nosso estudo, se sentem mais capazes para orientar seus respectivos filhos na prevenção da obesidade, quando comparado com

pais e/ou responsáveis do sexo masculino. Podemos entender essa resultante pelo fato de que mães, ficam com a “responsabilidade” de educar seus filhos, e também pelo fato, histórico-social, de que as mães se responsabilizam pela atividades domésticas e cuidados com os filhos, enquanto os pais, não são contemplados com esse contato diário com seu filho. Assim, é possível pensar que uma possibilidade de entendimento desse fenômeno seja pela questão social/cultural, uma vez que mães tendem, historicamente, a ser mais responsabilizadas pelos cuidados das crianças, principalmente, no que se refere à alimentação de crianças pequenas (CARVALHO, *et al.* 2013; MENDONÇA; 2020).

Houve correlação negativa, de que quanto mais avançada é a idade desses pais e/ou responsáveis, menor são as suas capacidades para orientar seus filhos, na prevenção da obesidade infanto-juvenil. Todavia, esse resultado não corrobora com o estudo de Arriscado (2019), que verificou que quanto mais velhos forem os pais e/ou responsáveis, maior é a autoeficácia parental para impedir comportamentos alimentares não saudáveis e sedentários. Arriscado (2019) ainda discute que, apesar da quase totalidade dos pais e/ou responsáveis se referirem às estratégias para controle de peso dos filhos, como comer mais fruta e vegetais, beber mais água, ser fisicamente mais ativo, cozinhar mais refeições saudáveis, reduzir a frequência de refeições fora de casa e aderir e frequentar uma academia, por exemplo, estas estratégias não são, muitas vezes, postas em prática pelos pais. Isto é, os pais e/ou responsáveis, no âmbito do planejamento ou conhecimento sabem da importância e de como realizarem hábitos saudáveis, entretanto não os colocam em prática. Entretanto, Bandura (2004) destaca o papel de modelos que a família e a escola podem oferecer às crianças e/ou adolescentes no trato com os hábitos de cuidado com a própria saúde.

Outro ponto, como exibido nesta variável em questão, é de que quanto maior o grau de escolaridade desse pai e/ou responsável, maior é sua capacidade na prevenção da obesidade. Esse resultado, aproxima-se do estudo de Matsudo *et al.* (2016) que relacionaram a prática de atividade física ao nível de escolaridade da mãe, no qual afirmaram que filhos de mães que possuem o ensino médio incompleto são menos ativos quando comparado aos filhos daquelas com ensino médio completo/ensino superior, seja completo ou incompleto.

Outro estudo que traz colaboração para a nossa discussão é o de Faria (2018), no qual é apontado que a maior escolaridade materna pode influenciar na adoção de

hábitos saudáveis e não saudáveis de diversas formas, como suporte social, financeiro e encorajamento. Além disso, foi apresentado que a escolaridade da mãe é um indicador direto de nível socioeconômico da família, e que jovens cujo a mãe possui maior escolaridade tendem a praticar mais atividade física de forma geral, tanto no lazer, quanto na escola. Em contraponto, esses mesmos jovens apresentam tempo de tela maior que a recomendação de duas horas por dia e têm, também, menor taxa de atividade física no deslocamento.

Esses resultados, aproximam-se do estudo de Arpini et al. (2015), o qual mostrou que os determinantes socioeconômicos influenciaram diretamente na qualidade da alimentação dos escolares. Algumas das variáveis socioeconômicas que estiveram associadas à qualidade da dieta ingerida pelos escolares foram classe socioeconômica e escolaridade materna. As crianças das classes socioeconômicas intermediária e baixa, apresentaram, em média, 51% mais chances de baixo índice de qualidade da dieta, em relação às crianças de classe socioeconômica alta. Os escolares cujas mães relataram menos do que três anos de estudo apresentaram o triplo de chances de apresentar baixa qualidade da dieta.

Em relação às variáveis comportamentais de atividade física realizada pelo pai e/ou responsável, observou-se uma correlação positiva com a percepção de autoeficácia para prevenção de comportamentos sedentários. Ressaltando, que a prática ou não de atividade física realizado pelo pai e/ou responsável influencia a prática de atividade física que seus filhos realizam em suas rotinas. Esse resultado se aproxima com os relatos de Fuemmeler (2011), que elucidou a associação positiva, da prática de atividade física realizada por pais, em relação a prática realizada pelos filhos. Isto é, pais que apresentaram níveis de atividade física moderada e vigorosa, possuem maiores probabilidades de se tornarem influências positivas, a prática de atividade física de seus filhos. Sendo assim, podemos entender, que pais e/ou responsáveis possuem influência no que tange a “ser exemplo”, quando falamos de prática de atividade física. Ressaltando também que, os pais e/ou responsáveis que são acompanhados pelos seus filhos nas atividades físicas, apresentaram correlação positiva com a autoeficácia desse pais e/ou responsáveis na dimensão de Atividade Física.

A terceira variável pessoal investigada em nosso estudo foi a “Alimentação saudável” realizada pelos pais e/ou responsáveis dos escolares. Os resultados demonstraram que os participantes do estudo que relataram não possuir dificuldade

em ofertar alimentação saudável para seus filhos, também apresentaram uma autoeficácia elevada para a prevenção da obesidade, e a recíproca é verdadeira, na vertente dos hábitos saudáveis, pais e/ou responsáveis que apresentaram índices altos de hábitos saudáveis, possuem uma percepção de crença de autoeficácia maior para prevenção da obesidade infanto-juvenil. Freitas, Coelho e Ribeiro (2009) pontuou que pais e/ou responsáveis podem ter influência nas atitudes de seus filhos, influenciando hábitos e ações, podendo esses pais e/ou responsáveis serem modelos, sobretudo para crianças mais novas. Por isso, torna-se importante que pais e/ou responsáveis tenham conhecimentos sobre hábitos saudáveis para que possam, além de terem comportamentos saudáveis, também serem fonte de modelo e persuasão para as crianças no que tange a adoção de hábitos saudáveis, uma vez que isso poderá contribuir para a mudança de hábitos dos filhos. Tais pensamentos ganham relevância maior se notarmos que pais e/ou responsáveis que fazem atividade também são pais e/ou responsáveis que convidam seus filhos a acompanharem em atividade física ou que oferecem alimentos mais saudáveis.

5.3 - Percepção dos pais e/ou responsáveis na prevenção da obesidade infanto-juvenil e variáveis contextuais

A primeira variável contextual examinada, foi a “Hábitos alimentares das crianças”, notamos que houve uma baixa correlação, com a Escala AEPPCOI. É possível conjecturar que a crença individual de pais e/ou responsáveis apesar de baixa, ainda assim se relaciona com a prevenção e construção dos hábitos alimentares de seus respectivos filhos. Rossi *et al.* (2008), esclarecem que a família pode fornecer amplo campo de aprendizagem à criança. Os pais e/ou responsáveis estabelecem um ambiente partilhado em que o convívio pode ser propício à alimentação excessiva e/ou a um estilo de vida sedentário. Pais e/ou responsáveis que comem demais, muito rapidamente ou ignoram os sinais internos de saciedade, oferecem um pobre exemplo aos seus filhos. Por outro lado, os pais e/ou responsáveis podem promover opções alimentares nutritivas aos seus filhos, por meio de seleções alimentares adequadas e de uma dieta saudável. Tal suposição também é apoiada pelos resultados que mostram associação da percepção de autoeficácia dos pais e/ou responsáveis com a realização de atividade física.

A segunda variável pessoal analisada foi “Hábitos de atividades diárias dos filhos”, e ao explorar os resultados inferimos que quando se aumenta o nível de escolaridade do filho (criança se torna mais velha), diminui-se o tempo de brincadeiras na rua, e em contrapartida, aumenta-se o tempo dedicado a realizar a lição de casa e com os estudos, sendo outro ponto, que com o aumento da escolaridade, aumentou-se tempo de tela dos filhos dos pais e/ou responsáveis, e também, com o aumento da escolaridade, podemos ver uma diminuição da quantidade de horas de sono, desse filho.

Ainda analisando essa variável, vemos também que houve baixa correlação desta variável com a crença individual dos pais e/ou responsáveis em prevenção da obesidade infantil. Vale ressaltar, que nessa variável contextual, os tópicos “Hora de sono do filho” e “Tempo dedicado a fazer a lição de casa ou a estudar”, apresentaram correlações positivas, significativas e fracas. Mas é de se atentar, que muitos filhos estão passando tempo excessivo, na utilização de aparatos eletrônicos, celulares, tablets e computadores. Soares *et al.* (2019), indicaram que o uso excessivo de celulares pode ser considerado um problema de saúde pública, pois crianças e/ou adolescentes continuarão utilizando de forma inadequada esse objeto tecnológico ao longo de sua vida adulta, resultando em hábitos sedentários. Desse modo, em uma perspectiva de escola promotora de saúde, ensinar sobre como melhor fazer uso da tecnologia pode também ser um aspecto ligado à saúde e pode ser trabalhado de forma transversal nos diferentes conteúdos dos componentes curriculares na escola. Nessa direção, chama-se a atenção para a importância de se realizar proposições interdisciplinares e integradoras na escola, que possam envolver a participação também de pais e/ou responsáveis (GOMES *et al.*, 2009).

Por fim, a variável ligada aos “Hábitos de atividade física do filho”, nos possibilitou observar alguns pontos, por exemplo, quando ocorre um aumento no nível de escolaridade desse filho, ou seja, o filho se torna mais velho, ocorre uma diminuição da frequência de atividade física exercida pelo mesmo. Quando olhamos para as correlações, nota-se que se expressou uma correlação positiva com as dimensões “Atividade física” e “frutas e vegetais” da escala AEPPCOI. Ou seja, quando pais e/ou responsáveis se percebem capazes de ajudar a criança na realização de uma atividade física ou na oferta de alimentos saudáveis, esse filho apresenta hábitos de prática de atividade física alentadores. Alves *et al.* (2008), elucidou que a prática de atividade física, pode auxiliar no combate da obesidade infanto-juvenil sem a

colaboração de restrição dietética, sendo apresentada uma redução no IMC, mostrando assim, a importância da promoção do exercício físico em crianças e/ou adolescentes.

6 – CONCLUSÕES

No presente estudo buscamos mensurar a autoeficácia de pais e/ou responsáveis em relação à capacidade de prevenir a obesidade infanto-juvenil. Como resultado, observamos que os pais e/ou responsáveis que participaram da pesquisa se sentem moderadamente capazes de auxiliarem seus filhos na prevenção de comportamentos ligados à obesidade infanto-juvenil.

Vimos também que as variáveis comportamentais se correlacionaram com a capacidade de prevenção, variando a intensidade dessas correlações. Vimos que pais e/ou responsáveis do sexo feminino apresentam correlação mais intensa com a prevenção de obesidade infanto-juvenil quando comparado com pais e/ou responsáveis do sexo masculino. Podemos elucidar que pais e/ou responsáveis que praticam atividade física regularmente, tendem a acreditar com maior intensidade nas suas capacidade de prevenir obesidade em seus filhos. Concluindo ainda sobre as variáveis comportamentais, notamos que pais e/ou responsáveis que relataram não possuir dificuldades em ofertar alimentação saudável para sua família, apresentaram correlação mais forte com a prevenção de obesidade infantil.

Nas variáveis contextuais, podemos ver que pais e/ou responsáveis que afirmaram que seus filhos mostraram interesse em comer alimentos saudáveis nos últimos 2 meses, apresentaram correlação mais forte com a prevenção da obesidade infanto-juvenil. Quando analisamos a correlação da AEPPCOI com as variáveis, vemos, por exemplo, que a escola de Ensino Fundamental 2ª, apresentou correlação mais fraca, comparando com as demais escolas. As variáveis contextuais, "Hábitos de Atividade diária dos filhos" e "Hábitos de Exercício Físico do filho" apresentaram correlações, no geral, mais fracas, correlacionado apenas com duas dimensões da AEPPCOI ("Atividade Física" e "Frutos e Vegetais").

Considerando que a autoeficácia é um constructo na qual exerce influência no resultado da ação da tarefa, e sabendo que, quando apresentada moderada/alta, acarreta resultados benéficos no que tange a adoção e promoção de hábitos saudáveis. Também sabe-se que a autoeficácia parental é um fator importante, pois

medirá as ações futuras dos pais e/ou responsáveis frente aos desafios de impedir o desenvolvimento da obesidade em seus filhos. Outro ponto conhecido na literatura, é que a Autoeficácia afeta a motivação e a realização consequentemente de como esses pais e/ou responsáveis podem auxiliar sua prole em um estilo de vida saudável. Apesar dos resultados positivos encontrados, é necessário apontar algumas limitações do estudo. Uma limitação deste estudo foi procurar relações entre as variáveis dos pais e/ou responsáveis e a percepção dos mesmos em relação ao comportamento das crianças (variáveis contextuais), e não ter um acompanhamento das crianças e/ou adolescentes de fato. Desse modo, não podemos saber se essa autoeficácia na prevenção da obesidade, de fato está influenciando nos hábitos de seus filhos. Outro aspecto limitador do estudo é que os dados de comportamento dos filhos foram avaliados indiretamente pelos pais e/ou responsáveis, o que pode não representar a devida realidade, quando, por exemplo, trabalham fora de casa ou não estão atentos a maior parte do tempo aos comportamentos dos filhos.

Futuros estudos sobre essa temática, podem explorar associação entre comportamentos dos pais e das crianças e as respectivas capacidades para prevenir comportamentos sedentários e para adotarem e manterem um estilo de vida saudável. Além disso, projetos de intervenção que ocorram na escola e que abordem temas ligados à saúde podem oferecer novas evidências e novas possibilidades para se pensar o ensino e o desenvolvimento de projetos que envolvam, de fato, os filhos, pais e responsáveis, escolas e comunidade ao redor. Outro ponto que também pode ser investigado é a função da escola no processo do combate à obesidade, bem como a construção de projetos voltados para essa temática, podendo e devendo ser de forma intersetorial e interdisciplinar.

Por fim, esperamos que este estudo possa contribuir para o conhecimento da associação de diferentes variáveis com a crença de autoeficácia e que possa estimular outros estudos sobre a temática.

7 - REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. M. *et al.* Fatores associados ao sobrepeso e obesidade infantil. **Electronic Journal Collection Health**, [s.l.], v. suplementar, n. 58, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://www.acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4406/2552>. Acesso em: 30/10/2020.
- ALVES, J. G. B. *et al.* Efeito do exercício físico sobre peso corporal em crianças com excesso de peso: ensaio clínico comunitário randomizado em uma favela no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro (RJ), v.24, sup.2, p. 353-359, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/20.pdf>. Acesso em: 31/12/2020.
- ALVES, C. F. A. *et al.* Fatores associados à inatividade física em adolescentes de 10- 14 anos de idade, matriculados na rede pública de ensino do município de Salvador, BA. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v.4, n.15, p. 858-70, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n4/16.pdf>. Acesso em: 30/10/220.
- ANDRADE, J. *et al.* Intervenções escolares para redução da obesidade infantil: uma revisão sistemática. **Revista Ciência e Saúde**, Porto Alegre (RS), v. 2, n. 8, p. 72-78, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/282506279_Intervencoes_escolares_para_reducao_da_obesidade_infantil_uma_revisao_sistematica. Acesso em: 30/10/2020.
- ARPINI, L. S. B. *et al.* Associação entre a percepção materna do estado nutricional do filho e a qualidade da dieta de escolares. **Revista Demetra: alimentação, nutrição e saúde**, [s.l.], v. 10, n. 2, p. 299-314, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/15112>. Acesso em: 30/10/2020.
- ARRISCADO, H. I. M. **Autoeficácia e estratégias parentais para controlo de peso em crianças com excesso de peso**. 2019. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Psicologia Aplicada) - Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, 2019. Disponível em: http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/61246/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%2bde%2bMestrado_Helena%2bArriscado.pdf. Acesso em: 30/10/2020.
- BANDURA, A. Health promotion by social cognitive means. **Health Education & Behavior**, v.3 1, n. 2, p. 1 43-1 64, 2004.
- BANDURA, A. **Self-efficacy**: the exercise of control. New York: Freeman. 1997.
- BANDURA, A. **Social Foundations of thought and action**: a social cognitive theory. Englewood Cliffs:Prentice-Hall, 1986.
- BIZ, M. **Adolescentes**: como está a alimentação dos jovens no Brasil?. [s.l.], 2019. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/familia/adolescentes-como-esta-a-alimentacao-dos-jovens-no-brasil/#:~:text=Do%C3%A7ura%20demais%3A%20enquanto%2040%25%20dos,f%C3%ADsica%20cinco%20dias%20por%20semana>. Acesso em: 21 ago.2020.

BOHMAN, *et al.* Validity and Reliability of a Parental Self-Efficacy Instrument in the Healthy School Start Prevention Trial of Childhood Obesity. **Health Education & Behavior**, [s.l.] v. 4, n. 4, p. 392-396. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24369178/>. Acesso em: 06/01/2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular (BNCC)**. Brasília, 2018a. Disponível em: http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC_EI_EF_110518-versaofinal_sit s.pdf. Acesso em: 10/01/2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde nas Escolas**. Brasília, 2018b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas#:~:text=O%20Programa%20Sa%C3%BAde%20na%20Escola,de%20vida%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20brasileira>. Acesso em: 07/01/2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº. 6.286**, de 5 de dezembro de 2007. Brasília: Casa Civil, 2007. [acessado 2008 abr 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm. Acesso em: 07/01/2021.

BRASIL. Saúde Brasil. **Obesidade Infantil: como prevenir desde cedo**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://saudebrasil.saude.gov.br/ter-peso-saudavel/obesidade-infantil-como-prevenir-desde-cedo#:~:text=Em%202019%2C%20entre%20as%20crian%C3%A7as,foram%20clas sificadas%20com%20obesidade%20grave>. Acesso em: 20/10/2020.

CADAMURO, S. D. P; Oliveira, D. V. Obesidade infantil: uma revisão sistemática. **EFDeportes.com. Revista Digital**. Palermo (Buenos Aires), n. 2, v. 21, p. 1-16, 2019. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd201/obesidade-infantil-uma-revisao-sistemica.htm>. Acesso em: 30/10/2020.

CARVALHO, E. A. A. C. *et al.* Obesidade: aspectos epidemiológicos e prevenção. **Revista de medicina**, Belo Horizonte (MG), v. 1, n. 23, p. 74-82, 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-702864>. Acesso em: 19/10/2020.

CARREGOSA W. V. *et al.* Obesidade e sedentarismo: fatores de risco em escolares. **Revista complementar de ciências da saúde**, [s.l.] v.24, n. 4 p. 375-389, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/obesidade_sedentarismo_fatores_risco_cc ardiovasculara.pdf. Acesso em: 30/10/2020.

CHAVES. A. P. B. *et al.* Sobrepeso e obesidade infantil – um problema de saúde pública em escolares de norte a sul do país. **Revista de Enfermagem Brasil**, Natal (RN), v.6, n.10, 2011. Disponível em: [file:///D:/Users/User/Downloads/3888-23221-1-PB%20\(3\).pdf](file:///D:/Users/User/Downloads/3888-23221-1-PB%20(3).pdf). Acesso em: 02/11/2020.

CHRISTOFOLET, A. E. M. *et al.* Relações entre Comportamento Sedentário e Característica de Aplicativo para Smartphone. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí (RS), v. 20, n. 40, 2020. Disponível em: file:///D:/Users/User/Downloads/9738-Texto%20do%20artigo_-49513-1-10-20201104.pdf. Acesso em: 07/01/2021.

COLAÇO, N.S. **Obesidade infanto-juvenil e atividade física**. [s.l.], 2008. Disponível em: <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/1837-6.pdf>. Acesso em: 18 Ago. 2020.

CORRÊA, V. P. *et al.* o impacto da obesidade infantil no brasil: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo. v. 14. n. 85. p.177-183, 2020. Disponível em: [file:///D:/Users/User/Downloads/1208-Texto%20do%20artigo-5549-1-10-20201017%20\(2\).pdf](file:///D:/Users/User/Downloads/1208-Texto%20do%20artigo-5549-1-10-20201017%20(2).pdf). Acesso em: 30/10/2020.

CORREIA, A. C. R.; **Coping e auto-eficácia em pais de criança e adolescentes com diabetes do tipo 1**. 2010. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Psicologia clínica e da saúde) - Faculdade de ciências humanas e sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2010. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1425/2/Vers%C3%A3o%20Final%20da%20tese.pdf>. Acesso em: 02/11/2020.

CORSO, A. C. T. *et al.* Fatores comportamentais associados ao sobrepeso e a obesidade em escolas do estado de Santa Catarina. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro (RJ), v. 29, n. 1, p.117-131, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepop/v29n1/v29n1a08.pdf>. Acesso em: 02/11/2020.

COUTINHO, W. Consenso Latino Americano de Obesidade. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**, Rio de Janeiro (RJ), v. 43, n. 1, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abem/v43n1/12049.pdf>. Acesso em: 02/11/2020.

DIAS, P. C. *et al.* Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Revista Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], n. 7, v. 33, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n7/1678-4464-csp-33-07-e00006016.pdf>. Acesso em: 02/11/2020.

Díaz R. G. *et al.* Efecto de la publicidad de alimentos anunciados en la televisión sobre la preferencia y el consumo de alimentos: revisión sistemática. [s.l.], **Nutrición Hospitalaria**, v.1, n. 5, p. 50-55, 2011. Disponível em: <file:///D:/Users/User/Downloads/2011Diaz-RamirezGTVrevNutrHosp.pdf>. Acesso em: 02/11/2020.

FARIA, B. S. **Associação entre escolaridade materna e prática de atividade física e comportamento sedentário em adolescentes brasileiros**. 2018. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Nutrição e Saúde) - Escola de enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018. Disponível em: file:///D:/Users/User/Downloads/disserta__o_vers_o_biblioteca_bruna.pdf. Acesso em: 18/11/2020.

FERRARI, G. L. M. *et al.* Association between electronic equipment in the bedroom and sedentary lifestyle, physical activity, and body mass index of children. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro (RJ), v. 6, n. 91, p. 574-582, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jped/v91n6/0021-7557-jped-91-06-0574.pdf>. Acesso em: 02/11/2020.

FERREIRA, M. S. G.; BAKOS, D. S.; HABIGZANG, L. F. A influência das crenças de autoeficácia na manutenção do emagrecimento. *Aletheia*, [s.l.], v. 1, n. 46, p. 202-210, 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/3242/2391>. Acesso em: 19/10/2020.

FREITAS, A. S. S.; COELHO, S. C.; RIBEIRO, R. L. Obesidade infantil: influências de hábitos alimentares inadequados. **Revista saúde & ambiente**, Duque de Caxias (RJ), v. 4, n. 2, p. 9-14, 2009. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/sare/article/view/613/598>. Acesso em: 21/10/2020.

FUEMMELER, B. F.; ANDERSON, C. B.; MASSE, L. C. Parent-child relationship of directly measured physical activity. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 8, n.17, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3062578/pdf/1479-5868-8-17.pdf>. Acesso em: 02/11/2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisas**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.
GOMES, J. P. As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. **Educação**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 1, p. 84-91, 2009. Disponível em: <file:///D:/Users/User/Downloads/5229-Texto%20do%20artigo-16888-1-10-20090428.pdf>. Acesso em: 05/01/2021.

GOMES, *et al.* Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em estudantes de Ensino Médio de escolas públicas da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil, 2006. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro (RJ), v. 2, n. 25, p. 375-381, 2009. Disponível em: chrome-extension://dagcmkpagjlhakfdhnbomgmjdpkdklff/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.scielo.org%2Farticle%2Fssm%2Fcontent%2Fraw%2F%3Fresource_ssm_path%3D%2Fmedia%2Fassets%2Fcsp%2Fv25n2%2F16.pdf. Acesso em: 02/01/2021.

HASTINGS, R. P; BROWN, T. Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy and mental health. **American Journal on Intellect Dev. Disabil**, Minnesota, v. 107, n. 3, p. 222–232, 2002. Disponível em: <https://meridian.allenpress.com/ajidd/article-abstract/107/3/222/783>. Acesso em: 28/12/2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de saúde do escolar 2015**. Rio de Janeiro (RJ): IBGE, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>. Acesso em: 02/11/2020.

LEÃO, L. S. C. S.; *et al.* Prevalência de Obesidade em escolares de Salvador, Bahia. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metodologia**. São Paulo (SP), v. 47, n. 2, p. 151-157, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abem/v47n2/a07v47n2.pdf>. Acesso em: 02/11/2020.

MARQUES, N. C. N. **Autoeficácia e motivação para hábitos saudáveis em usuários de serviços públicos de saúde em Dourados-MS**. 2018. 75 f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados (MS), 2018.

MARTI, A.; MARCOS, A.; MARTINEZ J. Obesity and immune function relationships. **Obesity reviews**, [s.l.], v. 2, n. 12, p. 131-40, 2001. Disponível em: file:///D:/Users/User/Downloads/Marti_A_Marcos_A_Martinez_JAObesity_and_immui_m_fun.pdf. Acesso em: 02/11/2020.

MATSUDO, V. K. R. *et al.* Indicadores de nível socioeconômico, atividade física e sobrepeso/obesidade em crianças brasileiras. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 2, p. 162-170, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rpp/v34n2/pt_0103-0582-rpp-34-02-0162.pdf. Acesso em: 02/11/2020.

MENDONÇA, M. B. D. M. **Determinantes do comportamento alimentar infantil: o papel dos pais, dos pares e dos media**. 2020. Revisão temática, 1º ciclo em ciências da nutrição - Unidade curricular estágio. Faculdade de ciências da nutrição e alimento, Universidade do Porto, Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/128179/2/411166.pdf>. Acesso em 22/10/2020.

MENDONÇA, R. T. **Nutrição: Um guia completo de alimentação, práticas de higiene, cardápios, dietas, gestão**. 1 ed. São Paulo. Editora: Rideel, 2010.

MONTEIRO J. P. *et al.* Programa de Educação Nutricional em grupo para crianças e adolescentes com obesidade ambulatorial. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s.l.], v.5, n. 19, p. 287-311, 2013. Disponível em: [file:///D:/Usesasrs/User/Downloasads/4406-Artigo-45131-2-10-202026091175%20\(8\).pdf](file:///D:/Usesasrs/User/Downloasads/4406-Artigo-45131-2-10-202026091175%20(8).pdf). Acesso em: 02/11/2020.

MORAES J. F. V. N. Exclusive breastfeeding and adiposity. **Revista Paulista de Pediatria**. [s.l.], v. 6, n. 29, p. 152-156, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbsmdsi/v17n1/pt_1519-388529-rbsmi-17-01-0115.pdf. Acesso em: 02/11/2020.

MORIN, *et al.* Association between perceived self-efficacy related to meal management and food coping strategies among working parents with preschool children. **Appetite**, v. 65, p. 43-50, 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/235602993_Association_between_perceive_p_self-efficacy_related_to_meal_management_and_food_coping_strategies_among_workinw_parents_with_preschool_children. Acesso em: 05/01/2021.

NASCIMENTO, G. A. et al. Obesidade infantil: causas e consequências. **Revista Eletrônica de Farmácia**, Goiás (GO), v. 3, n. 12 p. 27-28, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/REF/article/view/40824/pdf>. Acesso em: 02/11/2020.

NUNES, M. A. A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas do Sul, 2008.

OLIVEIRA A. M. A.; CERQUEIRA E. M. M.; SOUZA J. S.; OLIVEIRA A. C. Sobrepeso e obesidade infantil: Influência de fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana (BA). **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabolismo**; v.2, n.47, p. 144-5, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abem/v47n2/a06v47n2.pdf>. Acesso em: 02/11/2020.

OLIVEIRA, C. L.; FISBERG, M. Obesidade da Infância e Adolescência – Uma Verdadeira Epidemia. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabólica**, São Paulo (SP), v. 47, n. 2, p. 107-108, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abem/v47n2/a01v47n2.pdf>. Acesso em: 02/11/2020.

Organização Mundial de Saúde. **Obesidade entre jovens aumentou mais de 10 vezes nas últimas quatro décadas**. 2000. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/obesidade-entre-jovens-aumentou-mais-de-10-vezes-nas-ultimas-quatro-decadas-revela-oms/#:~:text=Em%202016%2C%20havia%2050%20milh%C3%B5es,milh%C3%B5es%20e%20117%20milh%C3%B5es%2C%20respectivamente>. Acesso em: 18/08/2020.

Organização Mundial de Saúde. **Número de crianças com excesso de peso pode chegar a 70 milhões até 2025, alerta OMS**. 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/numero-de-criancas-com-excesso-de-peso-pode-chegar-a-70-milhoes-ate-2025-alerta-oms/>. Acesso em 9/05/2020.

Organização Mundial de Saúde. **Novo estudo liderado pela OMS aponta que a maioria dos adolescentes não pratica atividade física suficiente**. 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6064:novo-estudo-liderado-pela-oms-aponta-que-a-maioria-dos-adolescentes-nao-pratica-atividade-fisica-suficiente&Itemid=839. Acesso em: 09/08/2020.

PAJARES, F.; SCHUNK, D. H. Self and self-belief in psychology and education: A historical perspective. **American Psychological Association**, [s.l.], v.3, n. 21, 2002. Disponível em: <https://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/PSHistoryOfSelf.PDF>. Acesso em: 02/11/2020.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão da globalizada, São Paulo: Editora Atheneu, 2005.
PERGHER, R.N.Q.; MELO, M.E.; HALPERN, A.; MANCINI, M.C. Is a diagnosis of metabolic syndrome applicable to children? **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 86, n. 2, p. 101-108, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jped/v86n2/v86n2a04.pdf>. Acesso em: 02/11/2020.

PEREIRA, P. A.; LOPES, L. C. Obesidade Infantil: Estudo em Crianças num ATL. **Millenium**, [s.l.], v. 42, n. 11, p.105-125, 2012. Disponível em: <https://www.ipv.pt/millenium/Millenium42/8.pdf>. Acesso em: 02/11/2020.

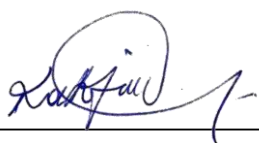
ROSSI, A. *et al.* Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Revista de Nutrição**, Campinas (SP), v.21, n.6, p. 739-748, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rn/v21n6/a12v21n6.pdf>. Acesso em: 30/12/2020.

SAMPIERI, R. H; COLLADO, C. H.; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 3. ed. São Paulo: McGrawHill, 2006.

SILVA, C. S. **Escola Promotora de Saúde: uma visão crítica da saúde escolar**. In:Sociedade Brasileira de Pediatria. Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde. São Paulo (SP), p. 14-20, 1997. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/img/cadernosbpfinal.pdf. Acesso em: 24/11/2020.

SOARES, A. M. S. B. *et al.* O uso excessivo de smartphones em crianças, adolescentes e jovens: sintomas ostemusculares auto referidos. **Health Science Instute**, [s.l.] v.37, n.3, p. 246-252, 2019. Disponível em: https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2019/03_jul-set/09V37_n3_2019_p246a250.pdf. Acesso em: 31/12/2020.

WRIGTH, J.A. *et al.*, Assessing parental self-efficacy for obesity prevention related behaviors. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, [s.l.], v. 11, n. 53, p. 1-9, 2014. Disponível em: <chrome-extension://dagcmkpagjlhakfdhnbomgmjdpkdklff/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fijbnpa.biomedcentral.com%2Ftrack%2Fpdf%2F10.1186%2F1479-5868-11-53>. Acesso em: 02/11/2020.



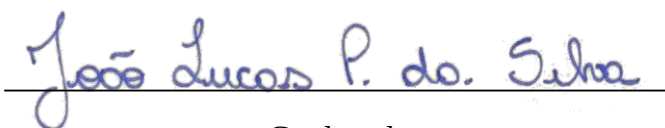
Orientador

Roberto Tadeu Iaochite



Coorientador

Roraima Alves da Costa Filho



Graduando

João Lucas Patricio da Silva