



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# EXCESSO DE PESO EM IDADE PRÉ-ESCOLAR: A INFLUÊNCIA DA LITERACIA EM SAÚDE DO CUIDADOR

Vera Lúcia Veloso Marques



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Vera Lúcia Veloso Marques

**EXCESSO DE PESO EM IDADE PRÉ-ESCOLAR:  
A INFLUÊNCIA DA LITERACIA EM SAÚDE DO CUIDADOR**

**III Mestrado**

em Enfermagem de Saúde Comunitária

**Trabalho efetuado sob a orientação do**

**Professor Doutor Luís Carlos Carvalho da Graça**

**agosto 2019**

## RESUMO

### Enquadramento:

A Obesidade infantil é considerada um grave problema de saúde pública, com várias consequências para as crianças. Pelos riscos e pelas repercussões que continuará a implicar na idade adulta, torna-se indispensável a intervenção precoce junto das crianças e famílias, com vista à sua capacitação e obtenção de ganhos em saúde. Uma das estratégias capazes de envolver vários Determinantes Sociais da Saúde (DSS), passa por promover o aumento dos níveis de literacia para a saúde (LS) dos cuidadores, apoiando-os e capacitando-os para o desempenho do papel.

### Objetivos:

Analisar a relação entre o nível de LS da mãe e a prevalência de excesso de peso da criança em idade pré-escolar das crianças da coorte de 2013, numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do ACeS Cávado I; avaliar a associação entre características sociodemográficas, clínicas e de estilos de vida das crianças e das mães, e o Índice de Massa Corporal (IMC) das crianças na coorte de 2013, numa USF do ACeS Cávado I e avaliar a relação entre o IMC das crianças e o IMC das mães.

### Opções metodológicas:

Estudo transversal, exploratório, descritivo-correlacional, realizado numa amostra não probabilística de voluntários com 94 crianças com idades entre os 56 e 69 meses de idade e respetivas mães. A idade média das mães foi de  $36,71 \pm 4,83$  anos. Para a recolha dos dados, utilizou-se um questionário sociodemográfico e o questionário “Conhecimento dos Pais sobre Alimentação Infantil (QAI)” de Aparício [et al.] (2012). A avaliação antropométrica das crianças e das mães foi realizada no âmbito da consulta de saúde infantil da USF.

### Resultados:

Na amostra 71,3% das crianças eram normo-ponderais, 6,4% tinham baixo peso e 22,3% apresentavam sobrepeso, com valores de 10,6% de excesso de peso e 11,7% de obesidade. A prevalência de mães com sobrepeso foi de 36,2%. Relativamente aos conhecimentos sobre alimentação infantil, 22,3% das mães apresentavam conhecimentos suficientes, seguida por 34,0% com um nível de conhecimentos bom e, 43,6% apresentavam conhecimentos insuficientes. Encontrou-se correlação positiva estatisticamente significativa entre o desenvolvimento estado-ponderal das crianças e o IMC materno [antes da gravidez ( $r_s = 0,0291$ ,  $p = 0,004$ ) e atualmente ( $r_s = 0,0331$ ,  $p =$

0,001)]; correlação negativa estatisticamente significativa entre o IMC da criança e a escolaridade materna ( $r_s = -0,333, p = 0,001$ ); e a leitura dos rótulos alimentares ( $X^2 (2) = 10,98, p = 0,004$ ) por parte da mãe; verificou-se correlação baixa e negativa entre os conhecimentos da mãe sobre a Variedade e diversidade do padrão alimentar (fator 4) e o desenvolvimento ponderal das crianças ( $r_s = -0,226, p = 0,028$ ). Observou-se ainda uma correlação *bordline*, negativa e baixa, entre o fator Crenças Alimentares Familiares e o IMC da Criança ( $r_s = -0,203, p = 0,050$ ). Não se observaram outras correlações.

**Conclusões:**

Os pais desempenham um papel significativo em influenciar a saúde e o desenvolvimento ponderal dos seus filhos. Promover o aumento da LS, de forma a capacitar os pais a desenvolver os seus conhecimentos, habilidades e confiança em relação à criança, à saúde e ao desenvolvimento é uma relevante estratégia de saúde pública,

**Palavras-Chave:**

Obesidade Infantil; Conhecimentos sobre alimentação; Criança, Pré-escolar; Literacia para a Saúde; Enfermagem de Saúde Comunitária

## **ABSTRAT**

### **Context:**

Child Obesity is considered a serious public health problem. Due to the risks and repercussions in adulthood, it is essential to provide early intervention in children and families, in order to empower them to obtain health gains. One possible strategies involving several SHD's is to increase caregivers' health literacy levels by supporting and empowering them.

### **Objectives:**

To evaluate the association between the mother's health literacy and children BMI in a cohort of 2013 in a family health unity of ACeS Cávado I; to evaluate the association between sociodemographic and clinical characteristics and lifestyle of children and their mothers and to children's BMI in that cohort; to evaluate the association between the children and their mothers BMI.

### **Methods:**

A cross-sectional, exploratory, descriptive-correlational study was carried out on a non-probabilistic sample of volunteers with 94 children aged 56-69 months and their respective mothers. The average age of the mothers was  $36.71 \pm 4.83$  years. A sociodemographic questionnaire and the questionnaire "Parents' Knowledge on Infant Feeding (QAI)", by Aparício [et al.] (2012), were used to collect the data. The anthropometric evaluation of children and mothers were carried out within the framework of the Children's health consultation of the Family Health Unit.

### **Results:**

In the sample, 71.3% of the children were normoponderal, 6.4% were underweight and 22.3% were overweight, with values of 10.6% overweight and 11.7% % of obesity. The prevalence of overweight mothers was 36.2%. Concerning the knowledge about the infant feeding, 22,3% of mothers had sufficient knowledge, followed by 34.0% of mothers with a good level of knowledge; yet 43,6% of the mothers had insufficient knowledge. There was a statistically significant positive correlation between the maternal-infant development and maternal BMI [before pregnancy ( $r_s = 0.0291$ ,  $p = 0.004$ ) and currently ( $r_s = 0.0331$ ,  $p = 0.001$ )]; statistically significant negative correlation between the child's BMI and maternal schooling ( $r_s = -0.333$ ,  $p = 0.001$ ); and the reading of the food labels ( $X^2(2) = 10.98$ ,  $p = 0.004$ ) by the mother; it was found low and negative correlation between the mother's knowledge about the variety

and diversity of the eating pattern (factor 4) and the children's weight development ( $r_s = -0.226$ ,  $p = 0.028$ ). There was also a negative and low borderline correlation between the Family Eating Beliefs factor and the child's BMI ( $r_s = -0.203$ ,  $p = 0.050$ ). No other correlations were found.

**Conclusions:**

Parents play a significant role in influencing the health and weight development of their children. A relevant public health strategy may go through the increase of parents' health literacy, improving their knowledge, skills and confidence.

**Keywords:**

Child Obesity; Knowledge about food; Child, Preschool; Health Literacy; Community Health Nursing

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por me ter dado saúde e força para superar todas as adversidades e todos os obstáculos;

Ao corpo docente e não docente desta escola pelo profissionalismo, compreensão e proximidade demonstrada;

Ao professor Doutor Luís Graça pelo seu apoio, confiança e orientação;

Aos meus pais, por fazerem de mim o que sou hoje, e por todas as ajudas nesta fase;

Ao meu irmão, pelo exemplo de coragem e determinação;

Aos meus colegas de trabalho por todo o apoio, num especial agradecimento à Helena, pela sua amizade, companheirismo e força;

À minha colega de curso Sandra Peixoto pela disponibilidade demonstrada e pela sua amizade;

Ao Hugo e à Benedita, por todos os minutos que abdiquei de estar com eles e por todo o ânimo, encorajamento e amor que me transmitem diariamente;

A todos, que direta ou indiretamente, me apoiaram nesta formação...

O meu muito OBRIGADA!

## **DEDICATORIA**

Dedico todo este trabalho às pessoas mais importantes da minha vida:

Aos meus pais, que travaram muitas dificuldades para que eu pudesse fazer a minha licenciatura em Enfermagem... são um orgulho e um exemplo de trabalho!

Ao meu marido Hugo pelo companheirismo, pelo amor, pela paciência, pela dedicação constante; foi e é a minha força impulsionadora;

À minha princesa, a minha filha Benedita, a minha fonte de vida! Por todos os momentos que te privei da minha companhia... por todas os minutos ausentes; sei que valerá a pena!

## PENSAMENTO

*“O que se faz agora com as crianças é o que elas farão depois com a sociedade”.*

**Karl Mannheim**

## SUMÁRIO

RESUMO .....	ii
ABSTRAT.....	iv
AGRADECIMENTOS.....	vi
DEDICATÓRIA .....	vii
PENSAMENTO.....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xi
ÍNDICE DE TABELAS.....	xii
ACRÓNIMOS.....	xiii
SIGLAS.....	xiv
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO I – A CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR.....</b>	<b>19</b>
1.1 Desenvolvimento Cognitivo e Psicossocial .....	19
1.2 Desenvolvimento Físico.....	24
1.2.1 Crescimento e Antropometria.....	25
1.2.2 A obesidade infantil: um flagelo da sociedade atual.....	26
<b>CAPÍTULO II - OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E PROMOÇÃO DA SAÚDE .</b>	<b>32</b>
2.1 Cuidados de Saúde Primários .....	32
2.2 Promoção da Saúde: a base do “Empowerment” .....	34
2.3 Determinantes Sociais da Saúde .....	36
2.4 Assistência de Saúde à Criança.....	39
2.5 O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária numa Unidade de Saúde Familiar .....	42
<b>CAPÍTULO III – A LITERACIA PARA A SAÚDE .....</b>	<b>45</b>
3.1 Do Conceito ao Modelo .....	45
3.2 Um Modelo de Literacia para a Saúde.....	47
3.3 A Literacia para a Saúde Pública .....	49
3.4 A Literacia Alimentar .....	50
<b>CAPÍTULO IV – A ALIMENTAÇÃO NA SEGUNDA INFÂNCIA .....</b>	<b>55</b>
<b>CAPÍTULO V – OPÇÕES METODOLÓGICAS.....</b>	<b>60</b>
5.1 Finalidade e Objetivos .....	60
5.2 Tipo de Estudo .....	61
5.2.1 População e Amostra .....	61
5.2.2 Instrumentos de Recolha de Dados.....	62

5.3 Procedimento de Recolha de Dados.....	66
5.4 Procedimentos Éticos.....	66
5.5 Tratamento dos Dados .....	67
<b>CAPÍTULO VI – RESULTADOS .....</b>	<b>69</b>
<b>CAPÍTULO VII – DISCUSSÃO .....</b>	<b>81</b>
<b>LIMITAÇÕES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES .....</b>	<b>90</b>
<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>92</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICES</b>	
APÊNDICE A - Questionário Sociodemográfico, de caracterização clínica e de estilos de vida.....	112
APÊNDICE B - Consentimento informado .....	115
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO A - Questionário de avaliação de Conhecimentos dos Pais sobre Alimentação Infantil (QAI) .....	117
ANEXO B - Autorização dos autores para utilização do QAI.....	120
ANEXO C - Autorização do Conselho Técnico da USF em estudo .....	122
ANEXO D - Autorização da Diretora Executiva do ACeS Cávado .....	124
ANEXO E - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte .....	126
ANEXO F - Declaração de orientação do Senhor Professor Doutor Luís Graça.....	130

## INDÍCE DE FIGURAS

Figura 1 - Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner.....	23
Figura 2 - Prevalência de categorias de índice de massa corporal, por grupo etário, ponderada para a distribuição da população Portuguesa .....	28
Figura 3 - Modelo dos determinantes da Saúde de Dahlgren and Whitehead.....	37
Figura 4 - Modelo de resultados da Promoção da Saúde .....	46
Figura 5 - Modelo estruturante para a conceção e operacionalização da literacia para a saúde .....	48
Figura 6 - Definição da amostra após aplicados critérios de inclusão e exclusão.....	62

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 -	Significado aparente e pressupostos dos quatro fatores do QAI.....	64
Tabela 2 -	Consistência interna do QAI e dos quatro fatores.....	65
Tabela 3 -	Distribuição das crianças conforme as características sociodemográficas, clínicas e de estilos de vida (n=94) .....	70
Tabela 4 -	Distribuição das medidas antropométricas conforme o sexo (n=94) .....	71
Tabela 5 -	Distribuição das crianças, conforme o IMC (n=94).....	72
Tabela 6 -	Distribuição das mães conforme as características sociodemográficas e clínicas (n=94).....	73
Tabela 7 -	Distribuição das medidas antropométricas das mães (n=94) .....	74
Tabela 8 -	Estatísticas descritivas do QAI (n=94).....	75
Tabela 9 -	Nível global de conhecimentos das mães sobre alimentação infantil (QAI) .	75
Tabela 10 -	Diferenças no IMC materno, antes e após a gravidez, em função da existência de problemas de saúde.....	76
Tabela 11 -	Diferenças no IMC da criança em função da existência de problemas de saúde.....	76
Tabela 12 -	Relação entre IMC da criança e variáveis sociodemográficas e de estilos de vida da criança.....	77
Tabela 13 -	Correlação entre IMC da criança e variáveis sociodemográficas da criança .	77
Tabela 14 -	Relação entre IMC da criança e variáveis sociodemográficas maternas .....	78
Tabela 15 -	Relação entre IMC da criança e o hábito da leitura dos rótulos pela mãe .....	78
Tabela 16 -	Relação entre IMC da criança e o hábito da leitura dos rótulos pela mãe, por grupos.....	79
Tabela 17 -	Relação entre o nível de LS da mãe e o IMC da criança .....	79
Tabela 18 -	Relação entre o IMC materno e o IMC da criança.....	80

## ACRÓNIMOS

ACeS .....Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE .....Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COSI.....*Childhood Obesity Surveillance Initiative*

SPSS .....*Statistical Package for the Social Sciences*

## **SIGLAS**

CDC.....	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CSP.....	Cuidados de Saúde Primários
DGS.....	Direção-Geral da Saúde
DSS.....	Determinantes Sociais da Saúde
EEESC.....	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária
IMC.....	Índice de Massa Corporal
LA.....	Literacia Alimentar
LS.....	Literacia para a Saúde
OMS.....	Organização Mundial de Saúde
QAI.....	Questionário de Alimentação Infantil
SNS.....	Serviço Nacional de Saúde
UCC.....	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP.....	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
URAP.....	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF.....	Unidade de Saúde Familiar
USP.....	Unidade de Saúde Pública

## INTRODUÇÃO

---

A obesidade e as doenças que esta acarreta são um grave problema de saúde pública à escala mundial. Embora sendo uma doença multifatorial, o aumento da sua prevalência deve-se essencialmente a alterações significativas no padrão alimentar e no nível de sedentarismo das populações. Estima-se que na União Europeia, por ano, 2.8 milhões de mortes têm causas associadas ao excesso de peso e que 7% dos orçamentos nacionais de saúde em toda a União Europeia são gastos com doenças ligadas à obesidade (Comissão Europeia, 2014).

O primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (Barreto [et al.], 2016), realizado pelo Instituto Dr. Ricardo Jorge no ano de 2015 revelou que 38,9% da população adulta entre os 25 e os 74 anos tinha excesso de peso e 28,7% sofria de obesidade, representando mais de dois terços da população. Relativamente à obesidade infantil, os dados mais recentes do estudo *Childhood Obesity Surveillance Initiative 2015-17* (WHO, 2018) da Organização Mundial da Saúde-Europa asseguram que em Portugal se verificou um decréscimo das prevalências de excesso de peso e obesidade em crianças com 7 anos, pese embora ainda se verifiquem valores de 32% das raparigas e 29% dos rapazes, com excesso de peso (incluindo obesidade). Sendo o excesso de peso e a obesidade infantil uma preocupação dos serviços de saúde portugueses, o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, extensão a 2020 (Portugal, 2015), define o controlo da incidência e da prevalência do excesso de peso e da obesidade infantil como uma das metas a atingir, sendo necessária uma ampla intervenção de saúde pública.

A literatura defende que crianças obesas têm fortes probabilidades de se tornarem adultos obesos e desenvolverem precocemente doenças crónicas evitáveis, como a diabetes tipo 2. Perante este cenário, parece ser evidente que a primeira linha de abordagem à “epidemia” da obesidade deve ser a prevenção da obesidade infantil. No entanto, a prevenção da obesidade possivelmente não terá resultados se o ambiente da criança não for considerado.

O desenvolvimento estado-ponderal das crianças nos primeiros anos de vida é influenciado tanto por características da criança como por fatores relativos aos pais e ao ambiente familiar. Deste modo, os pais são as primeiras referências no que à alimentação

diz respeito, uma vez que as escolhas alimentares das crianças são condicionadas pelas opções dos pais (Wabitsch, 2006).

Por conseguinte, assumindo os pais como principais responsáveis nesta intervenção, torna-se necessário empoderá-los e capacitá-los na abordagem aos hábitos e estilos de vida saudáveis, nomeadamente ao conhecimento nutricional, aumentando assim os seus níveis de LS.

A LS consiste nas habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e usar a informação de maneira a promover e manter uma boa saúde (WHO, 1998).

De acordo com Saboga-Nunes (2014) a LS é a consciencialização da pessoa de forma a desenvolver as suas capacidades de compreensão, gestão e investimento favoráveis à promoção da saúde e ao seu projeto de saúde.

Um estudo realizado em Portugal, por Espanha, Ávila e Mendes (2016), com o objetivo de avaliar os níveis de LS da população portuguesa revelou que as taxas médias de LS em Portugal são ligeiramente inferiores às dos outros países europeus analisados. No nosso país, 11% da população apresentava "inadequada" alfabetização e cerca de 38% tinham um nível considerado "problemático"; o nível "excelente" foi o mais baixo em todos os países pesquisados, com valores de 8,6%.

Perante esta situação e tendo em consideração o potencial de intervenção no âmbito da promoção da saúde com os pais, assumiu-se como questões de partida para o estudo:

- Qual a relação entre o nível de literacia para a saúde da mãe e a prevalência de excesso de peso da criança em idade pré-escolar da coorte de 2013, numa USF do ACeS Cávado I?
- Qual a associação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e de estilos de vida das crianças e das mães e o IMC percentilado das crianças da coorte de 2013, numa USF do ACeS Cávado I?
- Qual a relação entre o IMC das crianças e o IMC das mães?

Atendendo que as mulheres assumem maioritariamente a responsabilidade primária pelo cuidado, educação e alimentação das crianças, assumiu-se nesta investigação que o cuidador principal é a mãe. Assim, a pertinência da investigação deve-se em estudar o nível de LS das mães e perceber se este influencia o desenvolvimento estato-ponderal das crianças,

de forma a implementar um projeto de intervenção à posteriori. Para tal, constitui-se como objetivos gerais:

- Analisar a relação entre o nível de literacia para a saúde da mãe e a prevalência de excesso de peso da criança em idade pré-escolar das crianças da coorte de 2013, numa USF do ACeS Cávado I;
- Avaliar a associação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e de estilos de vida das crianças e das mães, e o IMC das crianças na coorte de 2013, numa USF do ACeS Cávado I e
- Avaliar a relação entre o IMC das crianças e o IMC das mães.

Fruto da sua especialização, e tendo por base as suas competências comuns e específicas, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária (EEESC), participa “na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades” (Portugal, 2010, p.1).

De acordo com o planeamento em saúde, o EEESC tem um elevado sentido de responsabilidade na identificação dos problemas/necessidades das pessoas, famílias e grupos inseridos numa determinada área geográfica, mantendo a continuidade dos cuidados com as devidas articulações e parcerias, quer com outros profissionais de saúde, quer com os parceiros comunitários.

Dado o papel preponderante do EEESC nas USF, considera-se que a sua intervenção visa uma abordagem centrada nas famílias ao longo do ciclo de vida, tendo um papel primordial na promoção e educação para a saúde, bem como na manutenção do estado de saúde. Devido à proximidade com o utente o enfermeiro intervém, “efetuando, em articulação com a restante equipa de saúde, a avaliação da situação de saúde e das fases da vida, relativamente ao seu grupo de famílias, privilegiando as áreas da educação e promoção da saúde, prevenção da doença, da deteção precoce de doenças não transmissíveis, da gestão da doença crónica e da visitação domiciliária” (Decreto-Lei n.º 118/2014, p.4069).

Reportando ao Regulamento n.º 348/2015 de 19 de junho, que explana os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o enfermeiro é o profissional capaz de avaliar e planear intervenções sobre a saúde da comunidade, tendo em conta a identificação e controlo dos determinantes sociais, através:

- Da promoção da responsabilidade social para com a saúde;

- Do incremento dos investimentos para aumentar a saúde;
- Da consolidação e expansão das parcerias em prol da saúde;
- Do aumento da capacidade comunitária e de “dar voz” ao cidadão;
- De assegurar infraestruturas para a promoção da saúde.

De acordo com o supracitado e tendo em conta o objeto de estudo, parece claro o papel do EEESC, quer no controlo da obesidade infantil, quer na promoção da LS.

Esta dissertação está redigida em sete capítulos, antecedidos da presente Introdução.

Os primeiros quatro capítulos apresentam o enquadramento teórico, abordando as temáticas:

- Capítulos I: a criança em idade pré-escolar e o seu desenvolvimento;
- Capítulo II: os cuidados de saúde primários e a promoção da saúde;
- Capítulo III: a LS e o seu contributo para o controlo da obesidade infantil;
- Capítulo IV: a alimentação na segunda infância e o papel da família.

No capítulo V apresenta-se o desenvolvimento empírico, explanando a metodologia utilizada e os procedimentos de recolha e análise dos dados.

O capítulo VI concerne à exposição dos resultados apresentando a caracterização sociodemográfica da amostra, os dados antropométricos das mães e crianças e as análises das relações entre as variáveis em estudo.

O capítulo VII aborda a discussão dos resultados bem como as principais ilações obtidas.

Por último, termina-se com as limitações do estudo e recomendações para futuras investigações, apresentando de seguida as principais conclusões do estudo e os contributos para a intervenção do EEESC.

## CAPÍTULO I - A CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

---

O período pré-escolar é normalmente considerado entre os 3 e os 5 anos de idade. Considerando que cada criança é um Ser único e, portanto, com ritmo de desenvolvimento próprio, importa referir que as características próprias desta etapa poderão não ser transversais a todas elas.

Segundo Whaley e Wong (1989, p.273), esta é “uma idade de descobertas, imaginação, curiosidade e de desenvolvimento de padrões socioculturais de comportamento. (...) Numerosos autores são de opinião que o período mais crítico do desenvolvimento emocional e psicológico da criança vai desde o nascimento até o ingresso na escola”.

A presença e a participação dos pais nesta idade são de extrema importância na medida em que nesta fase a personalidade da criança se começa a construir com base em experiências, na aquisição de competências como confiança, autonomia e iniciativa. Assim, cabe aos cuidadores assumir o papel de facilitadores na aprendizagem e no aperfeiçoamento dessas competências ao longo do crescimento da criança (*idem, ibidem*).

Falar em crescimento implica, inevitavelmente, falar em desenvolvimento. O crescimento é um processo de modificações físicas contínuo e dinâmico que se caracteriza pelo aumento de volume e tamanho dos órgãos resultantes também de um aumento e tamanho das células (Pina e Lopes, 2013). De acordo com as mesmas autoras, no sentido meramente fisiológico, o desenvolvimento deve-se à diferenciação e modificação funcional dessas mesmas células, tecidos e órgãos.

Segundo Papalia e Feldman (2013, p.37) “os cientistas do desenvolvimento estudam os três principais domínios, ou aspetos, do eu: físico, cognitivo e psicossocial”. O desenvolvimento físico refere-se ao crescimento do corpo e do cérebro, às capacidades sensoriais, às habilidades motoras e à saúde. A aprendizagem, a atenção, a memória, a linguagem, o pensamento, o raciocínio e a criatividade constituem o desenvolvimento cognitivo; e o desenvolvimento psicossocial diz respeito a aspetos como as emoções, a personalidade e as relações sociais. Apesar desta diferenciação em três domínios, é certo que todos eles se inter-relacionam e são mutuamente influenciados.

### 1.1 Desenvolvimento Cognitivo e Psicossocial

Analisar o desenvolvimento humano é algo imensamente profundo e complexo. Desde a concepção até à morte são várias as transformações e vivências, tornando este processo interminável.

As teorias dominantes e de investigação sobre o desenvolvimento humano são sustentadas nas seguintes perspetivas (Papalia e Fieldman, 2013):

- psicanalista, que se centra nas emoções e nos impulsos inconscientes;
- da aprendizagem, que analisa o comportamento observável;
- cognitiva, que investiga os processos do pensamento;
- contextual, que enfatiza o impacto do contexto histórico, social e cultural.

A avaliação do desenvolvimento infantil pode ocorrer nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e contar com a participação da família, comunidade e profissionais de saúde.

Ao enfermeiro exige-se o conhecimento das diferentes etapas da infância e os seus diferentes contextos de desenvolvimento, desde o sistema familiar até à cultura em que a criança se insere, para que as intervenções sejam adequadas e contextualizadas ao seu meio e condições de vida, atendendo às suas necessidades específicas, de forma a promover um desenvolvimento saudável (Vale, 2013; Falbo [et al.], 2012). Este olhar ampliado potencia a promoção do desenvolvimento infantil.

Em jeito de síntese, é de reforçar que a avaliação do desenvolvimento deve ser individualizada, dinâmica e partilhada com a criança e a sua família.

### **A perspetiva psicanalista**

A perspetiva psicanalista teve em Freud a primeira referência quando abordou o desenvolvimento numa perspetiva psicossocial.

Ao afirmar que a maior parte da atividade psíquica humana é de natureza inconsciente, Freud questionou se o Homem conheceria tão bem os seus pensamentos, desejos, sentimentos, tal como se fazia crer à época. Freud acreditava que o desenvolvimento humano era fortemente influenciado pela força da libido. Para ele a sexualidade infantil não estava relacionada ao aspeto biológico, genital, mas sim ao sentido do prazer, da descoberta do próprio corpo e das questões ligadas ao desejo e à fantasia que permeiam a relação com os pais. Surge o complexo de Édipo (Xavier e Nunes, 2013).

A criança em idade pré-escolar, segundo esta teoria, encontra-se na fase fálica que, de acordo com Xavier e Nunes (2013, p. 15) “é o momento em que a criança começa a perceber as diferenças sexuais anatómicas e a vivenciar o prazer na manipulação dos órgãos genitais”.

Freud marcou a necessidade de analisar a importância dos pensamentos, dos sentimentos e das motivações inconscientes; do papel das experiências infantis na formação da personalidade; na diferença das atitudes emocionais, especialmente as respostas aos pais; na representação mental do eu e dos outros nas relações íntimas. Com isto, Freud deixou um grande cunho no que ao autoconhecimento humano diz respeito (Westen, 1998).

Ainda na perspectiva psicanalista, surgiu a Teoria Psicossocial de Erik Erikson, que defendeu as influências sociais e culturais no desenvolvimento dos indivíduos.

Erikson dedicou-se ao estudo da crise do ego na identidade e às influências culturais no desenvolvimento psicológico das crianças. Para este psicanalista, o desenvolvimento ocorria em direção à formação da identidade através de diferentes etapas, que intitulou de “oito idades do Homem”, em que cada uma está representada pela resolução de uma “crise”, através da qual o ser humano evolui e procura o equilíbrio (Gallatin, 1978 citado por Xavier e Nunes, 2013).

Dos três aos seis anos de idade e, portanto, na idade pré-escolar, para este teórico, e de acordo Xavier e Nunes (2013), a criança fica muito mais independente e por muito que queria agradar aos adultos, gosta de fazer as coisas à sua maneira. É também um período de imitação, levando-os a querer fazer tudo igual aos adultos. São capazes de sentir ciúmes e expressá-los. Aos cinco anos, gostam de estar com os amigos e partilham as suas coisas mais facilmente. É expectável que se separem dos pais com mais facilidade, podendo até começar a pedir para dormir fora de casa, ficam mais confiantes, apesar de começarem a demonstrar medo a coisas mais concretas (escuro, ladrões, etc.).

### **Perspetiva da aprendizagem: Teoria da aprendizagem social de Bandura**

Esta teoria foi, na sua grande maioria, desenvolvida por Albert Bandura. A teoria da aprendizagem social clássica defende que os indivíduos aprendem o comportamento social apropriado observando e imitando modelos, replicando comportamento de pessoas de referência como os pais e os professores. Este processo é denominado de aprendizagem observacional ou modelamento (Papalia e Fieldman, 2013). Bandura acreditava que o reforço exterior altera o comportamento e que a imitação é um princípio de aprendizagem, sendo que esta se pode fazer pelo reforço (Bandura, 1989). O impulso para o desenvolvimento é bidirecional, a pessoa age sobre o mundo na medida em que o mundo age sobre a pessoa – determinismo recíproco (*idem*, 2001).

A versão mais atualizada desta teoria é a teoria social cognitiva. Esta atualização deve-se essencialmente a uma maior ênfase nos processos cognitivos como fundamentais para o desenvolvimento humano (Bandura, 1989). Aos poucos, a criança através do *feedback* do seu comportamento, forma padrões para avaliar a sua conduta e tornar-se mais seletiva na escolha de modelos e figuras de referência que evidenciem esses mesmos padrões. Começa também a desenvolver o senso de autoeficácia, a confiança de que tem o que é preciso para ser bem-sucedida (*idem, ibidem*).

Esta teoria trouxe à discussão a importância do meio ambiente no desenvolvimento humano e a importância das figuras de referência na modelagem de comportamentos. São vários os estudos que apontam o funcionamento familiar como uma forte influência na alimentação das crianças (Viana, Santos, e Guimarães, 2008; Rossi, Moreira e Rauen, 2008; Savage, Fisher, e Birch, 2007;).

Neste ponto de vista, a família é o primeiro contexto de socialização da criança sendo no ambiente familiar que se encontram os primeiros modelos e referências fundamentais para o seu desenvolvimento.

### **Perspetiva cognitiva: Teoria dos estágios cognitivos de Jean Piaget**

Piaget estudou como o ser humano constrói o conhecimento, isto é, como o sujeito passa de um estado de menos conhecimento para um estado de maior conhecimento.

Segundo Papalia e Fieldman (2013, p.65), “Piaget propôs que o desenvolvimento cognitivo começa com uma capacidade inata de se adaptar ao ambiente”. As operações mentais evoluem da aprendizagem baseada na atividade sensório-motora básica para o pensamento lógico e abstrato.

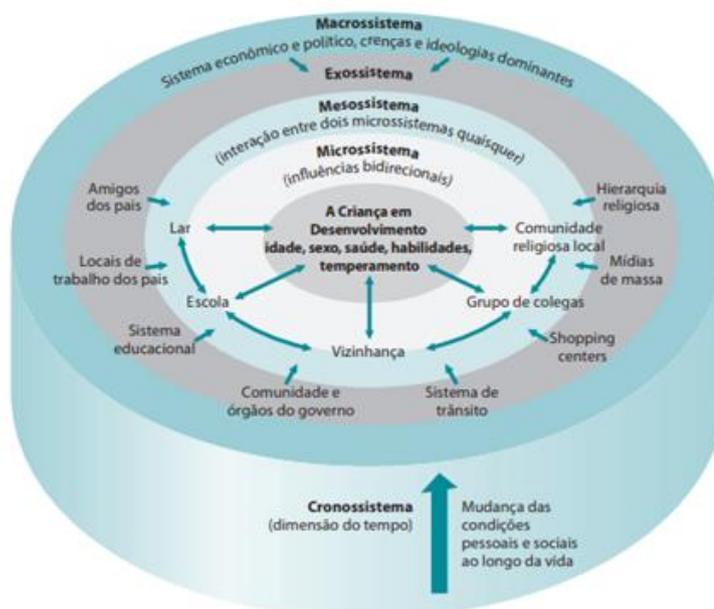
De acordo com esta teoria, as crianças entre os 2 e os 7 anos encontram-se no período pré-operatório, caracterizado pelo crescente uso do pensamento simbólico e da linguagem, pese embora ainda de forma pré-lógica. A partir dos 2 anos, as crianças ficam mais ativas e participativas e a aprendizagem da fala conduz a mudanças significativas no campo afetivo e no pensamento. Através do domínio da linguagem, a criança torna-se capaz de expressar os seus sentimentos e ideias e consegue descrever acontecimentos passados, assim como falar de eventos futuros, embora ainda se note uma linguagem muito egocêntrica. Nesta etapa, surge o chamado jogo simbólico de imaginação e imitação, sendo previsto nas brincadeiras do faz de conta, permitindo à criança compreender que os objetos podem significar outras coisas. Xavier e Nunes (2013).

### Perspetiva contextual: Teoria bioecológica de Bronfenbrenner

Segundo a perspetiva contextual, o desenvolvimento só pode ser entendido no contexto social; o indivíduo é visto como uma parte inseparável do ambiente e não como uma entidade separada que interage com o mesmo (Papalia e Fieldman, 2013).

De acordo com a teoria bioecológica de Bronfenbrenner, esquematizada na figura 1, os círculos concêntricos mostram os cinco níveis de influência ambiental sobre o indivíduo, desde o ambiente mais íntimo (o microsistema) ao mais amplo (macrossistema). Todos os níveis são influenciados pelo fator tempo. Assim, entendendo a criança na sua individualidade, a sua interação com o microsistema (escola, casa, vizinhos, amigos, comunidade) é recíproca havendo, portanto, influências bidirecionais. O mesossistema diz respeito à interação entre dois microsistemas. Entende os sistemas educacionais, o local de trabalho dos pais e a rede de amigos, a força dos meios de comunicação social, a hierarquia religiosa, entre outras, como parte integrante do exossistema. Este, por sua vez, influenciado pelo macrossistema (as políticas sociais, religiosas e ideológicas) exerce também influência ao nível do mesossistema (*idem, ibidem*).

Figura 1– Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner



Fonte: Papalia e Feldman (2006).

Nesta perspetiva, o desenvolvimento humano é entendido como produto de uma interação dinâmica, entre os processos proximais e os diversos contextos em que a pessoa

está inserida. Esta mútua influência pode afetar diretamente o bem-estar biopsicossocial dos indivíduos (Beneti, [et al.], 2013).

Em síntese, a compreensão do desenvolvimento infantil torna-se fundamental pois possibilita avaliar corretamente o desenvolvimento cognitivo, emocional, físico, social e educacional que as crianças vivenciam, concedendo-lhes a unicidade própria de cada sujeito.

No entanto temos que ter em conta que nenhuma teoria do desenvolvimento humano é universalmente aceite nem explica todas as vertentes do desenvolvimento.

## 1.2 Desenvolvimento Físico

A partir dos 3 anos, as crianças começam a apresentar um aspeto mais esguio e atlético da infância. A barriga mais redonda e proeminente de antes, começa a comprimir-se fruto do desenvolvimento dos músculos abdominais. Embora a cabeça ainda seja relativamente grande, o tronco, os braços e as pernas tornam-se mais compridos, fazendo com que a figura da criança se assemelhe mais a um adulto (Papalia, 2006).

Nesta fase, o desenvolvimento muscular e esquelético avança, os ossos ficam mais fortes, tornando a criança visivelmente mais robusta. Todas estas mudanças resultantes do amadurecimento do cérebro e sistema nervoso, fomentam uma série de habilidades motoras (*idem, ibidem*).

A dentição decídua fica completa nesta etapa, pese embora por volta dos 5 anos pode iniciar-se a erupção dentária permanente, surgindo os primeiros molares.

Estas crianças necessitam de dormir entre 9 a 12 horas de sono noturno e aos 5 anos a maioria já não faz sesta. Ainda é comum nesta faixa etária o uso do objeto de transição e algumas crianças podem andar e falar durante o sono (Papalia, 2006).

Relativamente ao controlo de esfíncteres, aos 5 anos a maioria das crianças já adquiriu competências para o desfralde diurno e noturno (vesical e intestinal), apesar de poder haver alguns episódios de enurese. De acordo com a mesma autora (*idem, ibidem*, p.276) “as crianças e seus pais precisam ser tranquilizados de que a enurese é comum e não é grave. Não se deve culpar a criança nem a punir. Geralmente os pais não precisam fazer nada a menos que as próprias crianças encarem isso como um problema”.

A maioria das pessoas tende a usar mais o hemisfério esquerdo do cérebro tornando-as destros. Esta habilidade de definir preferência por uma das mãos, está já presente aos 5 anos de idade.

### 1.2.1 Crescimento e Antropometria

Segundo Pina e Lopes (2013, p.112), “em termos de prática clínica, crescer é, fundamentalmente, aumentar de peso, de estatura/altura (...); tais variáveis ou grandezas são mensuráveis”. Assim, e porque se torna deveras importante a avaliação dessas medidas, surge neste âmbito a Antropometria como método que usa “técnicas com a finalidade de quantificar as dimensões corporais (crescimento) pela medição de parâmetros somáticos” (*idem, Ibidem*).

Geralmente, no período pré-escolar o incremento de peso/ano é cerca de 2Kg e de 5cm/ano, sendo que o peso de uma criança com cinco anos deve rondar os 18Kg (percentil 50) e a estatura cerca de 108cm (percentil 50) (WHO, 2006).

Nesta idade a alimentação já inclui todos os alimentos e por norma a criança já come sozinha, embora proporcionalmente ao tamanho de um bebé, a criança coma menos. Tal deve-se ao facto de o crescimento desacelerar e conseqüentemente necessitar de um menor aporte calórico. De acordo com Whitaker [et al.] (1997), citado por Papalia (2006, p.274), “o período da segunda para a terceira infância é indicado para tratar a obesidade, quando a dieta de uma criança ainda está sujeita à influência ou ao controle dos pais”.

Por altura do ingresso no primeiro ciclo, sensivelmente “aos seis anos de idade, despoleta-se um segundo rápido aumento da gordura corporal, provocado por processos de hiperplasia e hipertrofia dos adipócitos. Este é o período designado de ressalto adipocitário” (Nunes, 2008, p.13). Desde então, verifica-se um aumento da gordura corporal em ambos os sexos, até ao momento da puberdade (McCarthy, 2006). Neste sentido, é evidente a necessidade de intervenção precoce na idade pré-escolar, com o propósito de promover estilos de vida saudáveis e reduzir a prevalência de excesso de peso na infância e, por conseguinte, nas gerações futuras.

Na revisão da Circular Normativa 05/DSMIA de 21/02/06, a Direção-Geral da Saúde (DGS), de acordo com o Programa Nacional de Combate à Obesidade, optou por substituir as curvas da relação peso-estatura pelas IMC, por serem mais ajustadas à correta monitorização do estado nutricional de cada criança (Portugal, 2006).

Assim, a avaliação do IMC, é um dos métodos mais usados e divulgados por ser de fácil aplicação e baixo custo. No entanto, é importante referir que o IMC, apenas estabelece relação com o peso e a estatura, não contando com a variação na distribuição da gordura no corpo, pelo que pode não corresponder com o mesmo grau de riscos de saúde para diferentes indivíduos.

Ainda que seja clara a utilização do IMC em  $\text{kg/m}^2$ , como parâmetro antropométrico recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a avaliação do estado nutricional, têm sido usados diferentes critérios para a determinação da obesidade (WHO, 2000).

Em 2013, as novas orientações do Programa de Saúde Infantil e Juvenil são a utilização das tabelas de percentis da OMS (Portugal, 2013). Os gráficos de crescimento desenvolvidos pela OMS para crianças até aos cinco anos de idade, baseiam-se pela primeira vez numa amostra internacional de crianças saudáveis e que foram amamentadas, as quais foram seleccionadas para representar um crescimento ótimo (WHO, 2006). Por conseguinte, estas curvas de percentil são um instrumento útil para a avaliação do desenvolvimento estato-ponderal, para a identificação precoce do ganho ponderal excessivo e para o diagnóstico de desnutrição ou de excesso de peso e obesidade.

As orientações da OMS (WHO, 2006) definem os seguintes pontos de corte para a classificação do desenvolvimento estato-ponderal das crianças:

- **Magreza** -  $\text{IMC/idade} < z\text{-score} - 2$ , que corresponde a valores inferiores ao percentil 3;
- **Peso adequado/ Eutrofia** -  $\text{IMC/idade} \geq z\text{-score} - 2$  e  $< z\text{-score} + 1$ , para valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 3 e inferiores ao percentil 85;
- **Excesso de peso** -  $\text{IMC/idade} \geq z\text{-score} + 1$  e  $< z\text{-score} + 2$ , que corresponde a valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 85 e inferiores ao percentil 97;
- **Obesidade** -  $\text{IMC/idade} \geq z\text{-score} + 2$  para valores de IMC iguais ou superiores ao percentil 97.

Para a classificação do estado nutricional dos adultos, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000), preconiza os seguintes pontos de corte:

- **Peso abaixo do normal** – para valores de IMC  $< 18,5$ ;
- **Peso normal** – para valores de IMC entre os 18,5 e 24,9;
- **Pré- obesidade** – para valores de IMC entre os 25 e os 29,9;
- **Obesidade** – para valores de IMC  $\geq 30$ .

### **1.2.2 A obesidade infantil: um flagelo da sociedade atual**

A obesidade é definida pela OMS como um acúmulo anormal ou excessivo de gordura corporal que pode atingir graus capazes de afetar a saúde. Tem origem multifatorial e está intimamente associada a doenças crónico-degenerativas (Portugal, 2005).

Sendo a obesidade considerada um grave problema de saúde pública, em Portugal, o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, extensão a 2020 (Portugal, 2015) refere, como uma das quatro principais metas a atingir, o controlo da incidência e da prevalência do excesso de peso e da obesidade infantil.

A Comissão para o Fim da Obesidade Infantil propôs um conjunto de medidas governamentais para minorar a incidência e prevalência da doença, que são: promoção de cuidados na pré-conceção e gravidez relativamente à prevenção do risco de obesidade infantil; promoção de hábitos alimentares saudáveis e de atividade física na primeira infância; implementação de programas que promovam um ambiente escolar saudável, a LS e nutrição, juntamente com a prática de atividade física entre crianças e adolescentes e promover o controlo e acompanhamento da evolução do peso corporal das crianças (WHO, 2016).

Se há alguns anos, o excesso de peso e obesidade eram considerados um problema dos países com rendimentos altos, atualmente esta problemática encontra-se em crescimento nos países com médios e baixos rendimentos. Em África, o número de crianças com excesso de peso ou obesidade quase duplicou, passando de 5,4 milhões em 1990 para 10,6 milhões em 2014. Em 2014, quase metade das crianças com menos de 5 anos que tinham excesso de peso ou eram obesas, viviam na Ásia (WHO, 2016).

O Relatório *Health at a Glance* (OCDE, 2016, p.96) revela que “mais de uma em cada quatro crianças tem excesso de peso na Áustria, Hungria e Portugal e mais de uma em cada três na Grécia e Itália”.

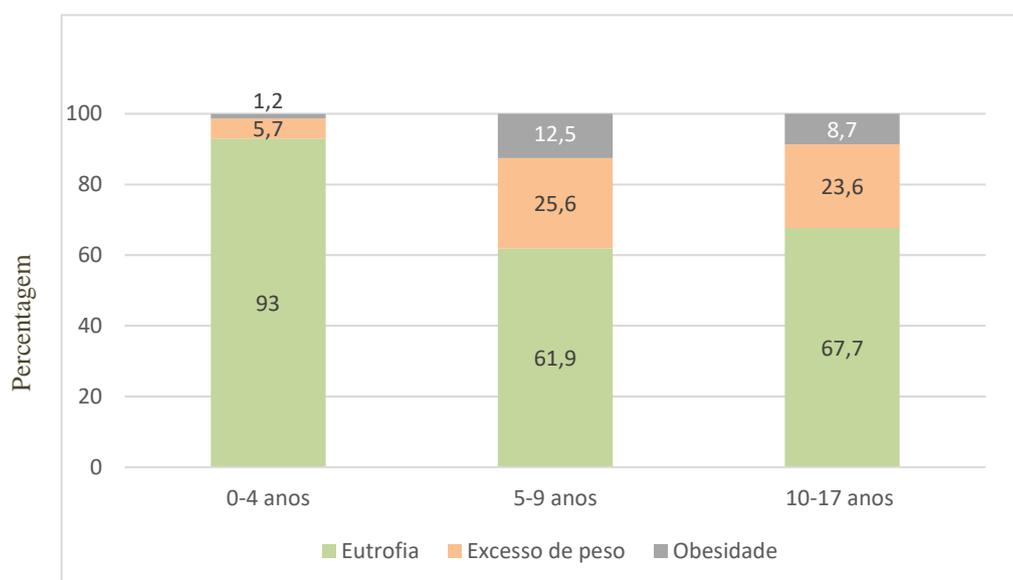
O estudo levado a cabo pela *European Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) em 2016, Portugal apresentava valores de 30,7% de excesso de peso e 11,7% de obesidade em crianças entre os 6 e os 9 anos. Segundo o mesmo estudo, as mães apresentavam uma prevalência de 12,4% de obesidade e 28,1% de excesso de peso (Portugal, 2017). No entanto, “nos últimos 8 anos, o estudo COSI Portugal (2008 a 2016) tem vindo a mostrar uma diminuição da prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil (6-8 anos)” (Portugal, 2018, p.47).

Os vários estudos de prevalência relativos à idade pré-escolar em Portugal, corroboram estes dados, apresentando valores entre 30,6% e 52% (Leiras, 2015; Camarinha [et al.], 2015; Lourenço [et al.], 2015; Soqueiro, 2013; Pronto, 2013; Pereira e Lopes, 2012; Aparício [et al.], 2011; Padez [et al.], 2004).

Segundo os resultados do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física relativos a 2015-2016, o excesso de peso atinge mais 25% das crianças e adolescentes portugueses e mais de 50% da população adulta. O mesmo estudo aponta para valores de excesso de peso em crianças com idade inferior a 10 anos na ordem 17,3% e 7,7% de crianças com obesidade (Lopes [et al.], 2017).

De acordo com o mesmo Inquérito, o grupo etário dos 5 aos 9 anos é o que apresenta a maior prevalência de excesso de peso (38,1%, incluindo a obesidade), notando um incremento significativo desses valores do grupo etário abaixo dos 5 anos para o grupo etário dos 5 aos 9 anos (figura 2).

**Figura 2** – Prevalência de categorias de índice de massa corporal, por grupo etário, ponderada para a distribuição da população Portuguesa



Adaptado de Lopes [et al.] (2017)

O sobrepeso e a obesidade na infância aumentaram drasticamente desde 1990. Estes dados confirmam a necessidade de intervenções eficazes a partir da infância para reverter as tendências previstas (OMS, 2008).

Para prevenir a obesidade é necessário perceber o “ambiente obesogénico” do contexto social em que as crianças vivem. De acordo com Sousa, Lourenço e Carmo (2008, p.9), “o mecanismo responsável pela acumulação de tecido adiposo é complexo, e pode ser resultante de uma combinação de fatores genéticos, metabólicos, psicológicos, ambientais e

comportamentais”. Para os mesmos autores, apenas 1 a 5% dos casos de obesidade têm origem em causas endógenas e os restantes em causas exógenas. A determinação da causa é extremamente importante uma vez que a obesidade de origem exógena pode ser avaliada e tratada no sentido da correção do fator(es) predisponente(s).

Os fatores de risco ambiental parecem ter uma relação direta forte na obesidade, nomeadamente a sobrealimentação, o baixo nível socioeconómico (Oliveira, 2014) o tipo de estrutura familiar (filho adotado/único, famílias monoparentais, famílias numerosas) e a proveniência de meios rurais [Rising e MacArthur citados Sousa, Lourenço e Carmo (2008)].

O ambiente familiar é entendido como um dos fatores mais decisivos no estado nutricional das crianças (Rito [et al.], 2016; Peyer [et al.], 2015; Dornelles, Anton e Pizzinato, 2014). Os hábitos alimentares das crianças em idade pré-escolar estão na sua maioria, dependentes da organização e funcionamento familiar já instituídos (Dornelles, Anton e Pizzinato, 2014).

Esta influência familiar ocorre em diversas dimensões, entre as quais o nível socioeconómico e educacional da família, os estilos de vida como os hábitos alimentares e prática de atividade física, a história familiar de sobrepeso, as práticas parentais, o conhecimento nutricional dos pais, entre outras. Dada a importância da família no controlo do sobrepeso e obesidade infantil, Tassara [et al.] (2010) e Oliveira [et al.] (2010) defendem que os hábitos de vida familiares são os fatores de intervenção mais importantes.

Singhal e Philippos, citados por Sousa, Lourenço e Carmo (2008), referem que os principais fatores que predis põem a obesidade infantil são a obesidade parental associada a fatores genéticos, ambientais e metabólicos.

Geralmente são as mulheres que assumem a responsabilidade primária pelo cuidado, educação e alimentação das crianças, pelo que a sua LS poderá constituir um importante determinante do comportamento alimentar da criança e, conseqüentemente, da obesidade. A prevenção deste flagelo, passa, indubitavelmente, pela promoção de estilos de vida saudáveis ainda na fase pré-concepcional.

O excesso de peso dos pais é um fator de risco importante associado ao sobrepeso infantil (Rodrigues, 2014; Cunha [et al.], 2013; Costa, 2012; Padez, 2005; Linné, 2004; Gomes [et al.], 2010). Num estudo levado a cabo em Portugal, por Nazareth [et al.] (2014), concluiu-se que o sobrepeso nas crianças era influenciado pela obesidade parental, sendo que essa associação era mais evidente quando a obesidade existia na mãe ou coexistia em

ambos os progenitores. De acordo com Patrick e Nicklas (2005), um estudo nos Estados Unidos acrescentou que a obesidade materna e a baixa estimulação cognitiva têm também uma grande influência no risco de desenvolver a doença. Crianças cujas famílias apresentem antecedentes de diabetes e hipercolesterolemia apresentam um risco 1,25 vezes maior de desenvolver excesso de peso, provavelmente pela influência de comportamentos alimentares menos saudáveis por parte dos pais (Rito [et al.], 2016). Kaul [et al.], (2018) afirmam que a diabetes gestacional é um fator de risco para o desenvolvimento de excesso de peso/obesidade nas crianças.

O aumento de peso durante a gravidez parece ter uma relação positiva com o excesso de peso nas crianças (Linné, 2014). Contrariamente, um maior tempo de aleitamento materno em exclusivo parece ser um fator protetor do excesso de peso e da obesidade infantil (Kaul, 2018; Arenz [et al.], 2004).

A influência parental na obesidade infantil é um fator muito importante uma vez que as crianças crescem em ambientes nos quais “os seus pais podem representar modelos e promover comportamentos que resultam num balanço energético positivo” (Sousa, Lourenço e Carmo, 2008, p.10). De acordo com os mesmos autores, os padrões e escolhas alimentares têm sofrido grandes alterações nos últimos anos qualitativa e quantitativamente. Rito citado por Nunes (2008) menciona que, paralelamente aos novos padrões de alimentação (nutricionalmente pobre, mas energeticamente excessiva), o estilo sedentário típico da sociedade contemporânea contribuiu para a escalada da obesidade.

Um estudo de Hackie e Bowles que avaliou a perceção de um grupo de mães espanholas com os filhos entre os 2 e os 5 anos, citados por Aparício [et al.], (2011), revelou que, 61% das mães não identificaram os filhos com excesso de peso. Esta perceção mostrou-se independente da idade da mãe e do nível de habilitações académicas materno. Os investigadores verificaram também que 50% das mães referia não controlar o apetite das crianças. Andrade, Gomes e Sousa (2011), num estudo sobre a realidade da obesidade Infantil em Portugal, concluíram que a maior parte dos pais subavalia o peso e o desenvolvimento estado-ponderal das crianças e que o conhecimento nutricional dos pais influencia fortemente os comportamentos alimentares das crianças. Também Cardoso (2014), Silva (2013) e Costa (2012), defendem que a maioria dos pais apresenta uma visão distorcida quanto ao desenvolvimento estado-ponderal dos filhos.

Para Rito, citado por Nunes (2008, p.3), “o nível educacional do agregado familiar parece, também, estar relacionado com este fenómeno, sendo que um nível educacional mais elevado se correlaciona com menores índices de excesso de peso e/ou obesidade”.

Um estudo realizado em Portugal para perceber qual o impacto do *status* socioeconómico no excesso de peso e obesidade infantil, levado a cabo por Rito [et al.] (2015), concluiu que pais com profissões não qualificadas ou pouco qualificadas e com baixo nível de escolaridade tinham alta probabilidade de ter filhos obesos, comparativamente a profissões mais qualificadas. Simultaneamente, concluiu que agregados familiares com rendimentos inferiores a 1500€ eram um fator de risco para o desenvolvimento da obesidade infantil na população portuguesa. Os estudos de Oliveira (2014) e Duarte (2011) também corroboram estes resultados, concluindo que famílias com menores rendimentos têm maior probabilidade de ter crianças com excesso de peso ou obesidade.

O sono é outro determinante que tem sido estudado como possível predisponente do aparecimento de obesidade. As crianças que dormem menos horas apresentam um risco 58% superior de serem obesas do que as outras crianças; esse risco sobe para 92% se as compararmos com as que dormem mais horas (Cardoso, 2014 e Borges, 2011).

Relativamente à prática de exercício físico foram encontrados estudos com resultados díspares. Cardoso (2014) defende que a prática desportiva está inversamente relacionada com o excesso de peso nas crianças. Contrariamente a este estudo Gomes [et al.], (2010) e Hernandez e Valentini (2010) afirmam não haver relação entre a prática desportiva e o excesso de peso ou obesidade infantil. Estes dados poderão estar condicionados pela ingestão alimentar das crianças e, por conseguinte, com o balanço energético.

Face ao exposto, torna-se pertinente o investimento numa intervenção precoce, de forma a minimizar e prevenir o aparecimento de doenças crónicas na infância que perduram até à idade adulta.

## **CAPÍTULO II - CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

---

É patente no programa do XXI Governo Constitucional, a necessidade de reinvestir nos CSP como o pilar do Serviço Nacional de Saúde (SNS), promovendo a sua expansão e capacidade de resposta mais centrada no cidadão. Deste modo pretende-se uma prestação de cuidados com reforço do poder do cidadão promovendo a acessibilidade, disponibilidade, equidade, da forma mais célere e humanizada possível (Portugal, 2015).

Acredita-se que é nos CSP que impera a intervenção ativa na comunidade e onde se deve procurar o maior bem-estar possível e a saúde na sua plenitude. Deste modo, exige-se que neste nível de cuidados se privilegie e invista na promoção da saúde e na educação para a saúde, alcançada pelos cuidados diretos e continuados entre o profissional de saúde/utente. Pode assim afirmar-se que o papel dos CSP é preponderante para a construção de uma sociedade ativa e diligente que consiga dar resposta aos problemas de saúde dos cidadãos (Portugal, 2011).

A intervenção dos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários visa atender as necessidades dos cidadãos numa perspetiva do cuidar em Enfermagem baseado nas forças, no qual se procura reconhecer e otimizar com os indivíduos as suas competências que lhes permitam lidar com os processos de saúde/doença, e/ou em momentos de transição ao longo do ciclo vital, de forma a alcançarem os seus objetivos de saúde (Gottlieb, 2016).

### **2.1 Cuidados de Saúde Primários**

Os CSP são o pilar do SNS, e proporcionam o primeiro nível de contacto da pessoa inserida na família e comunidade com os recursos de saúde, sendo cuidados de proximidade.

A declaração de Alma Ata (OMS, 1978, p.1), exprime a verdadeira essência dos CSP que consiste,

“na prestação de assistência de saúde essencial, baseada em métodos e técnicas práticas, apropriadas sob o ponto de vista científico e aceitáveis socialmente, postas ao alcance de todas as unidades e famílias das comunidades, com a sua inteira participação e que possa ser financeiramente mantida pelo país e pela comunidade, em todas as fases do seu desenvolvimento, num espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação”.

Por conseguinte, os CSP assumem, indubitavelmente, uma função de alicerce dos serviços de saúde, tendo por base os valores da equidade, universalidade e solidariedade que os sustentam.

É visível a nível global o desenvolvimento significativo dos CSP, verificando-se uma evolução dos princípios e essência e maior facilidade de acesso a estes cuidados. Em Portugal, a Reforma de 2005 resultou numa melhoria contínua dos serviços de saúde, traduzindo também melhores indicadores de saúde, patente no Relatório Mundial de 2008 da OMS (OMS, 2008).

Esta reforma foi fundamentada em princípios de descentralização, auto-organização, avaliação e responsabilização pelos resultados.

Uma das mudanças foi a criação das USF: unidades com equipas multidisciplinares, com autonomia organizativa e funcional e de criação voluntária, inseridas em centros de saúde geridos pelo Estado. Nestas equipas surge a figura do enfermeiro de família que presta cuidados de saúde personalizados e contínuos a famílias inscritas de uma determinada área geográfica.

Reportando ao Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto do Ministério da Saúde, p.5588, as USF são “unidades elementares de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais (...), garantido a prestação de cuidados de saúde à população inscrita de uma determinada área geográfica”, assumindo a continuidade e qualidade dos mesmos com maior acessibilidade e equidade. Mediante o exposto, pode entender-se que a população inscrita numa determinada USF constitui uma comunidade com potencial de desenvolvimento e empoderamento.

Simultaneamente, e com uma forte aposta da governação clínica, apelando à participação e responsabilização de todos, surgem os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e com eles todas as outras unidades funcionais: Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidades de Saúde Pública (USP) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Cada uma das Unidades Funcionais, apresenta autonomia organizativa e técnica e é constituída por uma equipa multidisciplinar, mantendo a articulação e intercooperação com as restantes unidades (Portugal, 2008).

Esta melhoria contínua, com especial destaque para a acessibilidade e equidade, para a organização dos serviços, a pontualidade, a comodidade, a melhoria da qualidade e desempenho e, por conseguinte, os ganhos em saúde conduziram a uma maior satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde envolvidos (Biscaia e Heleno, 2017).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, extensão a 2020 (Portugal, 2012), o objetivo *major* dos CSP é maximizar os ganhos em saúde da população através da

promoção da saúde e prevenção da doença, fomentando o envolvimento dos profissionais de saúde na melhoria contínua da qualidade e do seu desempenho, dos cidadãos na auto-promoção da saúde e da centralização do sistema de saúde no cidadão (Portugal, 2012).

Por conseguinte, no âmbito dos CSP, os enfermeiros são agentes ativos na promoção da saúde e na educação para a saúde, com vista a potenciar as forças e competências dos indivíduos, famílias e comunidades, de forma a facilitar o desenvolvimento de novas competências e o seu empoderamento.

## **2.2 Promoção da Saúde: a base do “Empowerment”**

Com a Declaração de Alma Ata, surgiu a necessidade de assumir os CSP como o pilar de um sistema de saúde completo que contemple para além do tratamento e reabilitação, um enfoque no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença pela diminuição da exposição aos fatores de risco. Deste modo, importa aqui clarificar estes conceitos: saúde e promoção da saúde.

A OMS define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”. Esta definição parece ser um pouco utópica na medida que a define-a como um completo bem-estar, dando a ideia de algo dificilmente atingível. No entanto, quebra a dicotomia saúde/doença e inclui áreas como a mental e a social (Piedrola Gil, 1991).

Tendo o conceito de saúde como um dos enunciados descritivos nos padrões de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, a Ordem dos Enfermeiros (2001, p.10) define-a e como “o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual”. Esta definição, incluindo o conceito de representação mental é, subjetiva e dinâmica variando de acordo com as diversas situações e momentos que a pessoa vivencia, não se podendo descurar a possível existência da doença.

Após a Declaração de Alma-Ata, definindo os CSP como a entrada nos cuidados de saúde, realizou-se em novembro de 1986, em Ottawa, a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, da qual emergiu um documento com o propósito de emanar orientações para os países relativamente à promoção da saúde - **A Carta de Ottawa**.

Este documento (WHO, 1986, p.1) introduz o conceito de Promoção da Saúde como

“o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar

físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio”.

Decorrente deste conceito, emerge a necessidade de reconhecer a capacidade das pessoas de participarem no seu projeto de saúde de forma informada e responsável, tornando-se pró-ativas e agentes de mudança (em si e no meio envolvente). Portanto a capacitação das pessoas torna-se essencial para que estas aumentem o controlo sobre os eventos que determinam a sua saúde e a sua vida (Laverack, 2005).

Este processo de capacitação, do ponto de vista de saúde pública, torna os cidadãos mais responsáveis pelas suas opções e ações no que à saúde diz respeito, partilhando a responsabilidade da promoção da saúde com outros setores da sociedade, promovendo o empoderamento social.

A promoção da saúde, segundo a Carta de Ottawa, prevê cinco grandes eixos:

- Empoderamento pessoal;
- Empoderamento social;
- Criação de ambientes favoráveis de saúde;
- Implementação de políticas públicas saudáveis;
- Reorientação de serviços de saúde.

Como resultado, corrobora o que a OMS define como “pré-requisitos para a Saúde: paz, habitação, educação, alimentação, recursos económicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, equidade” (WHO, 1986, p.1).

Em síntese, a promoção da saúde é consequência de um vasto leque de fatores individuais e coletivos, sociais, económicos, políticos e culturais, que interagem de forma singular em circunstâncias específicas e originam comunidades mais ou menos saudáveis. Diante disto, para promover a saúde é indispensável agir sobre os determinantes sociais da saúde, de forma a potenciar a qualidade de vida das comunidades.

Saliente-se que para potenciar o efeito destas ações é necessária responsabilidade intersectorial e o investimento em políticas públicas saudáveis, de forma a aumentar a consciencialização da comunidade sobre os direitos e deveres dos cidadãos, educação para a saúde, estilos de vidas, aspetos comportamentais, etc. (Buss, 2010).

Sucederam-se mais sete conferências internacionais sobre promoção da saúde. No entanto, apenas se fará referência às orientações relativas à última, por emanar um forte investimento na LS.

A nona conferência, em Shangai (WHO, 2016), defende que LS, capacita os cidadãos e possibilita o seu empoderamento na promoção da saúde coletiva. Fica patente nesta conferência, o compromisso de reconhecer a LS como um determinante crítico da saúde e fomentar o seu desenvolvimento; desenvolver e implementar estratégias para aumentar a LS em todas as populações e em todos os ambientes educacionais; promover a LS com recurso à tecnologia digital; garantir que os ambientes de consumo suportem escolhas saudáveis através de políticas de preços, informação transparente e rotulagem clara.

Graça (2010, p.7) defende que “a saúde, enquanto um recurso para o desenvolvimento, (...) tem subjacente a responsabilização e a intervenção individual e coletiva, de forma a se poder agir sobre os seus determinantes”.

A saúde é entendida no sentido positivo, constitui um dos direitos fundamentais do Homem, e é considerada um dos mais importantes recursos para o desenvolvimento individual e social. Mediante o exposto, a promoção da saúde e o investimento na literacia permitirão aos indivíduos um maior controlo sobre os fatores da sua própria condição de saúde.

### **2.3 Determinantes Sociais da Saúde**

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), DSS estão relacionados com as condições em que uma pessoa vive e trabalha, e que podem mudar a probabilidade de aparecimento de doença, morte evitável ou prematura. Podem ser considerados fatores de risco caso aumentem essa probabilidade, ou fatores protetores se a baixarem. Nesta perspetiva, as circunstâncias pessoais e do ambiente envolvente condicionam a saúde individual e coletiva.

Com o propósito de potenciar a compreensão dos determinantes da saúde, tem sido recorrente agrupá-los. George (2011) sustentado no modelo de Lalonde (1981), agrupou os determinantes em:

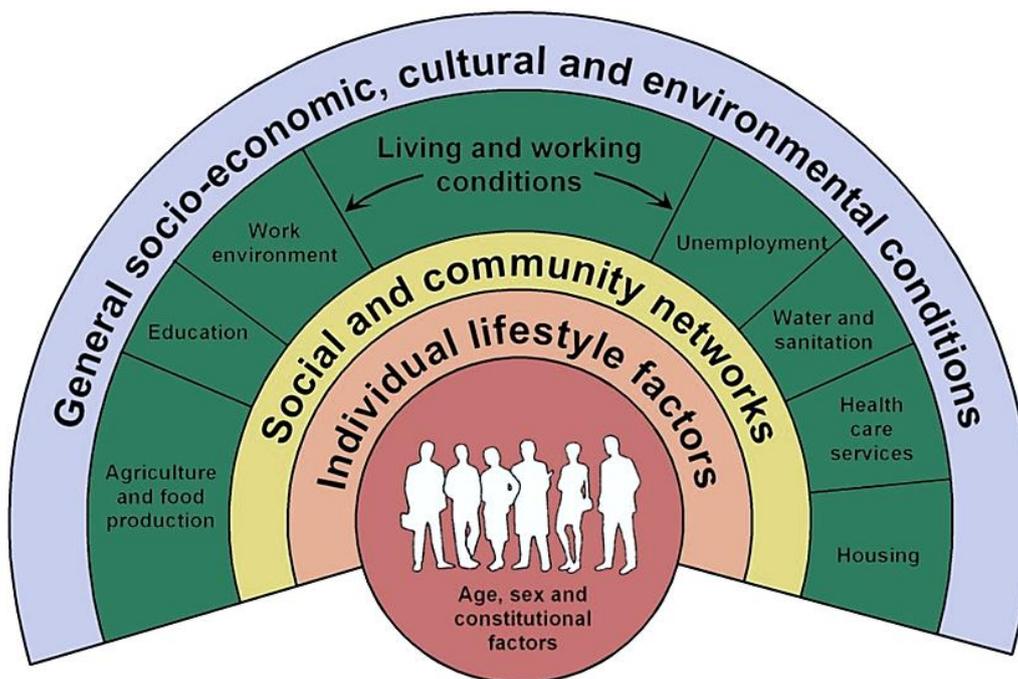
- Biológicos (idade, sexo, fatores genéticos);
- Sociais e económicos (pobreza, emprego, posição socioeconómica, exclusão social);
- Ambientais (habitat, qualidade do ar, qualidade da água, ambiente social);
- Estilos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, comportamento sexual);
- Acesso aos serviços (educação, saúde, serviços sociais, transportes, lazer).

É certo que todos os determinantes têm poder de influenciar, positiva ou negativamente o estado de saúde individual, familiar e coletivo, todavia a determinação do peso específico de cada um deles tem sido mais difícil (*idem, ibidem*).

Este modelo, tem sido importante para a análise de fatores que influenciam a saúde, no entanto também é objeto de alguma crítica. Existem outros exemplos explicativos que procuram retratar as relações entre os diversos determinantes e fatores e a forma como condicionam o estado de saúde.

Por conseguinte, e por ser o modelo comumente utilizado ao nível dos cuidados de saúde, optou-se por recorrer ao Modelo de *Dahlgren e Whitehead* (figura 3) para estudar os DSS. Este modelo inclui os DSS enunciados em níveis distintos; desde um mais próximo (no centro) com os determinantes individuais (biológicos) até um mais distal, onde expressam os macro determinantes.

**Figura 3** -Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde de *Dahlgren and Whitehead*



**Fonte:** *Dahlgren and Whitehead (1991)*

Na base do modelo os autores colocam os indivíduos com as suas características pessoais e biológicas como a idade, sexo e fatores genéticos, que são fatores não modificáveis e que naturalmente tem influência sobre a sua condição de saúde. O nível imediatamente a seguir – Estilos de Vida (uso de tabaco, alimentação, prática de exercício

físico, sono, entre outras) – com elevado peso na promoção da saúde por serem fatores mais facilmente modificáveis, estão intrinsecamente ligadas ao terceiro nível - determinantes da rede social e comunitária (informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, etc.). No quarto nível estão enunciados os fatores que dizem respeito às condições de vida e de trabalho, acesso a ambientes e serviços essenciais como a saúde e educação, água e saneamento. Neste nível torna-se perceptível que os indivíduos com desvantagem social ficam desfavorecidos e mais desprotegidos, quer por condições habitacionais mais insalubres, quer por dificuldades de acesso a bens e ambientes propícios a melhores condições de saúde.

No nível mais externo, evidenciam-se os macro determinantes relacionados com as condições ambientais, económicas e culturais da sociedade e que interferem fortemente nos outros níveis (Buss e Filho, 2007). Para atuar neste nível de forma efetiva são necessárias políticas macroeconómicas de desenvolvimento e a promoção de uma cultura de paz, de forma a reduzir as desigualdades nos países e entre os países.

Pela facilidade de intervenção, com o objetivo de obter ganhos em saúde, os estilos de vida são os DSS que apresentam lugar de destaque na Educação para a Saúde.

Em 2004, a OMS sugeriu uma estratégia global para a alimentação, o exercício físico e a saúde, afirmando que 60% de todas as causas de morte eram as doenças crónicas não transmissíveis e que estas assumiam 47% dos encargos gerais com a saúde, com previsão estimada de subida para 73% e 60%, respetivamente, no ano de 2020 (George, 2011).

Na ótica do controlo das doenças crónicas, foi assinada em Portugal, no ano de 2010, a Declaração para uma Vida Melhor, em que os seus signatários enumeram seis medidas inadiáveis: o acesso aos serviços, a literacia, a alimentação, o exercício físico, bem como a redução do tabagismo e a diminuição do consumo de álcool (Portugal, s/d).

Citando George (2011, p.2) “uma vez que há, agora, evidência sobre as relações causa-efeito daqueles fatores de risco e das doenças crónicas assinaladas, é preciso, rapidamente, desenvolver a área da prevenção na perspetiva de impedir cenários futuros ainda mais graves”.

Considerando que os homens do amanhã, são as crianças de hoje, é imperioso investir na promoção da saúde nesta faixa etária, criando uma sociedade com estilos de vida mais salutar. À sociedade exige-se a responsabilidade da educação dos seus cidadãos, intervindo de forma individual e comunitária, criando ambientes saudáveis e harmoniosos propícios ao desenvolvimento físico, psíquico e social. O papel do enfermeiro na área da saúde

comunitária é inegavelmente fulcral pois é essencial na prestação direta de cuidados à criança e família, permitindo-lhe intervir em vários DSS.

Pelos condicionantes próprios da idade pré-escolar, as intervenções de promoção da saúde passam certamente por envolver os pais como parceiros e agentes de mudança, aproveitando as consultas de vigilância da saúde infantil como uma oportunidade de empoderamento individual e familiar.

#### **2.4 Assistência de Saúde à Criança**

Dando seguimento à Declaração Universal dos direitos do Homem, e aos princípios fundamentais das Nações Unidas, foi criada em 1989 a Convenção Sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 1989), sendo ratificada por Portugal em 1990. Nesta Convenção fica patente que a criança é considerada um ser que, na sua unicidade e vulnerabilidade, necessita de proteção e cuidado especial, enfatizando a responsabilidade familiar no que concerne aos cuidados e proteção. Assim, destaca-se a criança como titular de direitos e de liberdade, capaz de exprimir opiniões e partilhar decisões com os adultos. É nesta base de pensamento, que, hoje, as intervenções de enfermagem às crianças e famílias se baseiam.

Já que os cuidados de enfermagem no âmbito da saúde infantil e pediátrica estão estreitamente relacionados com os cuidados centrados na família, potenciando-a como prestadora de cuidados e promovendo os cuidados antecipatórios, torna-se pertinente fazer uma breve referência ao modelo de cuidados à criança, impulsionado por *Anne Casey*.

Este modelo - Modelo de Parceria dos Cuidados - teve na sua génese um modelo de cuidados centrado na família e destaca a importância de reconhecimento de que os pais são os maiores peritos dos filhos. Deste modo, os cuidados à criança devem ser centrados na família e em parceria com esta, valorizando o seu papel para o bem-estar presente e futuro da criança (Lopes, 2016).

Por conseguinte, o profissional de enfermagem deve assumir os pais como parceiros e como os primeiros prestadores de cuidados, enfatizando os cuidados antecipatórios como fatores de promoção da saúde e de prevenção da doença, incentivando as atividades promotoras do desenvolvimento, empoderando-os para o desempenho do papel parental de forma mais efetiva e eficaz. Portanto, visando a obtenção contínua de ganhos em saúde nesta população, é fundamental o desenvolvimento de sinergias de forma a rentabilizar o trabalho em equipa, a articulação da criança/família com diferentes equipas e com os grupos de suporte comunitários.

É evidente a melhoria dos ganhos em saúde, obtidos a nível nacional e internacional, no que concerne às duas primeiras décadas de vida e mais especificamente à taxa de mortalidade infantil. No entanto, são ainda visíveis desigualdades em saúde, associadas, na sua maioria, aos determinantes sociais (Portugal, 2012). De acordo com a fonte supracitada, “verifica-se existir um gradiente social em saúde, em que, quanto mais baixa for a posição dos indivíduos no escalonamento social, menor é a probabilidade de concretizarem em pleno o potencial individual de saúde” (*idem, ibidem*, p.2).

As desigualdades de acesso das crianças aos cuidados de saúde são, sem dúvida, uma forte ameaça ao seu desenvolvimento e equilíbrio biopsicossocial. Assim, as prioridades de ação devem passar pela urgência de promover e aumentar o acesso das crianças aos CSP.

Os vários programas de saúde emanados pela DGS e usados como orientadores de atuação das diferentes unidades funcionais dos CSP, servem como instrumentos que permitem melhorar as condições básicas que promovam um adequado crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil, fundamental para criar adultos, que se revelem indivíduos saudáveis e responsáveis. Tendo como objetivo primordial potenciar o Programa de Saúde Infantil e Juvenil, a intervenção dos profissionais de saúde deve basear-se num conhecimento profundo da população alvo, assim como da natureza das situações e problemas mais comuns, de forma a responder eficazmente às suas necessidades.

Assim, melhorar a saúde da população passa necessariamente pelo planeamento de atividades impulsionadoras de hábitos saudáveis e promotores de saúde, sendo particularmente importante perspetivar a criança vinculada ao seu ambiente familiar (Menezes, Meirellest e Weffort, 2011).

Neste sentido, é inegável o impacto das intervenções de vigilância da saúde infantil e juvenil pertinentes e de qualidade, sendo a manutenção e a promoção de saúde um dever para os profissionais e para os serviços.

A DGS (2013), pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, sugere a realização de consultas de vigilância da criança/adolescente, desde o nascimento até aos dezoito anos, efetuadas em idades-chave, pelo que todos os profissionais de saúde devem assumir o garante da sua efetivação. De salientar que esta calendarização é meramente indicativa, devendo ser ajustada a cada caso particular.

A OMS definiu como períodos críticos para o desenvolvimento da obesidade: o período pré-natal, o período entre os 5 e os 7 anos e o período da adolescência (WHO, 2000). Estes períodos poderão ser momentos-chave para a intervenção da equipa multidisciplinar

uma vez que a intervenção precoce permite minorar os fatores que predispõe o excesso de peso, nomeadamente a ingestão alimentar e o exercício físico. Desta forma, poder-se-á controlar o desenvolvimento da gordura corporal durante a fase de ressalto adipocitário reduzindo o número de adipócitos que transitarão para a idade adulta. Posto isto, remetendo à população do estudo, destacar-se-á a intervenção dos profissionais de enfermagem com a criança em idade pré-escolar, uma vez que é uma idade-chave para a prevenção do excesso de peso e a promoção de estilos de vida favoráveis à saúde.

A intervenção do profissional de enfermagem que acompanha o crescimento e desenvolvimento da criança é fundamental, uma vez que permite além rastrear precocemente situações de risco para a sua saúde, fomentar a adoção de estilos de vida saudáveis (DGS, 2013), entre outros:

- a nutrição adequada;
- o sono e repouso;
- a prática regular do exercício físico, vida ao ar livre e em ambientes despoluídos;
- o brincar
- a prevenção e identificação de doenças comuns na infância, reforçando o papel parental;
- a promoção da auto-estima da criança e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde.

De salientar que a avaliação do desenvolvimento da criança deve ser feita com o apoio e parceria dos pais e num ambiente tranquilo, tendo a consciência da unicidade de cada criança/família.

Para uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento infantil e, segundo os Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil da Ordem dos Enfermeiros (2010, p.72),

“todas as crianças devem ser submetidas a rastreio para identificar precocemente atrasos de ritmo ou incapacidades de desenvolvimento (...) para receber tratamentos rápidos e adequados que minimizem os prejuízos para a criança/família e os custos na saúde, favorecendo a qualidade de vida”.

Em suma, e de acordo com Winkelstein (2006), os cuidados centrados nas famílias exigem três pilares fundamentais: o respeito, a colaboração e o apoio. É esperado que os profissionais de enfermagem reconheçam e respeitem a unicidade de cada família, a sua

cultura, os seus propósitos de vida, os seus objetivos, os comportamentos e estratégias, assim como, as suas lacunas e necessidades de apoio e informação. Cabe ao profissional de saúde informar, apoiar e colaborar com as crianças/famílias no sentido de criar oportunidades de mudança, de empoderamento individual e coletivo para a conceção do seu próprio projeto de saúde.

Nesta continuidade, depreende-se que o âmbito de intervenção do enfermeiro nos CSP, nomeadamente nos cuidados em Unidades de Saúde Familiares, visa uma abordagem centrada nas famílias ao longo de todo o seu ciclo de vida, tendo um papel primordial na promoção e educação para a saúde, aproveitando todas as oportunidades para a aproximação e estabelecimento de confiança entre si a família.

## **2.5 O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária numa Unidade de Saúde Familiar**

A prática da enfermagem constitui um dos pilares dos CSP.

Fruto da sua especialização, e tendo por base as suas competências comuns e específicas, o EEESC, participa “na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e “*empowerment*” das comunidades” (Portugal, 2011, p.1).

Considerando o papel fundamental do EEESC, no seu campo de atuação destacam-se intervenções e ações de “educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade” (*idem, ibidem*, p.1).

No entanto, uma abordagem holística dos utentes implica trabalhar em equipa multidisciplinar, envolvendo a necessidade do estabelecimento de articulação entre os diferentes profissionais que visa a humanização do cuidar.

De acordo com o planeamento em saúde, o EEESC tem um elevado sentido de responsabilidade na identificação dos problemas/necessidades das pessoas, famílias e grupos inseridos numa determinada área geográfica, mantendo a continuidade dos cuidados com as devidas articulações e parcerias, quer com outros profissionais de saúde, quer com os parceiros comunitários.

Assim, depreende-se que a intervenção do enfermeiro nos CSP, nomeadamente em Unidades de Saúde Familiares, visa uma abordagem centrada nas famílias ao longo do ciclo

de vida, tendo um papel primordial na promoção e educação para a saúde, bem como na manutenção do estado de saúde. Dada a maior proximidade com o utente, o enfermeiro intervém “efetuando, em articulação com a restante equipa de saúde, a avaliação da situação de saúde e das fases da vida, relativamente ao seu grupo de famílias, privilegiando as áreas da educação e promoção da saúde, prevenção da doença, da deteção precoce de doenças não transmissíveis, da gestão da doença crónica e da visitação domiciliária” (Decreto-Lei n.º 118/2014, p.4069).

No seu âmbito de cuidados, a família é considerada a unidade de cuidados e a ação do enfermeiro visa a capacitação da mesma, criando o processo de cuidados em cooperação com a família e fomentando a intervenção de todos os elementos; é com todos os elementos de forma individual e na família como um todo, que avalia e promove as intervenções mais ajustadas para facilitar as alterações necessárias ao melhor funcionamento familiar.

Considerando a sua experiência e o corpo de conhecimentos científicos que detém, o enfermeiro tem atualmente uma posição consolidada que se determina pela sua aptidão no relacionamento com as famílias e com as redes de apoio social presentes na comunidade. Pelas suas competências profissionais e proximidade às pessoas e comunidade, o EEESC, tem um papel primordial no ato de cuidar. A capacidade do Enfermeiro de se inter-relacionar com o outro e conseguir aproximar das diferentes dimensões que integram cada pessoa permite humanizar a sua prática e complementar a visão biomédica que maioritariamente domina o quotidiano laboral.

Aproveitando o seu saber ao nível das questões sociais, institucionais e de Saúde Pública, os EEESC a trabalhar com as famílias “estão capacitados para diagnosticar os efeitos dos fatores sócio - económicos sobre a saúde da família e de a orientarem, assumindo a responsabilidade, quando as necessidades identificadas, reclamam expressamente cuidados de enfermagem” (Travassos, 2003, p.77).

As competências dos EEESC, no âmbito da intervenção nos determinantes sociais da saúde, na capacitação social e comunitária, no estabelecimento de parcerias, na promoção da responsabilidade social para com a saúde, tornam estes profissionais um elo fundamental e extremamente importante na equipa multiprofissional da USF.

Remetendo à problemática em estudo, e sendo a obesidade infantil considerada um grave problema de saúde pública, com várias consequências para as crianças e adolescentes (Sousa, Lourenço e Carmo, 2008), torna-se um verdadeiro campo de intervenção no âmbito da Especialidade de Enfermagem de Saúde Comunitária.

Pelos riscos e pelas repercussões que continuará a implicar na idade adulta, torna-se indispensável a intervenção precoce junto das crianças e famílias, com vista à sua capacitação e obtenção de ganhos em saúde. Uma das estratégias capazes de envolver vários DSS, passa por promover o aumento dos níveis de LS dos cuidadores, apoiando-os e capacitando-os para o desempenho do papel.

## CAPÍTULO III - A LITERACIA PARA A SAÚDE

---

São várias as definições de LS, estando esta englobada no conceito geral de literacia.

O termo literacia surgiu para concetualizar um novo conceito acerca das capacidades de leitura e de escrita. Espera-se uma diferenciação de alfabetização por não considerar o grau de escolaridade a que esta, tradicionalmente, estava ligada.

Entendendo-se a alfabetização como o ato de ensinar e aprender, o conceito de literacia traduz a capacidade de usar essas competências (Benavente [et al.], 1997). Por conseguinte, espera-se de cada pessoa “um *continuum* de competências que tem a ver, também, com as exigências sociais, profissionais e pessoais com que cada um se confronta na sua vida corrente” (*idem, ibidem*, p.4).

Para a OMS (1998), LS consiste nas habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e usar a informação de maneira a promover e manter uma boa saúde.

### 3.1 Do conceito ao modelo

A LS tem sido objeto de estudo de diversas áreas do conhecimento, na procura de modelos que melhor a permitam compreender e operacionalizar.

Nutbeam [et al.] (1998) definiram LS como um conjunto de habilidades pessoais, conhecimentos e confiança para tomar medidas para melhorar a saúde pessoal e comunitária alterando estilos de vida pessoais e condições de vida. O processo de empoderamento visa melhorar o acesso das pessoas a informações de saúde e promover a sua capacidade de pô-las em prática.

De acordo com Nutbeam (2000) estas habilidades/competências individuais podem ser agrupadas em quatro domínios:

- o conhecimento cultural e conceptual;
- a capacidade de ouvir e falar;
- a capacidade de escrever e ler;
- a numeracia.

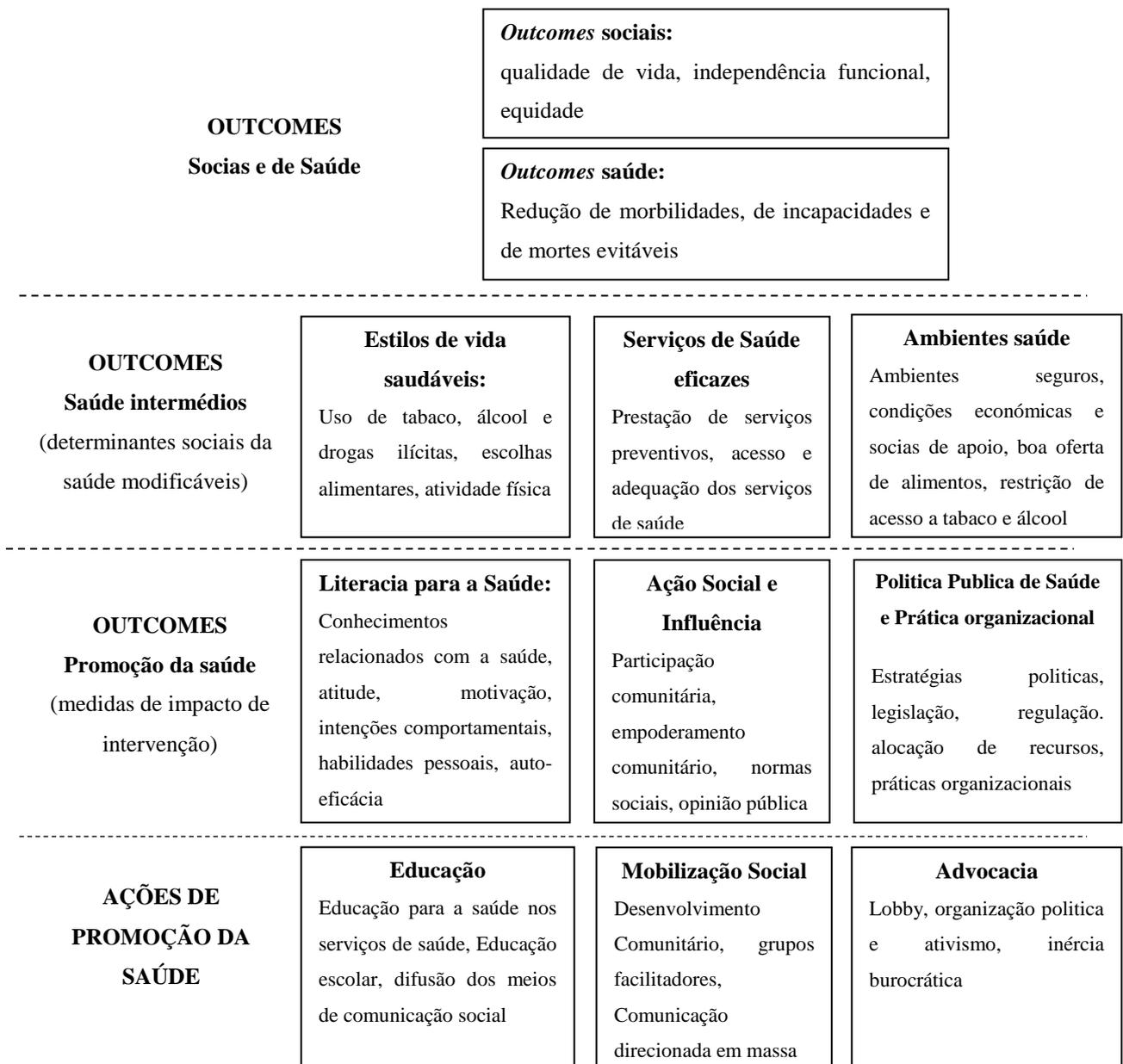
Classifica a literacia em três tipos.

- **literacia funcional** - tem por finalidade a obtenção de informação factual da utilização de serviços e informação relacionada com os riscos de saúde;

- **literacia interativa** – refere-se ao desenvolvimento da capacitação dos indivíduos e da melhoria da motivação e autoconfiança no que respeita à saúde;
- **literacia crítica** - conseqüente empoderamento do indivíduo e da própria comunidade, que os torna mais influentes, e tem por objetivo as mudanças que promovam melhorias na saúde.

Associando a LS ao *empowerment* e a resultados na educação para a saúde, o autor supracitado apresentou um modelo desses *outcomes* (figura 4).

**Figura 4 – Modelo de resultados da Promoção da Saúde**



**Fonte:** Adaptado de *Nutbeam* (2000, p.259)

Esta figura, ilustra as relações horizontais e verticais entre educação, LS e *outcomes* da promoção da saúde. Assim, numa análise vertical, melhorando a LS pode-se potenciar escolhas de estilos de vida saudáveis e promover o uso adequado dos serviços de saúde, assim como melhorar a gestão do regime terapêutico. Horizontalmente, programas de educação para a saúde, voltados para LS crítica, aperfeiçoarão a capacidade de ação social e desenvolvimento comunitário que, por sua vez, poderá conduzir a mudanças de políticas públicas e práticas organizacionais relacionadas à saúde.

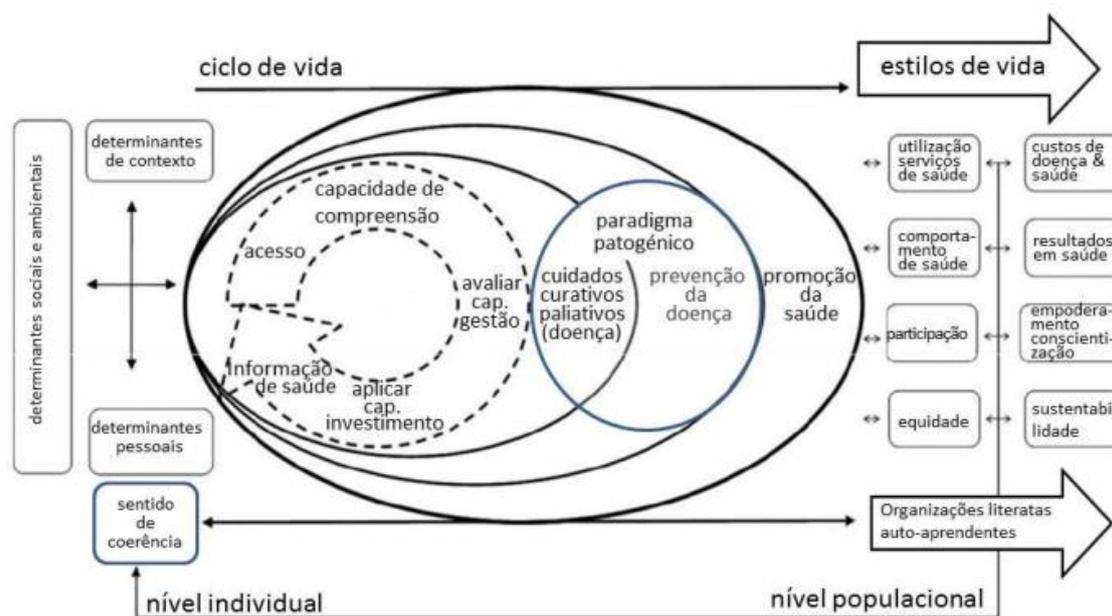
Numa revisão sistemática da literatura, Sorensen [et al.] (2012) referem, que a maioria dos modelos conceituais de literacia em saúde, apenas realçam as habilidades individuais e não contemplam as interações entre os sistemas de saúde e as competências dos sujeitos, mencionando um relatório do Instituto de Medicina que realça que a LS é uma função compartilhada dos fatores sociais e individuais, que emergem a partir da interação das habilidades dos indivíduos e da procura dos sistemas sociais. Assim, os autores propõem um novo modelo que designam Modelo Integrativo da LS, mais tarde explanado por Saboga-Nunes, Sørensen, et Pelikan (2014), no VIII Congresso Português de Sociologia.

### **3.2 Um Modelo de Literacia para a Saúde**

A LS tem sido objeto de estudo de diversas áreas do conhecimento, na procura de modelos que melhor a permitam compreender e operacionalizar.

Saboga-Nunes, Sørensen, et Pelikan (2014), com base no Modelo Integrativo da LS de Sorensen [et al.] (2012), apresentam um modelo estruturante para a conceção e operacionalização da LS, em que defendem que a “literacia para a saúde é formatada a partir de determinantes sociais e ambientais que podem ser caracterizadas em determinantes de contexto e pessoais”, como explanado na figura 5.

Para os autores, a LS resulta da capacidade do indivíduo em aceder à informação e da sua capacidade de interpretação e compreensão, que inevitavelmente se traduz na avaliação e na tomada de decisão, aplicando o conhecimento sobre a saúde no seu dia-a-dia. Estas competências permitem ao indivíduo percorrer os três domínios que fazem parte dos cuidados de saúde: cuidados curativos/paliativos, prevenção da doença e promoção da saúde.

**Figura 5** - Modelo estruturante para a conceção e operacionalização da LS

Fonte: Saboga-Nunes, L. (2014, p.7)

O modelo apresenta no cerne da sua conceptualização, as principais componentes da LS, apresentadas no centro da figura e a relação da LS com os *outcomes* em saúde (Saboga-Nunes [etal.], 2014).

As componentes da LS referem-se, de uma forma sequencial e lógica aos seguintes processos:

- Aceder a informações de saúde – capacidade de procurar;
- Compreender a informação que é acedida;
- Capacidade de gerir o conhecimento adquirido sobre a saúde para a sua vida diária;
- Capacidade de investir esses conhecimentos nas suas ações e opções de estilos de vida mais ou menos favoráveis;

Para o desenvolvimento destas competências, são necessárias habilidades e capacidades cognitivas específicas, pese embora os determinantes ambientais e sociais, os determinantes do contexto têm um papel extremamente importante na qualidade da informação fornecida.

Assim, as opções individuais resultantes destas tomadas de decisão concorrem para opções mais ou menos propícias, quer ao nível dos cuidados curativos e paliativos, quer à prevenção, ou à promoção da saúde. Portanto, e numa visão de Saúde Pública, o resultado

destas interações pode avaliar-se pela leitura dos indicadores expressos na figura 5, que “referem a utilização dos serviços de saúde (com uma noção dos seus custos), comportamentos em saúde (que determinam resultados em saúde), participação (mediatizada pelo empoderamento/conscientização)” (Saboga-Nunes [et al.], 2014, p.7). Para os autores, o conjunto destes componentes pretendem promover a equidade, impulsionando a sustentabilidade social.

Analisando estes modelos, verifica-se uma evolução da LS, que inicialmente era considerada uma mais-valia individual (Nutbeam, 1998), sendo mais tarde encarada como um potencial de empoderamento coletivo (Saboga-Nunes [et al.], 2014; Sorensen [et al.], 2012). Apesar de haver alguma disparidade nos modelos conceptuais, todos eles asseguram que a LS é fundamental nos *outcomes* em saúde, sendo estes tanto melhores quanto maior o grau de LS (*idem, ibidem*; Nutbeam, 2000; Nutbeam, 1998).

Por conseguinte, potenciando o aumento da LS e o empoderamento social e comunitário, envolve-se os cidadãos num modelo de coprodução em saúde, assumindo-os como parceiros dos profissionais de saúde e das opções políticas de saúde para a promoção de ambientes e políticas públicas mais saudáveis.

### **3.3 A Literacia para a Saúde Pública**

A LS é encarada como um objetivo de saúde pública a atingir no século XXI.

Deste modo, o conceito de Literacia para a Saúde Pública, sugerido por Freedman [et al.] (2009) considera o grau no qual os indivíduos e grupos podem obter, processar, compreender, avaliar e atuar sob a informação necessária para realizarem decisões de saúde pública que beneficiem a comunidade. De acordo com Pereira (2016, p.8) “a população alvo é o público, o propósito é o de melhorar a saúde do público e os objetivos primários são os de envolver as partes interessadas no empenho da saúde pública e abordar os determinantes sociais e ambientais da saúde”.

O Plano Nacional de Saúde 2012/2016, extensão a 2020 (Portugal, 2013) realça que o desenvolvimento da cidadania em saúde passa pela capacitação e pela responsabilização do cidadão para a melhoria da saúde individual e coletiva, exigindo um investimento na LS, com proatividade, compromisso e autocontrolo do cidadão, de forma a torná-lo autónomo e responsável, promovendo o empoderamento. Tem como um dos objetivos aumentar a LS e o empoderamento dos cidadãos e dos cuidadores.

A LS é considerada como um dos meios que desempenha um papel relevante no aumento da resiliência e bem-estar individual e coletivo. Por ser um tema de investigação bastante recente, liga-se com aspetos tão amplos como o uso das tecnologias de informação na aquisição de informação e conhecimento (Saboga-Nunes [et al.], 2010). Assim sendo, torna-se de extrema importância ver os diferentes contextos, onde a informação em saúde pode ser adquirida e usada, como sendo parte da estratégia para abordar a LS (Tomás [et al.], 2015).

De acordo com Luís (2010, p.223) “a iliteracia e a sua consequente relação com a literacia para a saúde, é um assunto de particular importância para a promoção da saúde”. Logo, a avaliação da LS individual ou de uma comunidade permitirá o estabelecimento de medidas que visem a adequação das políticas e medidas a tomar em termos de Saúde Pública.

Nutbeam (2000), afirma que a melhoria da literacia promove uma melhoria na transmissão de informações e o desenvolvimento de competências que são fulcrais para o empoderamento dos indivíduos, aumentando o acesso adequado e o conhecimento, a compreensão e a tomada de consciência, o que traduz uma redução nos custos com a saúde. Pelo contrário, uma sociedade menos capaz, com baixos níveis de LS conduzirá a uma maior despesa individual e coletiva.

Weiss [et al.] citados por Luís (2010, p.34) mencionam que “a quantificação do nível de literacia para a saúde é um aspeto fundamental para a saúde pública”, dado que os indivíduos com níveis de LS limitados, têm pior estado geral de saúde.

Numa sociedade, com ritmos de vida e trabalho muito desenfreados, aliada às campanhas de marketing pela indústria alimentícia que promovem alimentos e refeições pré-cozinhadas, comidas rápidas e nutricionalmente pobres, torna-se fundamental a intervenção dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, no processo de capacitação dos indivíduos para a adoção de escolhas e comportamentos mais saudáveis.

### **3.4 Literacia Alimentar**

O termo Literacia Alimentar (LA) surgiu para descrever os aspetos práticos quotidianos associados à alimentação saudável. O termo é cada vez mais utilizado na política, no dia-a-dia, em pesquisa e pelo público em geral (Vidgen e Gallegos, 2014).

De forma a identificar lacunas teóricas e oportunidades de intervenção, explanam-se dois modelos conceptuais de LA.

O modelo apresentado por Vidgen e Gallegos (2014) compreende quatro domínios:

- Planeamento e Gestão – reflexão sobre o que comer, priorizando os alimentos de acordo com as circunstâncias e os recursos existentes (por exemplo o valor nutricional);
- Seleção – conhecer e avaliar a origem dos alimentos e a sua composição e perceber quais as vantagens e desvantagens da sua ingestão, ter conhecimento sobre o armazenamento correto dos produtos;
- Confeção – capacidade de confeccionar os alimentos da maneira mais saudável e aplicando os princípios básicos de higiene;
- Ingestão/comer – consciencialização sobre o impacto de determinado alimento no bem-estar e conhecimento das necessidades de ingestão alimentar, assim como os excessos em ambientes de socialização.

O outro modelo teórico de LA é defendido por Desjardins [et al.], (2016) citados por Rosas [et.al] (2018, p.124) e compreende os seguintes domínios:

- Habilidades de preparação de alimentos - demonstrando a capacidade de usar receitas e improvisar com ingredientes, bem como usar utensílios de cozinha devidamente;
- Habilidades Organizacionais - em relação ao planeamento, formulação de orçamento, compra e armazenamento de alimentos;
- Fatores psicossociais - criatividade, autoeficácia, confiança, controle e conectividade;
- Conhecimento sobre Alimentação e Nutrição - sobre origem alimentar, segurança e rótulos.

Segundo os autores a educação alimentar protege a qualidade da dieta e apoia a resiliência alimentar sobre mudanças contextuais e através do tempo (*idem*).

O primeiro modelo explanado enfatiza mais os efeitos da alimentação na saúde do indivíduo, pese embora não faça referência às influências psicossociais como a autoeficácia e o autocontrolo, evidenciados no segundo referencial (Rosas [et al.], 2018).

Posto isto, encontra-se em desenvolvimento um modelo teórico sobre LA, procurando não só a definição do conceito, mas também os seus domínios, no contexto cultural, económico e social português (*ibidem*).

As questões da alimentação são cada vez mais objeto de atenção de organização internacionais, pelas implicações na saúde. O *European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020* (WHO, 2015) foi desenvolvido com o propósito de evitar mortes prematuras e

reduzir significativamente o peso de doenças crónicas não transmissíveis relacionadas com a alimentação, como a obesidade e a desnutrição, fortemente influenciadas pelos DSS.

Ora para a implementação de um plano de ação neste âmbito torna-se necessário ter claro que a LA pode ter diferentes abordagens e interpretações. A este propósito, Truman, Lean e Elliot (2017), consideram que a maioria das definições de LA enfatiza a aquisição de literacia crítica (informação e compreensão) sobre a literacia funcional (habilidades e escolhas).

No que ao controle do desenvolvimento estado-ponderal e à prevenção de excesso de peso e obesidade em idade pediátrica diz respeito, a promoção da saúde no âmbito da nutrição implica o aumento de conhecimentos nutricionais e as implicações para a saúde das escolhas alimentares, tanto das crianças como dos pais.

### **A LS no controlo da Obesidade Infantil**

A educação para a saúde constitui uma dimensão fundamental para a obtenção de maiores níveis de literacia como veículo da promoção de saúde, o que reforça a ideia de que a educação para estilos de vida saudáveis é um assunto cada vez mais importante na prevenção da obesidade infantil.

O Programa de Saúde Infantil e Juvenil, da DGS (2013, p.7) define como um dos aspetos prioritários o “reconhecimento e a capacitação dos pais e outros adultos de referência, enquanto primeiros prestadores de cuidados”, pois a família constitui o principal ambiente de aprendizagem para as crianças. Desta forma, melhorar os resultados das intervenções preventivas implica que estas sejam sensíveis e adequadas ao nível de literacia da população-alvo.

Dado que os comportamentos relacionados com a saúde das crianças em idade pré-escolar são, na sua maioria, da responsabilidade dos pais, torna-se imperioso capacitá-los e dotá-los de maiores níveis de LS. Desta forma, será mais fácil enfrentar a epidemia da obesidade infantil e envolvê-los na equipa multidisciplinar como parceiros.

A influência parental na obesidade infantil é um fator muito importante uma vez que as crianças crescem em ambientes nos quais “os seus pais podem representar modelos e promover comportamentos que resultam num balanço energético positivo” (Sousa, Lourenço e Carmo, 2008, p.10). De acordo com os mesmos autores, os padrões e escolhas alimentares têm sofrido grandes alterações nos últimos anos, qualitativa e quantitativamente.

Espanha, Ávila e Mendes (2016), através do relatório sobre LS em Portugal, verificaram que o índice geral de literacia se localiza abaixo da média no estudo europeu.

Apresenta 11% da população com nível de literacia inadequado e cerca de 38% da população com nível considerado problemático. Apenas 8,6% manifesta um nível excelente de literacia.

Num estudo sobre Literacia e Alimentação Saudável realizado por Luís (2010), verificou-se que, no que respeita à relação entre o nível de escolaridade e o nível de literacia para a saúde, existe uma correlação estatisticamente significativa em que o maior nível de escolaridade correspondia o nível de LS mais elevado.

Vários estudos têm demonstrado que uma proporção elevada dos pais tem um nível de LS que compromete a sua capacidade para realizar tarefas preventivas básicas, como seguir as recomendações de uma brochura ou usar uma tabela de percentis. No contexto da obesidade, a baixa literacia e numeracia estão associadas a piores conhecimentos sobre aleitamento materno, a maiores dificuldades para compreender rótulos e porções e a um IMC mais elevado (Huizinga [et al.], 2009).

A maioria dos estudos sobre LS, corrobora que esta tem um papel preponderante como promotora de aquisição de habilidades e escolha de estratégias, por parte dos indivíduos, mais direcionadas à sua situação de saúde (Nakamura [et al.], 2018; Heerman [et al.], 2017; Zoellner [et al.], 2017; Mo [et al.], 2016; Warschburger [et al.], 2015; Liechty [et al.], 2015; Lumeng [et al.], 2015; Janet [et al.], 2015; Cha e Besse, 2015; Cunha [et al.], 2014; Chari [et al.], 2014; Yin [et al.], 2014; Po'e [et al.], 2013; Sharif e Blank, 2010).

Após a revisão da literatura verificou-se que existem poucos estudos que relacionem a LS dos pais com o desenvolvimento estado-ponderal dos filhos. Um estudo levado a cabo por Pinto (2016), em Viseu, com crianças em idade pré-escolar e escolar, verificou que existe relação entre os níveis de LS dos pais e o IMC das crianças, traduzindo que níveis mais altos de conhecimentos dos pais traduzem valores de IMC mais baixos nas crianças.

Apenas se encontrou um estudo Europeu, realizado na Alemanha por Warschburger [et al.], (2015). Os autores aplicaram um projeto de intervenção dirigida a um grupo de crianças e mães, de forma a potenciar a LS. Concluíram que o projeto foi considerado útil e que no final da intervenção as mães já eram capazes de mobilizar conhecimentos para eleger melhores escolhas alimentares e, por conseguinte, estilos de vida mais saudáveis. Encontraram-se mais dois estudos realizados no continente Asiático (China e Japão), com conclusões semelhantes (Nakamura [et al.], 2018 Mo [et al.], 2016); e nos Estados Unidos da América mais seis investigações com a mesma conclusão (Zoellner [et al.], 2017; Heerman [et al.], 2017; Cha e Besse, 2015; Liechty [et al.], 2015; Chari [et al.], 2014; Po'e [et al.], 2013).

Espanha, Ávila e Mendes (2016) no Relatório para avaliação da LS em Portugal, constataram que os inquiridos procuravam, de forma privilegiada e com clara predominância, obter informação sobre saúde no contacto direto com os profissionais de saúde. Tal constatação aponta para a importância do trabalho dos enfermeiros, orientado e centrado na família, envolvendo os pais e tornando-os agentes ativos na promoção da saúde, sendo esta a chave para a mudança do estilo de vida familiar.

## **CAPÍTULO IV - A ALIMENTAÇÃO NA SEGUNDA INFÂNCIA**

---

A alimentação, enquanto estilo de vida, é um dos determinantes sociais da saúde, que tem um forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos. Assim, e de acordo com a Roda dos Alimentos, esta deve ser completa, equilibrada e variada. Neste sentido, as crianças em idade pré-escolar devem ingerir diariamente alimentos de todos os grupos, de acordo com a proporção de cada sector e variando o mais possível dentro de cada grupo.

Menezes, Meirellest e Weffort (2011) afirmam que, em virtude da redução da velocidade de crescimento e ganho ponderal, as necessidades nutricionais das crianças na segunda infância diminuem e o apetite também. Mencionam ainda algumas características típicas do padrão alimentar nesta idade, a saber:

- A criança, por norma, não aceita novos alimentos - neofobia;
- Nota-se preferência natural por alimentos com sabor doce;
- O apetite depende de fatores ambientais e do momento, como a temperatura, a última refeição, o dispêndio energético na atividade física, entre outros.

Segundo Candeias [et al.] (2005, p.4) “ter hábitos alimentares saudáveis não significa fazer uma alimentação restritiva ou monótona. Pelo contrário, um dos pilares fundamentais para uma alimentação saudável é a variedade”. Deste modo a base de uma alimentação saudável para uma criança, na perspetiva de Gonçalves, Ferreira e Esteves (2013), passa por:

- Fazer cinco a seis refeições ao longo do dia;
- Comer sopa ao almoço e ao jantar;
- Ingerir diariamente fruta e produtos hortícolas frescos;
- Alternar a proteína das principais refeições;
- Consumir leguminosas com regularidade;
- Incluir laticínios na alimentação diária;
- Comer cereais e seus derivados diariamente;
- Beber água ao longo do dia;
- Reduzir o consumo de sal, de alimentos açucarados, ricos em gordura e de baixo valor nutricional;
- Manter horário regular nas refeições, evitando petiscar.

Costa (2012) defende que as crianças devem ser envolvidas na confeção das refeições, incentivando-as a melhorar as suas escolhas e a elaborar pratos apelativos.

Entre muitas outras funções, a alimentação adequada assegura a sobrevivência do ser humano, concorre para um crescimento e desenvolvimento adequado nas crianças e adolescentes, aporta energia e nutrientes essenciais ao bom funcionamento do organismo, melhora a saúde física e mental e é crucial para a prevenção de determinadas doenças, como por exemplo a obesidade (Candeias [et al.], 2005).

Pese embora os vários contextos sociais, como a escola, o grupo de amigos, os média, entre outros serem extremamente influenciadores de comportamentos alimentares das crianças, sendo locais “altamente favorecedores de trocas e aprendizado alimentar” (Menezes, Meirellest, Weffort, 2011, p.92), o local onde acontecem as suas primeiras experiências alimentares e da vida é o ambiente familiar. Os comportamentos das crianças são, na sua maioria, reflexos desse ambiente (Rossi, Moreira e Rauén, 2008). Quando esse contexto é desfavorável, pode criar condições que potenciem distúrbios alimentares que, “uma vez instalados, poderão permanecer ao longo da vida” (*idem, ibidem*, p.740).

Deste modo, a família tem um papel essencial na promoção de uma alimentação saudável. Mediante o exposto, a interiorização de bons hábitos alimentares na infância, implica um trabalho em parceria com a família, num processo *continuum* de empoderamento individual e coletivo.

### **A família e a educação alimentar**

A família representa um grupo social primário que influencia e é influenciado por outras pessoas e instituições. O conceito de família tem evoluído ao longo dos tempos, não só ao nível das funções enquanto sistema, mas também em relação às tarefas exercidas por cada elemento do grupo.

Conhecer verdadeiramente as famílias nas suas variadas vertentes é uma função intrínseca à prestação de cuidados de enfermagem, sendo, porém, fundamental que o enfermeiro se abstenha dos seus valores, de forma a ser capaz de reconhecer a unidade familiar com as suas singularidades. Assim, cabe ao enfermeiro, tendo as conta as potencialidades e as fraquezas de cada família bem como os objetivos com ela estabelecidos, “determinar as situações em que se torna mais adequado a utilização das perguntas de intervenção, englobando-as num contexto de intencionalidade” (Figueiredo, 2013, p.1).

De acordo com Hanson (2005, p.210) “apoiar a saúde da unidade familiar como um todo e encorajar as famílias a valorizarem e a incluírem a promoção da saúde nos seus estilos de vida, são componentes essenciais da prática de enfermagem de família”. Para a mesma

autora, “a promoção da saúde é aprendida dentro das famílias, cujas crenças, valores e padrões de comportamento de saúde são formados e passados às gerações futuras” (*idem, ibidem*). Um dos principais objetivos dos cuidados de enfermagem às famílias é capacitar os seus membros, dando-lhes força para trabalharem em conjunto, com o propósito de atingirem e manterem a saúde familiar. Posto isto, a parentalidade, pela sua importância e pertinência, é um dos focos da prática de cuidados dos enfermeiros.

Segundo Wardle (1995), a influência parental sobre as escolhas alimentares pode-se traduzir de diversas formas, entre as quais:

- A aquisição de géneros alimentícios (influenciados pelo rendimento familiar, pelo estrato social, pela LS)
- A religião e a cultura (os comportamentos dos pais nas refeições e as reações com determinados alimentos, podem servir de modelos para os filhos);
- Na informação que fornecem sobre os alimentos, ensinando por exemplo, as escolhas mais saudáveis.

Perceber a influência parental no comportamento alimentar da criança, remete à conceptualização dos estilos alimentares parentais, que refletem a relação pais/criança no momento da refeição. Baumrind e Rearing (1989) citados por Black e Hurley (2007) defendem quatro estilos, a saber:

- **Sensível/responsivo** - tem perfil protetor e estruturado. Estabelece com a criança uma relação de confiança, com interação recíproca no momento da refeição;
- **Controlador** – é pouco protetor, embora estruturado. Recorrem a estratégias exigentes ou restritivas para dominar o momento da refeição;
- **Tolerante** – sem rotina no momento da refeição, embora ainda crie alguma interação com a criança. Permite que a criança escolha o que vai comer;
- **Negligente** – ambiente negativo, sem qualquer estrutura. Existe muito pouca ou nenhuma relação com a criança no momento da refeição, pelo que a própria faz as suas escolhas.

As refeições em família parecem ser um momento importante na promoção de uma alimentação saudável, uma vez que as opções alimentares são feitas, regra geral, no seio familiar. Um estudo realizado com 427 crianças em idade pré-escolar evidenciou que partilhar o momento da refeição com os pais, cria uma atmosfera positiva, os pais servem de

modelo para o comportamento alimentar e as crianças ingerem refeições nutricionalmente mais saudáveis (Stanek, Abbott e Cramer, 1990).

De acordo com Costa (2012, p.47) “sem a orientação dos pais, as crianças tendem a fazer escolhas pouco saudáveis”.

No sentido de obter melhores *outcomes* em saúde associados à alimentação infantil, importa entender de que forma as opções alimentares da família condicionam a ingestão alimentar da criança e se desenvolvem até à formação de um hábito alimentar.

Um estudo de Epstein [et al.], com 27 crianças e respetivos pais mostrou que a redução de ingestão de açúcar e gorduras por parte dos pais promove essa diminuição de ingestão nas crianças (Ventura [et al.], 2005). Estes dados corroboram a importância do seio familiar como um amplo campo de aprendizagem para a criança.

Lake (1996), citado por Rossi, Moreira e Rauen (2008), defende que momentos de partilha com a família alargada são propícios à ingestão excessiva de calorias e a um estilo de vida mais sedentário.

Cutting [et al.] citado por Ventura [et al.] (2005) desenvolveram um estudo com crianças entre os 3 e os 6 anos e concluíram que as mães que petiscavam entre as refeições tinham valores de IMC mais altos, associados também a valores elevados de IMC nas crianças. Os investigadores defendem que é provável que as crianças tenham adotado o mesmo comportamento que observaram na mãe.

A disponibilidade e a acessibilidade dos alimentos em casa são outra condicionante para as opções alimentares, podendo ser um fator protetor ou não, de acordo com a oferta (Cullem, 2003 citado por Rossi, Moreira e Rauen, 2008). As crianças tendem a consumir e preferir os alimentos que lhes são frequentemente oferecidos. Posto isto, os pais são extremamente importantes na aquisição e na confeção das opções alimentares.

Os comportamentos alimentares dos pais associam-se diretamente aos comportamentos alimentares e ao peso dos filhos. As escolhas alimentares e consumo de alimentos saudáveis ou não saudáveis por parte dos pais condicionam o que os estes vão oferecer às crianças. Assim, a criança familiariza-se com determinados alimentos e aceita-os com mais facilidade (Fisher [et al.], 2002; Cooke [et al.], 2004 citados por Ventura [et al.], 2005)

Anliker (1992) sustenta que as mães podem promover opções saudáveis, selecionando preferencialmente os alimentos baseadas em critérios de qualidade e não apenas no sabor (Rossi, Moreira e Rauén, 2008).

Há evidência de que o comportamento alimentar é fortemente influenciado pelas escolhas dos pais. É na idade pré-escolar que os padrões básicos são adquiridos, nomeadamente os da alimentação, portanto a construção de fortes alicerces nesta idade vai favorecer aprendizagens futuras com implicações na saúde.

## CAPÍTULO V - OPÇÕES METODOLÓGICAS

---

Após a revisão da literatura verificou-se a magnitude do problema do excesso de peso e obesidade em idade pré-escolar. Constatou-se que existem poucos estudos que relacionem a influência da LS da mãe com o desenvolvimento estado-ponderal da criança. Deste modo, tendo em consideração o potencial de intervenção no âmbito da promoção da saúde, assumiu-se como questões de partida para o estudo:

- Qual a relação entre o nível de literacia para a saúde da mãe e a prevalência de excesso de peso da criança em idade pré-escolar da coorte de 2013, numa USF do ACeS Cávado I,
- Qual a associação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e de estilos de vida das crianças e das mães e o IMC percentilado das crianças da coorte de 2013, numa USF do ACeS Cávado I
- Qual a relação entre o IMC das crianças e o IMC das mães?

Neste capítulo, faz-se descrição da metodologia utilizada ao longo do estudo, clarificando o tipo de estudo, a população e amostra, os materiais e métodos utilizados, assim como o procedimento de recolha de dados e o seu tratamento.

### 5.1 Finalidade e Objetivos

Este estudo tem como finalidade contribuir para o conhecimento dos determinantes de excesso de peso na criança em idade pré-escolar, e implementar, *à posteriori*, um projeto de intervenção direcionado às reais necessidades detetadas na evidência científica.

Considerando as questões centrais do estudo, constituíram-se objetivos gerais desta investigação:

- Analisar a relação entre o nível de literacia para a saúde da mãe e a prevalência de excesso de peso da criança em idade pré-escolar das crianças da coorte de 2013, numa USF do ACeS Cávado I,
- Avaliar a associação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e de estilos de vida das crianças e das mães e o IMC percentilado das crianças da coorte de 2013, numa USF do ACeS Cávado I
- Avaliar a relação entre o IMC das crianças e o IMC das mães.

Para tal traçaram-se os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar a prevalência do excesso de peso/obesidade das crianças na coorte de 2013, numa USF do ACeS Cávado I;
- Avaliar o estado nutricional das mães em estudo;
- Descrever o nível de Literacia em Saúde da mãe das crianças da coorte de 2013, numa USF do ACeS Cávado I;

## **5.2 Tipo de estudo**

De acordo com a natureza do problema e os objetivos definiu-se um estudo transversal, exploratório e descritivo-correlacional, assentando no paradigma quantitativo da investigação e num método não experimental. Classifica-se como exploratório porque na área geográfica que se preconiza desenvolver a investigação desconhece-se a existência de estudos desta índole.

Opta-se por um estudo integrado no paradigma quantitativo uma vez que se trata de um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis, baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e fenómenos que existem, independentemente do investigador, e tem como características a objetividade, a predição, o controlo e a generalização (Fortin, 2009).

Enquadra-se numa investigação do tipo correlacional, uma vez que se pretende relacionar variáveis, apreciar interações, quantificando as relações. Para tal, recorrer-se-á a um método descritivo-correlacional no sentido de se explorar relações entre as variáveis (Marôco, 2010). Adicionalmente considera-se também um estudo transversal uma vez que os dados são relativos a um determinado momento em estudo.

### **5.2.1 População e amostra**

O contexto do estudo foi uma USF do ACeS Cávado I – Braga e a população em estudo foi a coorte das crianças nascidas em 2013 e as respetivas mães. Escolheu-se este contexto pela facilidade de acesso e porque uma das finalidades é desenvolver posteriormente um projeto de intervenção dirigido à população em estudo, de acordo com os resultados obtidos.

De acordo com os dados disponíveis na USF em estudo o número de crianças inscritas cujo nascimento ocorreu em 2013 foi de 123.

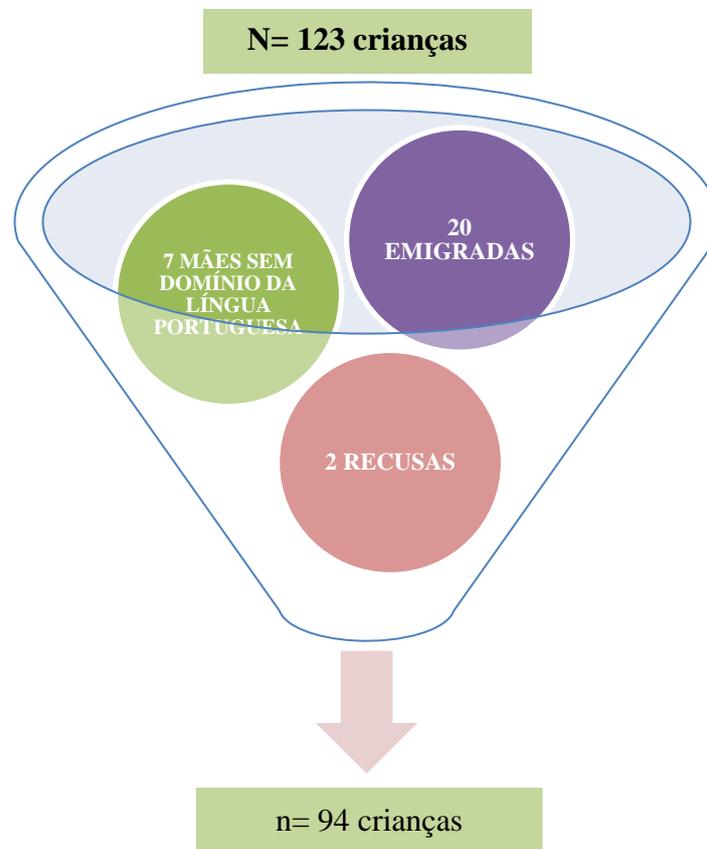
Definiram-se como critérios de inclusão: crianças nascidas em 2013, cujas mães aceitaram participar no estudo, assinando o consentimento informado, livre e esclarecido;

como critérios de exclusão definiram-se as crianças institucionalizadas e/ou com inscrição esporádica; crianças e mães emigradas, mães que não dominem a língua Portuguesa e crianças órfãs de mãe; após referenciação pela enfermeira de família.

A amostra foi não probabilística de voluntários.

Das 123 crianças, 29 não integraram o estudo, uma vez que 20 estavam emigradas, 7 mães não dominavam a língua Portuguesa, e 2 recusaram a participação. Após aplicados os critérios de inclusão e exclusão, obteve-se uma amostra com 94 crianças e respetivas mães, conforme esquematizado na figura 6.

**Figura 6** – Definição da amostra após aplicados critérios de inclusão e exclusão



### 5.2.2 Instrumento de recolha de dados

A seleção dos instrumentos de recolha de dados teve em consideração os objetivos do estudo e as características da população. Neste sentido, para a avaliação, recorreu-se aos seguintes instrumentos:

- Questionário Sociodemográfico e de caracterização clínica e de estilos de vida, construído pela investigadora para o estudo, tendo por base a revisão da literatura, os objetivos e estudos sobre o assunto em investigação (Apêndice A);

Inclui blocos de questões relacionadas com:

- Características sociodemográficas e antropométricas da criança, onde se inclui as variáveis sexo, peso e estatura, IMC, idade em anos e meses, frequência de jardim de infância;
- Estilos de vida da criança, relacionados com a alimentação dos primeiros meses de vida, início de alimentação diversificada, número de refeições diárias e prática de exercício físico;
- Contexto clínico da criança, relativo a antecedentes de saúde;
- Características sociodemográficas e antropométricas da mãe em que se considera a idade, o peso e a estatura, IMC, escolaridade, rendimento mensal do agregado em salários mínimos,
- Contexto clínico da mãe que se referem a antecedentes de saúde, peso antes de engravidar, aumento de peso na gravidez;
- Comportamentos maternos relacionados com a alimentação que são relativos ao hábito de leitura de rótulos alimentares e à responsabilidade de compras alimentares.

Estas variáveis foram operacionalizadas em nominais, ordinais e quantitativas, optando-se pelas últimas sempre que possível e adequado.

O questionário sociodemográfico e de caracterização clínica e de estilos de vida elaborado para o estudo, foi discutido com peritos da área e validado pelo orientador desta investigação.

- O questionário de avaliação de Conhecimentos dos Pais sobre Alimentação Infantil – QAI de Aparício [et al.], (2012) (Anexo A).

O questionário de avaliação de Conhecimentos dos Pais sobre Alimentação Infantil – QAI (Aparício [et al.], 2012) foi construído para ser aplicado a pais de crianças em idade pré-escolar e foi validado para a população Portuguesa. Aborda aspetos como “características dos alimentos/grupos alimentares com implicações para a saúde: comportamentos que medeiam as regras para as práticas alimentares diárias; atitudes fundamentadas em crenças familiares; conhecimentos nutricionais que norteiam o

quotidiano para utilização dos diversos grupos alimentares” (Aparício [et al.], 2012, p.57). Este questionário apresenta 55 afirmações dicotómicas e é pedido aos pais que assinalem com uma cruz aquilo que faz, pensa e sabe no que diz respeito à alimentação do filho (a). A pontuação atribuída a cada item varia entre 1 (se responder corretamente, indicando conhecimento adequado sobre alimentação infantil) e 0 (se não responder corretamente, indicando conhecimentos incorretos sobre alimentação infantil). Os itens 1, 4, 7, 9, 10, 13, 19, 21, 23, 31, 36, 38, 43, 44, 49, 53, 55, são pontuados inversamente. O score total é obtido pelo somatório de todas as respostas corretas, sendo que quanto maior for o somatório melhor serão conhecimentos demonstrados sobre alimentação infantil.

Para classificação dos conhecimentos maternos sobre a alimentação infantil foram efetuados pontos de corte para o valor global da escala tendo por base a fórmula (Mediana $\pm$  0.25 amplitude interquartil [a Q]), de acordo com os critérios definidos pelos autores, admitindo a categorização abaixo exposta:

- Conhecimento insuficiente -  $\leq 46,25$
- Conhecimento suficiente - entre 46,25 e 49,75
- Conhecimento Bom -  $\geq 49,75$

Os autores agruparam os itens em quatro fatores, cujos pressupostos se explanam na tabela 1:

**Tabela 1** - Significado aparente e pressupostos dos quatro fatores do QAI

<b>Fator</b>	<b>Significado</b>	<b>Pressupostos</b>
Fator 1	<b>Alimentação e Saúde</b>	Avalia os pressupostos que estão na base da relação entre a alimentação e a saúde, não só pela escolha dos nutrientes, mas igualmente pelo padrão de consumo de gestão da atividade física.
Fator 2	<b>Regras Alimentares</b>	Avalia algumas regras que estão na base do padrão alimentar.
Fator 3	<b>Crenças Alimentares Familiares</b>	Avalia as crenças decorrentes da cultura ou da incorreta promoção alimentar.
Fator 4	<b>Variedade/Diversidade no Padrão Alimentar</b>	Avalia os conhecimentos e as práticas para a inclusão das diferentes porções e do valor alimentar dos diferentes alimentos e variedade dentro do mesmo grupo.

**Fonte:** Costa (2012)

**Fator 1 – Alimentação e Saúde** – engloba 22 itens (14, 16, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55);

**Fator 2 – Regras Alimentares** – constituído por 13 itens (2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 18, 20, 22);

**Fator 3 – Crenças Alimentares Familiares** – composto por 9 itens (1, 10, 19, 21, 23, 24, 26, 31, 43)

**Fator 4 – Variedade/Diversidade no Padrão Alimentar** - abarca 11 itens (6, 15, 17, 25, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 39).

Procedeu-se à análise da consistência interna do QAI para a amostra em estudo. De acordo com Marôco e Garcia-Marques (2006, p.66) “a fiabilidade de uma medida refere a capacidade desta ser consistente. (...) Se um instrumento de medida dá sempre os mesmos resultados (dados) quando aplicado a alvos estruturalmente iguais, podemos confiar no significado da medida e dizer que a medida é fiável”.

A consistência interna do QAI e das suas quatro dimensões foi avaliada com recurso ao coeficiente de consistência interna *alpha de Cronbach*, explanados na tabela 2. Pode verificar-se que o questionário de avaliação de conhecimentos sobre alimentação infantil apresentou valor de alfa entre 0,8 e 0,9 revelando boa consistência interna, de acordo com os valores definidos por Pestana e Gageiro (2005), pese embora fosse ligeiramente inferior ao dos autores.

O fator 3 (Crenças Alimentares Familiares) e fator 4 (Variedade/Diversidade no Padrão Alimentar) apresentaram baixos valores de consistência interna. O fator 1 (Alimentação e Saúde) apresentou valores de consistência interna superior ao dos autores do QAI.

**Tabela 2** – Consistência interna do QAI e dos quatro fatores

		Valor de Alfa	Valor de Alfa dos Autores
Fator 1	Alimentação e Saúde	0,852	0,757
Fator 2	Regras Alimentares	0,652	0,710
Fator 3	Crenças Alimentares Familiares	0,559	0,766
Fator 4	Variedade/Diversidade no Padrão Alimentar	0,550	0,775
	<b>QAI</b>	<b>0,893</b>	<b>0,942</b>

### 5.3 Procedimento de recolha de dados

A recolha de dados decorreu entre junho e dezembro de 2018 após obtenção de todos os pareceres favoráveis.

Para a informação relativa aos participantes no estudo obteve-se a colaboração dos secretários clínicos da USF e dos enfermeiros de família, quer quanto à identificação dos elementos a integrar o estudo, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, quer quanto ao primeiro contacto com vista a avaliar a disponibilidade dos participantes integrarem o estudo.

No momento da consulta de vigilância de saúde infantil aos 5 anos de idade, foi realizada a avaliação antropométrica da criança e da mãe, e fornecido à mãe os questionários para preenchimento. Os instrumentos foram devolvidos pelas mães no mesmo dia.

Para a avaliação do peso e estatura das crianças e das mães foram adotados os princípios definidos no Guia de Avaliação do Estado Nutricional Infantil e Juvenil (DGS, 2011).

A monitorização do peso e estatura foi efetuada numa balança digital SECA<sup>®</sup>, com intervalos mínimos de pesagem de 100gramas e com estadiómetro incorporado.

O IMC foi calculado através da fórmula de *Quelet*:  $IMC = \text{peso (Kg)} / \text{altura}^2 \text{ (m)}$ .

A avaliação do estado nutricional das crianças teve em consideração as orientações da OMS para o cálculo do respetivo percentil / z-score, usando-se a calculadora antropométrica da OMS para cálculo do IMC percentilado para sexo e idade (em meses).

### 5.4 Procedimentos éticos

Durante a investigação foram acautelados todos os procedimentos éticos, tendo em consideração o respeito pela dignidade humana, a proteção de dados, a confidencialidade e o anonimato.

Para utilização do QAI, foi efetuado o pedido de autorização aos respetivos autores, através de um ofício com a explicação do tipo de estudo.

Após a autorização concedida pelos autores (Anexo B), a investigação foi deferida pelo Conselho Técnico da USF em estudo (Anexo C), pela Diretora Executiva do ACeS Cávado I (Anexo D), e seguidamente pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte (Anexo E) de acordo com o protocolo vigente.

Garante-se a orientação nesta investigação, pelo Senhor Professor Doutor Luís Carlos Carvalho da Graça (Anexo F).

A recolha de dados só se iniciou após deferimento de todas as entidades acima mencionadas.

O primeiro contacto com os participantes foi estabelecido pelos secretários clínicos e/ou os enfermeiros de família, a fim de assegurar que o investigador não influenciasse a adesão à investigação. Foi explicado a cada participante o objetivo da investigação e apresentado o instrumento de recolha de dados, e foi garantida a confidencialidade dos mesmos e o seu anonimato.

Posto isto, foi pedido a cada mãe o seu consentimento informado, livre e esclarecido para a participação no estudo.

Após a aceitação das mães em participar, de forma esclarecida e voluntária, foi-lhes solicitada a assinatura do Consentimento Informado, de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo (Apêndice B), tendo-lhes sido fornecida uma cópia do mesmo com o contacto da investigadora e a explicação do estudo. Todos os questionários foram identificados com um código alfanumérico, que não permitisse a identificação dos respondentes.

## **5.5 Tratamento dos dados**

O tratamento de dados teve em consideração os objetivos e o tipo de estudo.

Após a obtenção dos questionários, os dados foram introduzidos e codificados em base de dados informática.

Para a descrição dos dados foram utilizadas frequências absolutas ( $n$ ) e relativas (%) na análise de variáveis qualitativas, e mínimo, máximo, média ( $M$ ) e desvio padrão ( $DP$ ) nas variáveis quantitativas.

Para a decisão sobre as técnicas de estatística inferencial, em primeiro lugar foi realizada uma análise exploratória de dados, para as variáveis quantitativas, com vista a verificar se estas apresentavam uma distribuição normal, pressuposto que está subjacente à utilização de estatística paramétrica. Esta análise teve por base os valores de assimetria e curtose, os resultados dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk e a análise gráfica. Verificou-se que as principais variáveis em estudo, o IMC percentilado da criança e fatores e total do QAI não apresentavam distribuição normal, pelo que se optou pela utilização de estatística não paramétrica nas análises destas variáveis.

Para comparar dois grupos da variável independente em relação a uma variável dependente quantitativa, foi utilizado o teste de U Mann-Whitney. Para comparar três ou

mais grupos da variável independente em relação a uma variável dependente quantitativa foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Perante diferenças estatisticamente significativas, este teste foi seguido por testes de Mann-Whitney, com correção Bonferroni, para averiguar os grupos que apresentavam diferenças entre si. Como medida descritiva para estes testes, são reportadas as Ordenações Médias.

Para analisar a relação entre duas variáveis quantitativas, pelo menos uma sem distribuição normal, ou para analisar a relação entre uma variável quantitativa e uma variável ordinal, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman ( $r_s$ ).

Utilizaram-se os coeficientes de correlação defendidos por Pestana e Gageiro (2005).

Assumiu-se um nível de significância de 5% e recorreu-se ao *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*<sup>®</sup>, versão 24.0 para o tratamento dos dados.

## CAPÍTULO VI – RESULTADOS

---

Neste capítulo, pretende-se explicar os resultados obtidos, tendo por base a informação recolhida. Por conseguinte, em termos organizacionais, foi dividido em cinco secções, que visam dar resposta aos objetivos do estudo, a saber:

- Caracterização sociodemográfica, clínica e de estilos de vida, e dos dados antropométricos das crianças e das mães;
- Nível de LS da mãe;
- Associação entre as características sociodemográficas, clínicas e de estilos de vida das crianças e das mães, e o IMC percentilado das crianças;
- Relação entre o nível de LS da mãe e o IMC percentilado das crianças;
- Relação entre o IMC materno e o IMC das crianças.

### ▪ **Caraterização sociodemográfica, clínica, de estilos de vida e antropométrica**

Os resultados referem-se às 94 mães e aos seus filhos, que participaram neste estudo.

No que concerne às crianças (tabela 3) e, relativamente ao sexo, a maioria (54,3%) era do sexo masculino e apresentavam idades compreendidas entre os 56 e os 69 meses, com média de  $62,01 \pm 2,54$  meses, e mediana de 61 meses.

A maior parte das crianças frequentava o Jardim de Infância durante o dia (87,2%), sendo que as restantes (12,8%) ficavam maioritariamente com os avós (62,5%).

Relativamente à idade de ingresso no Jardim de Infância<sup>1</sup>, 62,2% das crianças entraram até aos 12 meses de idade e 21,9% depois dos 36 meses, com média de entrada para o jardim de infância aos  $16,82 \pm 13,39$  meses de idade e mediana de 11,5 meses. A idade mínima de ingresso foi de 4 meses e a máxima de 60 meses.

No que diz respeito à alimentação, 55,3 % das crianças fizeram leite materno exclusivo até aos 6 meses, e a maioria iniciou a alimentação diversificada depois dessa idade (58,1%); aos cinco anos faziam entre 3 e 8 refeições, com média  $5,48 \pm 0,92$  refeições diárias e mediana de 5 refeições.

No que concerne à prática de atividade física, a maior parte das crianças realizava exercício (74,5%), sendo a frequência mais observada uma vez por semana (47,8%), seguido de duas vezes por semana (31,9%). As atividades descritas foram, predominantemente, a natação, a dança, o futebol e a ginástica.

---

<sup>1</sup> Considerou-se Jardim de Infância o ingresso em Estabelecimento de Ensino (incluindo creche antes dos 36 meses)

A maioria não apresentava problemas de saúde (88,3%). Das 11 que apresentavam problemas de saúde, estes eram relativos a Doenças Atópicas e Asma, Diabetes Mellitus tipo I, Estenose Pulmonar, Síndrome Nefrótico e Trombocitopenia

**Tabela 3** – Distribuição das crianças conforme as características sociodemográficas, clínicas e de estilos de vida (n=94).

	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	51	(54,3)
Feminino	43	(45,7)
<b>Frequência jardim de infância</b>		
Sim	82	(87,2)
Não	12	(12,8)
<b>Tipo de leite até aos 6 meses</b>		
Exclusivo	52	(55,3)
Não exclusivo	42	(44,7)
<b>Início de alimentação diversificada</b>		
Antes dos seis meses	39	(41,9)
Depois dos seis meses	54	(58,1)
<b>Prática de atividade física</b>		
Sim	70	(74,5)
Não	24	(25,5)
<b>Frequência de atividade física (n=70)</b>		
1 vez/semana	33	(47,1)
2 vezes/semana	22	(31,4)
Mais de 2 vezes/semana	14	(20,0)
Não responde	1	(1,4)
<b>Problemas de saúde</b>		
Sim	11	(11,7)
Não	83	(88,3)

Para a caracterização antropométrica das crianças, foi monitorizada a estatura (em metros), o peso (em Kg) e calculado o IMC (tabela 4).

Relativamente ao peso, este variou entre 13,6Kg e 29Kg, com média de  $19,59 \pm 3,36$  Kg, e mediana de 19,25 Kg; 25% apresentavam peso inferior a 17,3 Kg e 25% superior a 21,03Kg.

Os valores da estatura das crianças variaram entre 0,91m e 1,25m, com média de  $1,10\pm 0,53$ m e mediana de 1,11m; 25% das crianças apresentavam estatura inferior a 1,07m e 25% superior a 1,14m.

No que diz respeito aos valores de IMC, as crianças apresentaram valores que variaram entre  $12,20\text{Kg/m}^2$  e  $25,49\text{Kg/m}^2$ , com média de  $16,02\pm 0,53$  e mediana de  $15,49\text{Kg/m}^2$ ; 25% das crianças apresentavam valores de IMC inferior a  $14,65\text{Kg/m}^2$  e 25% superior a  $16,64\text{Kg/m}^2$ .

Tendo em consideração os dados desagregados por sexo, o peso dos rapazes variou entre 13,6Kg e 29Kg, com média de  $19,76\pm 3,09$ Kg e mediana de 19,3Kg. Relativamente à estatura, os valores variaram entre o 1,01m e 1,21m, com média de  $1,11\pm 0,05$ m e mediana 1,11m. No que concerne ao IMC a variação foi entre  $12,2\text{Kg/m}^2$  e  $24,03\text{Kg/m}^2$ , com média de  $16,04\pm 2,32\text{Kg/m}^2$  e mediana  $15,70\text{Kg/m}^2$ .

No que se refere às raparigas o peso variou entre 13,7Kg e 28Kg, com média de  $19,39\pm 3,68$ Kg e mediana de 19,0Kg. A estatura variou entre o 0,91m e 1,25m, com média de  $1,10\pm 0,06$ m e mediana 1,11m. No que concerne ao IMC a variação foi entre  $12,43\text{Kg/m}^2$  e  $25,49\text{Kg/m}^2$ , com média de  $16,00\pm 2,35\text{Kg/m}^2$  e mediana  $15,23\text{Kg/m}^2$ .

O IMC percentilado apresentou uma média de  $54,61\pm 31,38$ , com mediana de 57. Na desagregação por sexos, nos rapazes a média foi de  $53,63\pm 32,85$  e a mediana de 59, e nas raparigas a média foi de  $55,77\pm 29,89$ , com mediana de 53.

**Tabela 4** – Distribuição das medidas antropométricas conforme o sexo (n=94)

	Sexo	n	Mín.	Máx.	Média±desvio padrão	Perc 25	Mediana	Perc 75
<b>Peso (Kg)</b>	Feminino	43	13,70	28,00	$19,39\pm 3,68$	16,30	19,00	20,30
	Masculino	51	13,60	29,00	$19,76\pm 3,09$	17,60	19,30	21,50
	Total	94	13,60	29,00	$19,59\pm 3,36$	17,30	19,25	21,03
<b>Estatura (m)</b>	Feminino	43	0,91	1,25	$1,10\pm 0,06$	1,05	1,11	1,13
	Masculino	51	1,01	1,21	$1,11\pm 0,05$	1,08	1,11	1,14
	Total	94	0,91	1,25	$1,10\pm 0,53$	1,07	1,11	1,14
<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>	Feminino	43	12,43	25,49	$16,00\pm 2,35$	14,51	15,23	16,66
	Masculino	51	12,20	24,03	$16,04\pm 2,32$	14,65	15,70	16,64
	Total	94	12,20	25,49	$16,02\pm 0,53$	14,65	15,49	16,64
<b>IMC (Percentil)</b>	Feminino	43	0,00	100,00	$55,77\pm 29,89$	30,00	53,00	83,00
	Masculino	51	0,00	100,00	$53,63\pm 32,85$	25,00	59,00	82,00
	Total	94	0,00	100,00	$54,61\pm 31,38$	0,00	57,00	82,25

A classificação do estado nutricional das crianças foi estabelecida, tendo em conta as curvas de crescimento da WHO (2006). No que diz respeito ao IMC percentilado, observou-se que 71,3% das crianças apresentavam eutrofia, 6,4% baixo peso e 22,3% apresentavam sobrepeso, com valores de 10,6% de excesso de peso e 11,7% de obesidade (tabela 5).

Na desagregação por sexos, pode-se observar que, no sexo feminino, 23,3% das crianças apresentavam excesso de peso e obesidade, enquanto que no sexo masculino a percentagem de sobrepeso foi de 21,5%. No entanto, constatou-se que no sexo feminino estas crianças apresentavam maior prevalência de excesso de peso (14%) em detrimento da obesidade (9,3%), contrariamente ao sexo masculino em que a maior prevalência foi de obesidade (13,7%) em relação ao excesso de peso (7,8%).

Observou-se um maior número de rapazes com baixo peso (9,8%) em relação às raparigas (2,3%).

**Tabela 5** – Distribuição das crianças, conforme o IMC (n=94)

Classificação IMC da Criança	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	N	%	n	%
Baixo peso	1	2,3	5	9,8	6	6,4
Eutrofia	32	74,4	35	68,6	67	71,3
Excesso de peso	6	14,0	4	7,8	10	10,6
Obesidade	4	9,3	7	13,7	11	11,7
<b>TOTAL</b>	43	100	51	100	94	100

Os resultados referentes às mães em estudo (tabela 6) revelaram que estas tinham idades compreendidas entre os 25 e os 48 anos, com média de  $36,71 \pm 4,83$  anos e mediana 37 anos.

Relativamente ao nível de escolaridade, 18,1% das mães não tinha a escolaridade mínima obrigatória ao momento, 33% concluiu o ensino secundário e 49,9% tinha estudos superiores.

No que diz respeito ao rendimento do agregado familiar, a maioria auferia entre dois a seis ordenados mínimos mensais, salientando que existia agregados com rendimento mensal igual ou inferior a um ordenado mínimo (16%).

Quando questionadas sobre problemas de saúde, a maioria das mães referiu não ser portadora de nenhuma doença crónica (66,7%), pese embora cerca de um terço referiu que sim (33,3%). As patologias referidas, por ordem decrescente, foram a depressão e o stress, a hipertensão, o hipotiroidismo, as alergias e a asma.

**Tabela 6** – Distribuição das mães conforme as características sociodemográficas e clínicas (n=94)

	Medidas descritivas	
	n	%
<b>Escolaridade</b>		
1º ciclo ensino básico	3	3,2
2º ciclo ensino básico	6	6,4
3º ciclo ensino básico	8	8,5
Ensino Secundário	31	33,0
Ensino Superior	27	28,7
Pós-licenciatura/mestrado/doutoramento	19	20,2
<b>Rendimento líquido agregado familiar</b>		
1 ou menos ordenado mínimo	15	16,0
2 ordenados mínimos	29	30,9
Entre 2 e 6 ordenados mínimos	48	51,1
Mais de 6 ordenados mínimos	2	2,1
<b>Problemas de saúde</b>		
Sim	31	33,0
Não	62	66,0
Não responde	1	1,1

No que diz respeito à classificação nutricional das mães (tabela 7), observou-se que tanto antes da gravidez como atualmente, a maioria das mães apresentava eutrofia (69,1% e 61,7%, respetivamente), pese embora essa proporção tenha diminuído após a gravidez. Contrariamente, a percentagem de mães com sobrepeso aumentou de 27,6% antes da gravidez para 36,2% após.

Durante a gravidez, a maioria das mães teve um aumento de peso entre 9 e 12Kg (40,4%), e 24,5% aumentou mais de 12 Kg. As restantes aumentaram até 9 Kg.

**Tabela 7** – Distribuição das medidas antropométricas das mães (n=94)

	Medidas descritivas	
	n	%
<b>Classificação do IMC antes de engravidar</b>		
Baixo Peso	3	3,2
Eutrofia	65	69,1
Excesso de Peso	19	20,2
Obesidade	7	7,4
<b>Classificação IMC atualmente</b>		
Baixo Peso	2	2,1
Eutrofia	58	61,7
Excesso de Peso	19	20,2
Obesidade	15	16,0
<b>Aumento de peso na gravidez</b>		
Até 9 kg	33	35,1
9-12 kg	38	40,4
Mais de 12 kg	23	24,5

- **Nível de LS da mãe**

No que diz respeito à responsabilidade pelas compras, a maioria das mães (70,2%) referiu ser a responsável por todas as compras para o agregado familiar, 25,5% referiu ser responsável por algumas compras e apenas 4,3% assumiu fazer poucas compras.

A maioria das mães afirmou ter o hábito de ler os rótulos das embalagens de alimentos (46,8%), seguindo-se das que afirmaram que liam às vezes (41,5%), havendo 17,7% que referiram nunca ler.

O nível de LS foi avaliado através do QAI (tabela 8). O Score total variou entre 17,0 e 55, com média de  $45,5 \pm 7,9$  e mediana de 48.

O fator Alimentação e saúde apresentou um valor médio de  $19,5 \pm 3,3$ , sendo o valor mínimo de 7,0 e máximo de 22,0.

Relativamente ao fator Regras Alimentares, o valor mínimo encontrado foi de 3,0 e o máximo de 13,0 com média de  $11,6 \pm 1,9$ .

O fator Crenças Alimentares familiares apresentou um valor médio de  $6,3 \pm 2,0$ , com valores mínimos de 1,0 e máximos de 9,0.

O fator Variedade/diversidade no padrão alimentar apresentou valor mínimo de 2,0 e máximo de 11,0 com média de  $8,1 \pm 2,2$ .

**Tabela 8** – Estatísticas descritivas do QAI (n=94)

	Mín.	Máx.	Média±desvio padrão	Perc 25	Mediana	Perc 75
<b>Score Total</b> QAI	17,0	55,0	45,5±7,9	43,0	48,0	50,0
<b>Fator 1</b> Alimentação e Saúde	7,0	22,0	19,5±3,3	18,0	21,0	22,0
<b>Fator 2</b> Regras Alimentares	3,0	13,0	11,6±1,9	11,0	12,0	13,0
<b>Fator 3</b> Crenças Alimentares Familiars	1,0	9,0	6,3±2,0	5,0	7,0	8,0
<b>Fator 4</b> Variedade e Diversidade no Padrão Alimentar	2,0	11,0	8,1±2,2	7,0	8,0	10,0

Relativamente ao nível global de conhecimentos sobre alimentação infantil, verificou-se que 43,6% das mães apresentavam conhecimentos insuficientes, seguida por 34,0% com um nível de conhecimentos bom e 22,3% com conhecimentos suficientes (tabela 9).

**Tabela 9** - Nível global de conhecimentos das mães sobre alimentação infantil (QAI) (n=94)

Nível de Conhecimento	Medidas descritivas	
	n	%
Conhecimento insuficiente	41	43,6
Conhecimento suficiente	21	22,3
Conhecimento bom	32	34,0
<b>Total</b>	94	100,0

▪ **Caraterísticas sociodemográficas, cónicas e de estilos de vida da criança e maternas e IMC da criança**

De modo a perceber se a condição de saúde poderia condicionar o IMC, foram analisadas as diferenças ao nível do IMC, em função da existência de problemas de saúde, tanto no caso da mãe como no da criança.

Como pode verificar-se na tabela 10, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível do IMC da mãe, antes de engravidar ( $p=0,754$ ) e atual ( $p=0,563$ ), em função da existência de problemas de saúde.

**Tabela 10** - Diferenças no IMC materno, antes e após a gravidez, em função da existência de problemas de saúde

	Com problemas de	Sem problemas de	Estatística de Teste
	saúde (n=31)	saúde (n=62)	
	Ordenação Média	Ordenação Média	
IMC antes da gravidez	45,76	47,62	$U = 922,50, p = 0,754$
IMC atual	49,29	45,85	$U = 890,00, p = 0,563$

Da mesma forma, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível do IMC da criança, em função da existência de problemas de saúde ( $p=0,114$ ), (tabela 11).

**Tabela 11** - Diferenças no IMC da criança em função da existência de problemas de saúde

	Com problemas de	Sem problemas de	Estatística de Teste
	saúde (n=31)	saúde (n=62)	
	Ordenação Média	Ordenação Média	
IMC da criança	35,55	49,08	$U = 325,00, p = 0,112$

Para a análise das diferenças do IMC da criança em relação às suas caraterísticas sociodemográficas e de estilos de vida, considerou-se o sexo, o tipo de aleitação até aos 6 meses, início da alimentação diversificada, frequência do jardim de infância e prática de atividade física, não se tendo observado diferenças estatisticamente significativas (tabela 12).

**Tabela 12** - Relação entre IMC da criança e variáveis sociodemográficas e de estilos de vida da criança (n=94)

	n	IMC da Criança Ordenação Média	Estatística de Teste
<b>Sexo</b>			
Masculino	51	46,97	$U = 1069,5, p = 0,838$
Feminino	43	48,13	
<b>Tipo de leite até aos 6 meses</b>			
Exclusivo	52	43,36	$U = 876,5, p = 0,101$
Não exclusivo	42	52,63	
<b>Início de alimentação diversificada</b>			
Antes dos seis meses	39	45,92	$U = 1011,0, p = 0,744$
Depois dos seis meses	54	47,78	
<b>Frequência jardim de infância</b>			
Sim	82	45,45	$U = 324,0, p = 0,057$
Não	12	61,50	
<b>Prática de atividade física</b>			
Sim	70	46,49	$U = 769,0, p = 0,538$
Não	24	50,46	

Também da análise da associação entre a idade e o IMC e o número de refeições diárias e o IMC, não se observam associações estatisticamente significativas (tabela 13).

**Tabela 13** - Correlação entre IMC da criança e variáveis sociodemográficas da criança

	IMC da Criança	Estatística de Teste
Idade	-	$r_s = 0,11, p = 0,295$
Número de refeições por dia	-	$r_s = -0,15, p = 0,156$

No que diz respeito à relação entre variáveis sociodemográficas da mãe e IMC da criança (tabela 14), não se observou associação com a idade, com o aumento de peso durante a gravidez, ou com o rendimento do agregado. Observou-se associação com a escolaridade, tratando-se de uma correlação baixa e negativa ( $r_s = -0,333, p = 0,001$ ).

**Tabela 14** - Relação entre IMC da criança e variáveis sociodemográficas maternas

	IMC criança	Estatística de Teste
Idade	---	$r_s = -0,007, p = 0,950$
Escolaridade	---	$r_s = -0,333, p = 0,001^*$
Rendimento líquido agregado familiar	---	$r_s = 0,043, p = 0,681$
Aumento de peso gravidez	---	$r_s = 0,063, p = 0,544$

\*Nível de significância &lt; 0,05

- **Nível de LS da mãe e o IMC**

Através do teste de Kruskal-Wallis, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no IMC da criança em função do hábito da mãe para ler os rótulos das embalagens de alimentos,  $X^2(2) = 10,98, p = 0,004$  (tabela15).

**Tabela 15** – Relação entre IMC da criança e o hábito da leitura dos rótulos pela mãe

	IMC da Criança	Estatística de Teste
	Ordenação Média	
Leitura de rótulos		
Sim ( $n = 44$ )	41,07	$X^2(2) = 10,98, p = 0,004^*$
Não ( $n = 11$ )	71,50	
Às vezes ( $n = 39$ )	47,99	

Foram realizados três testes de Mann-Whitney com correção Bonferroni, que revelaram que crianças cujas mães referiram não ler os rótulos apresentaram um percentil de IMC significativamente superior, quando comparadas com crianças cujas mães afirmaram ler os rótulos,  $U = 85,50, p = 0,001$ , e com as crianças cujas mães afirmaram ler os rótulos às vezes,  $U = 107,00, p = 0,012$  (tabela 16).

**Tabela 16** – Relação entre IMC da criança e o hábito da leitura dos rótulos pela mãe, por grupos

	IMC da Criança	Estatística de Teste
Leitura de rótulos		
Sim vs Às vezes	---	$U = 731,50, p = 0,248$
Não vs Sim	---	$U = 85,50, p = 0,001^*$
Não vs Às vezes	---	$U = 107,00, p = 0,012^*$

\*Nível de significância &lt; 0,05

No que diz respeito à relação entre o nível de LS da mãe e o IMC da criança (tabela 17), não se observaram correlações significativas para o fator Alimentação e Saúde, para o fator Regras Alimentares e para o QAI total. Observou-se correlação estatisticamente significativa, baixa, negativa entre o fator Variedade/diversidade no Padrão Alimentar e o IMC da criança, ( $r_s = -0,226, p = 0,028$ ). Observou-se ainda uma correlação *bordline*, negativa e baixa, entre o fator Crenças Alimentares Familiares e o IMC da Criança ( $r_s = -0,203, p = 0,050$ ).

**Tabela 17** - Relação entre o nível de LS da mãe e o IMC da criança

	Estatística de Teste
QAI Total	$r_s = -0,181, p = 0,810$
Alimentação e saúde	$r_s = -0,123, p = 0,239$
Regras alimentares	$r_s = -0,161, p = 0,121$
Crenças alimentares familiares	$r_s = -0,203, p = 0,050$
Variedade/diversidade no Padrão Alimentar	$r_s = -0,226, p = 0,028^*$

\*Nível de significância &lt; 0,05

▪ **IMC materno e o IMC das crianças**

Foram encontradas correlações estatisticamente significativas, baixas e positivas entre o IMC materno antes da gravidez e o IMC da criança ( $r_s = 0,291, p = 0,004$ ), e entre o IMC atual da mãe e o IMC da criança, ( $r_s = 0,331, p = 0,001$ ) (tabela 18).

**Tabela 18** - Relação entre o IMC materno e o IMC da criança

	<b>IMC criança</b>	<b>Estatística de Teste</b>
IMC antes da gravidez	---	$r_s = 0,291, p = 0,004^*$
IMC atual	---	$r_s = 0,331, p = 0,001^*$

**\*Nível de significância < 0,05**

## **CAPÍTULO VII – DISCUSSÃO**

---

A primeira infância é um período de rápido desenvolvimento físico e cognitivo e um período durante o qual são formados os hábitos das crianças, e os estilos de vida familiares mais suscetíveis de mudanças e alterações (WHO, 2019).

A evidência científica comprova que uma intervenção precoce apropriada, relativamente à proteção, ao apoio afetivo, à estimulação sensorial e também à alimentação, predispõe um forte e duradouro impacto no crescimento das crianças, com efeitos positivos na saúde e na riqueza do país (Portugal, 2018).

Atendendo que a principal causa de mortalidade em Portugal são as doenças crónicas, cujo aparecimento e desenvolvimento está relacionado com hábitos alimentares desequilibrados e, por conseguinte, com elevadas prevalências de obesidade (Graça e Gregório, 2015), torna-se imperioso investir numa intervenção precoce, de forma a contrariar estas tendências.

O impacto da obesidade ao nível individual, social e económico é de tal forma significativo que constitui um risco potencial à sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (DGS, 2017).

O Relatório de Saúde Infantil e Juvenil (Portugal, 2018, p.8) sugere “o reforço das estratégias dos programas nacionais existentes e o investimento em políticas integradoras e multisectoriais, tais como a promoção da literacia em saúde em todos os contextos de vida desta população (família, escola e comunidade)” no que refere aos hábitos alimentares, atividade física, obesidade e excesso de peso, entre outros. Por conseguinte, analisar os níveis de LS dos progenitores e a sua relação com o desenvolvimento estado-ponderal das crianças é verdadeiramente importante para a conceção e desenvolvimento de projetos de intervenção direcionados. Nesta investigação apenas foi avaliada a LS da mãe, porque face à literatura, este é um determinante de saúde marcante para os hábitos e o IMC da criança.

Os resultados deste estudo reportam-se a 94 crianças e respetivas mães, inscritos numa USF do ACeS Cávado I.

A população alvo do estudo foram as crianças nascidas em 2013, apresentando ao momento da recolha de dados idades compreendidas entre os 56 e os 69 meses, com média de  $62,01 \pm 2,54$  meses. A maioria das crianças era do sexo masculino (54,3%), confirmando a estatística nacional relativa aos nascimentos no ano de 2013 na região norte. Segundo

dados da Pordata (2019), nesse ano nasceram mais rapazes do que raparigas (51,19% na região Norte e 51,76% na cidade de Braga). A percentagem superior encontrada neste estudo, ainda que pequena, poderá ser justificada pelos saldos migratórios bastante significativos na cidade de Braga. A população residente em Braga está em crescendo, contrariando a tendência nacional (Pordata, 2019).

A maior parte das crianças frequentava o Jardim de Infância durante o dia (87,2%), fruto da oferta de estabelecimentos de ensino pré-escolares na cidade de Braga (n=101), segundo as estatísticas nacionais (*idem, ibidem*).

A taxa de aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida na amostra em estudo foi de 55,3%, superior à média nacional. Segundo os dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS), de 2014 em Portugal Continental, este valor foi de 32,3%, já na altura com tendência positiva, relativamente ao estudo anterior (20,6% em 1995/1996) (Portugal, 2018). A maioria das crianças iniciou a alimentação diversificada depois dos 6 meses de idade (58,1%). A Sociedade Portuguesa de Pediatria (2012, p.18) recomenda iniciar a diversificação alimentar a partir dos 5 - 6 meses de vida tendo em consideração “os aspectos nutricionais e de desenvolvimento do lactente de modo a suprir adequadamente em nutrientes o lactente e a permitir uma transição entre a alimentação láctea exclusiva e a alimentação familiar”.

Na perspetiva de Gonçalves, Ferreira e Esteves (2013) para uma alimentação saudável na segunda infância, é necessário estabelecer-se o hábito de fazer cinco a seis refeições por dia, dados estes que foram encontrados na amostra em estudo. As crianças estudadas, aos cinco anos, faziam em média  $5,48 \pm 0,92$  refeições diárias. Tão ou mais importante que o número de refeições diárias é o conteúdo dessas mesmas refeições, que neste estudo não foi alvo de investigação.

No que concerne à prática de atividade física, a maior parte das crianças realizava exercício físico (74,5%), pese embora, a maioria apenas praticasse uma vez por semana (47,8%), contrariando os resultados do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física de 2015-2016. Este relatório refere que o grupo etário dos 3 aos 9 anos apresentou a prevalência mais elevada (61,0%) de atividade física desportiva e/ou de lazer programada, com caráter ‘regular’ (Lopes [et al.], 2017). O exercício físico é um fator determinante no dispêndio de energia sendo essencial para o balanço energético e para o controle de peso.

Quando indagadas as mães relativamente a problemas de saúde das crianças, 11,7% mencionaram que os seus filhos apresentavam diagnóstico de doença, sendo que destes

valores, 5,3% correspondem a alergias e asma. De realçar que nenhuma mãe identificou o excesso de peso ou obesidade como um problema de saúde. Este dado parece-nos pertinente já que isto poderá indicar dificuldade de perceção das mães relativamente à silhueta dos filhos e/ou, ausência de reconhecimento do excesso de peso como um problema de saúde.

A classificação do estado nutricional das crianças foi estabelecida, tendo em conta as curvas de crescimento da WHO (2006). Este estudo demonstrou que a maioria das crianças se apresentava normo-ponderal (71,3%), havendo 6,4% com baixo peso e 22,3% apresentavam sobrepeso com valores de 10,6% de excesso de peso e 11,7% de obesidade. Contrariamente ao encontrado na revisão da literatura, esta amostra apresenta valores mais baixos de IMC percentilado. Vários estudos em que se investigou a prevalência de excesso de peso/obesidade em idade pré-escolar e realizados em Portugal, apontam valores entre 30,6 e 52% (Viveiro e Moleiro, 2016; Leiras, 2015; Camarinha [et al.], 2015; Lourenço [et al.], 2015; Soqueiro, 2013; Pronto, 2013; Pereira e Lopes, 2012; Aparício [et al.], 2011; Padez [et al.], 2004).

De acordo com Graça e Gregório (2015), em Portugal, as crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 5 anos apresentam excesso de peso e obesidade, com valores de 36,2% para o sexo masculino e 34,8% para o sexo feminino.

Os dados do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física 2015-2016 evidenciam que no grupo etário dos 5 aos 9 anos a prevalência de excesso de peso, incluindo obesidade era 38,1%, (Lopes [et al.], 2017), muito acima do deparado no presente estudo.

A verdade é que nos “últimos 8 anos, o estudo COSI Portugal (2008 a 2016) tem vindo a mostrar uma diminuição da prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil” (Portugal, 2018, p.47). Esta inversão da tendência crescente para o excesso de peso e obesidade é animadora e parece ser evidência disso mesmo os resultados aqui encontrados, muito provavelmente à custa de estratégias implementadas e programas de informação e capacitação dos indivíduos, famílias e comunidades.

No entanto, a taxa de obesidade é maior que a do excesso de peso, o que é contrariado por várias investigações (Portugal, 2017; Lopes [et al.], 2017; Viveiro e Moleiro, 2016; Lourenço [et al.], 2015; Camarinha [et al.], 2015; Leiras, 2015; Soqueiro, 2013; Pronto, 2013; Pereira e Lopes, 2012; Aparício [et al.], 2011 e Padez [et al.], 2004).

Nos resultados encontrados, verificou-se que o sexo feminino apresenta maior percentagem de crianças com excesso de peso e obesidade (23,3%) comparativamente com o sexo masculino (21,5%), dados estes corroborados nos estudos de Pronto (2013) e Padez

[et al.], (2004). O facto de os rapazes serem, *à priori*, fisicamente mais ativos, poderá justificar estes resultados. Viviero, Brito e Moleiro (2016) apresentam valores contrários. No entanto, as raparigas apresentavam maior prevalência de excesso de peso (14%) em detrimento da obesidade (9,3%), contrariamente aos rapazes em que a maior prevalência é de obesidade (13,7%) em relação ao excesso de peso (7,8%). Estes dados são corroborados pela International Association for the Study of Obesity (2013) que aponta o sexo feminino como tendo maior prevalência de excesso de peso. Um estudo realizado por Leiras (2015) no concelho de Barcelos revelou a mesma tendência, ou seja, maior excesso de peso no sexo feminino. O mesmo estudo de Leiras (2015) corrobora os dados de maior prevalência de obesidade nos rapazes, contrariando os resultados obtidos por Costa (2012) e Duarte (2011).

Verificou-se uma maior percentagem de rapazes com baixo peso (9,8%) em relação às raparigas (2,3%).

Os resultados relativos às mães revelaram que estas tinham idades compreendidas entre os 25 e os 48 anos, com média de  $36,71 \pm 4,83$  anos. Os dados da Pordata (2013), revelam que em 2013 a idade média da mãe ao nascimento de um filho, na região norte, era de 31,2 anos de idade. Atendendo que à data da investigação a média de idades maternas era de  $36,71 \pm 4,83$  anos, no momento do nascimento dos seus filhos tinham em média 30,71 anos de idade; relativamente próxima à média da região norte.

Relativamente ao nível de escolaridade, 18,1% das mães não tinha a escolaridade mínima obrigatória ao momento (ensino secundário), 33% concluiu o ensino secundário e 49,9% tinha estudos superiores. Assim, depreende-se que a amostra em estudo apresenta uma taxa de alfabetização muito alta, comparativamente à população geral das mulheres portuguesas. Segundo dados da Pordata (2018), ao nível escolaridade das mulheres em Portugal Continental, 9,2% não tinham qualquer grau de escolaridade, 48,2% concluíram o ensino básico, 21% o ensino secundário e o nível de estudos superiores foi atingido por 21,7% das mulheres. Este último dado é significativamente mais baixo do que a população em estudo.

A maioria da amostra auferia entre dois a seis ordenados mínimos mensais por agregado familiar, dados estes que vão de encontro à média nacional. De acordo com os dados da Pordata (2017), em 2017 a média mensal de rendimentos por família era de 4,69 ordenados mínimos nacionais. Duarte (2011), Oliveira (2014) e Rito [et al.], (2015) e DGS (2017) concluíram que agregados familiares com menores rendimentos mensais têm maior probabilidade de ter crianças com sobrepeso.

No que diz respeito ao estudo do valor nutricional dos produtos alimentares, a maioria das mães afirmou ter o hábito de ler os rótulos das embalagens de alimentos (46,8%), seguindo-se 41,5% que afirmaram ler “às vezes”, havendo 11,7% das mães não os lê. Num estudo sobre a atitude dos portugueses face à rotulagem alimentar, Gomes [et al.] (2017) concluíram que 59% dos inquiridos revelam ler os rótulos alimentares dos produtos regularmente ou mesmo sempre; as mulheres lêem os rótulos alimentares com maior frequência (61%) do que os homens (52%) e a categoria dos alimentos que mais procuram analisar o rótulo, são os produtos para crianças; os inquiridos com níveis de escolaridade superiores têm maiores níveis de consciência nutricional. No mesmo estudo, os investigadores apontam para uma percentagem de 11,2% dos inquiridos que não fazem a análise da rotulagem alimentar, valores muito semelhantes aos resultados encontrados. O facto de ter uma amostra com altos níveis de escolarização poderá justificar estes resultados, uma vez que pessoas mais escolarizadas apresentam maior capacidade de numeracia e facilidade de interpretação dos rótulos e, como tal, estão mais propensas e consciencializadas para o fazer.

Num estudo para tradução e validação de um instrumento de recolha de dados para avaliação de conhecimentos de análise de rótulos alimentares, levado a cabo por Luís (2010), os resultados foram menos animadores. Segundo o mesmo autor “apenas 46 % dos inquiridos regista entre 4 e 6 respostas corretas, a maioria dos inquiridos apresenta entre 0 a 3 respostas corretas (54%), ou seja, elevada probabilidade de baixa literacia em saúde” (*idem, ibidem*, p.155).

Das características antropométricas maternas salienta-se que tanto antes da gravidez como atualmente, a maioria das mães se apresentava normo-ponderal, pese embora esse valor tenha diminuído após a gravidez de 69,1% (antes) para 61,7% (após). A percentagem de mães com excesso de peso e obesidade aumentou depois da gravidez, para valores de 36,2%, enquanto que antes de engravidarem a percentagem de sobrepeso era de 27,6%.

O estudo EPACI (Rêgo, 2013), com representatividade nacional, indicou que das mães avaliadas, 57,9% se encontrava normo-ponderal, e 37,9% apresentava IMC superior a 25Kg/m<sup>2</sup>, portanto com excesso de peso e obesidade, valores muito semelhantes ao observado neste estudo.

O excesso de peso e obesidade em Portugal é mais prevalente em pessoas de classes socioeconómicas mais baixas, menos instruídas e com estilos de vida mais sedentários (Portugal, 2005), e como tal com menos capacidade de gestão e condução do seu processo

de saúde no âmbito da promoção, nomeadamente na adoção de estilos de vida mais salutareos como a alimentação e padrões de exercício físico (Portugal, 2014).

No que concerne ao nível global de conhecimentos maternos sobre alimentação infantil, verificou-se que a maioria (58,38%) das mães apresentava conhecimentos suficientes e bons, sendo que as restantes 43,62 % apresentam conhecimentos insuficientes. Estes resultados revelam níveis de LS inferiores ao encontrados por Pinto (2016), que utilizando o mesmo instrumento, avaliou o conhecimento sobre alimentação infantil a 114 progenitores em Viseu e constatou que 43,9% dos inquiridos apresentava conhecimentos suficientes, 30,7% conhecimentos bons e 25,4% conhecimentos insuficientes.

O relatório Nacional sobre LS em Portugal apresenta valores idênticos a amostra em análise, revelando que 11% da população apresenta níveis inadequados e 38% níveis problemático, ou seja 49% dos respondentes com níveis de literacia insuficientes. Apenas 8,6% dos inquiridos apresentavam níveis excelentes de literacia e 42,4% níveis suficientes (Espanha, Ávila e Mendes, 2016).

Kaul (2018) e Arenz [et al.], (2004) afirmaram que o aleitamento materno foi um fator protetor no desenvolvimento do excesso de peso infantil, pese embora neste estudo não se encontraram diferenças estatisticamente significativas apesar de a prevalência de aleitamento materno na amostra ser superior à média nacional. Estes dados são corroborados por Gomes [et al.], (2010). Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis sexo, número de refeições diárias, frequência do Jardim de Infância, existência de problemas de saúde e o rendimento mensal do agregado e, o IMC das crianças.

Similarmente, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as crianças que praticavam ou não atividade física e o IMC. Os estudos de Hernandez Valentini (2010) e Gomes [et al.], (2010) também não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre a prática de exercício e o percentil das crianças.

De acordo com Nunes (2008), o estilo de vida sedentário contribui para o aumento da obesidade em idade pediátrica e na idade adulta. No entanto, neste estudo, apenas foram descritas pelas mães atividades físicas organizadas como a natação, dança, futebol, entre outros. Não foi descrita nenhuma atividade como brincar, correr, andar de bicicleta (...) pelo que, os resultados poderiam ter sido diferentes. O contexto de vida das famílias, como a residência em ambiente rural ou apartamento (cidade) pode também condicionar estas

vivências e a prática de exercício físico não estruturado, pese embora não tenha sido questionado nesta investigação.

Similarmente a outros estudos na área da obesidade infantil, foi encontrada uma correlação baixa, negativa e estatisticamente significativa entre a escolaridade da mãe e o IMC da criança, evidenciando que um nível de escolaridade materna superior está associado com um IMC mais baixo da criança (Rito [et al.], 2015; Nunes, 2008 e Patrick e Nicklas, 2005). Mulheres com níveis mais elevados de escolaridade apresentam maior sensibilidade para as questões nutricionais e para a promoção de estilos de vida saudáveis.

Luís (2010) defende que existe uma correlação estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade e o nível de LS. Ora, atendendo que a maioria das inquiridas neste estudo apresenta níveis de escolaridade superiores (48,8%), eram expectáveis outros resultados no que aos conhecimentos sobre alimentação infantil diz respeito.

No entanto, estes conhecimentos avaliados nas mães parecem não afetar o estado nutricional das crianças, uma vez que não existe correlação estatisticamente significativa entre o score total do QAI e o IMC percentilado das crianças. Um estudo levado a cabo por Pinto (2016) com recurso ao mesmo instrumento de recolha de dados, verificou que existe relação entre os níveis de LS da mãe e o IMC das crianças, mostrando que níveis mais altos de conhecimentos traduzem estados ponderais mais baixos nas crianças. Todavia, apesar de não se verificar associação entre o score total do QAI e o IMC das crianças, verificou-se correlação estatisticamente significativa, baixa e negativa entre o fator Variedade/Diversidade no Padrão Alimentar e o IMC da Criança e uma correlação *bordline*, negativa e baixa entre o fator Crenças familiares e o IMC da Criança. Assim, depreende-se que os conhecimentos decorrentes da cultura ou da incorreta promoção alimentar, assim como os conhecimentos sobre o valor nutricional dos alimentos e da inclusão na dieta de alimentos dos vários grupos alimentares e variedade dentro do mesmo grupo, influenciam diretamente o IMC das crianças. Fica demonstrado neste estudo que as crianças necessitam de uma alimentação variada e diversificada e que a cultura e crenças familiares devem ser alvo de intervenção dos enfermeiros no âmbito da assistência às crianças e famílias. Deste modo, aquando da avaliação do desenvolvimento infantil é necessário reportar à teoria bioecológica de Bronfenbrenner, lembrando que o indivíduo deve ser entendido como parte integrante do ambiente e do contexto em que está inserido.

Neste estudo, também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no IMC da criança em função do hábito da mãe para ler os rótulos das embalagens de

alimentos. As crianças cujas mães afirmaram ler os rótulos e cujas mães disseram ler os rótulos às vezes apresentaram um percentil de IMC significativamente inferior em relação às crianças cujas mães não leem os rótulos. Huizinga [et al.], (2009) defendem que baixa literacia e numeracia estão associadas a maiores dificuldades em ler rótulos e porções e a um IMC mais elevado. Portanto, mães que apresentam preocupação em ler os rótulos dos produtos alimentares, tendem a fazer escolhas mais saudáveis e, por conseguinte, influenciam positivamente o IMC dos seus filhos. Logo, esta competência parece ser extremamente influenciadora do estado-ponderal das crianças e por consequência deve ser alvo da intervenção dos enfermeiros no âmbito da promoção da saúde e do *Empowerment* dos pais e crianças.

Vários estudos internacionais apontam a LS dos progenitores como um fator protetor para o desenvolvimento de excesso de peso e obesidade nas crianças (Nakamura [et al.], 2018; Heerman [et al.], 2017; Zoellner [et al.], 2017; Mo [et al.], 2016; Cha e Besse, 2015; Liechty [et al.], 2015; Warschburguer [et al.], 2015; Chari [et al.], 2014 e Po'e [et al.], 2013).

Existe associação baixa, positiva e estatisticamente significativa entre o IMC da mãe antes de engravidar e o IMC da criança, assim como o IMC materno atual e o IMC da criança. Corroboram esta evidência, pelos seus estudos desenvolvidos, Rodrigues, 2014; Nazareth [et al.], 2014; Cunha [et al.], 2013; Costa, 2012; Gomes [et al.], 2010; Tassara [et al.], 2010; Oliveira [et al.], 2010; Sousa, Lourenço e Carmo, 2008; Padez, 2005; Patrick e Nicklas, 2005; Linné, 2004). Deste modo, parece determinante a influência dos estilos de vida familiares e a história familiar de sobrepeso no desenvolvimento de sobrepeso nas crianças. A teoria da aprendizagem social de Bandura reforça isso mesmo, defendendo que os indivíduos aprendem o comportamento social replicando comportamentos de figuras de referência. Sendo a família o primeiro contexto de socialização e os pais os primeiros modelos de referência é evidente a necessidade de intervenção do profissional de enfermagem no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis no seio da família e ainda antes, na consulta pré-concepcional. De acordo com Tassara [et al.], (2010) e Oliveira [et al.], (2010) os hábitos de vida e estilos familiares são os fatores mais importantes no controlo da obesidade infantil, facto este que parece corroborar esta investigação. De acordo com Sousa, Lourenço e Carmo (2008) o papel dos pais no controlo da obesidade infantil é fundamental, uma vez que os pais representam modelos e podem promover comportamentos que resultem no aumento de peso.

Por conseguinte, tornam-se necessários programas de intervenção dirigidos aos pais, apoiados no Modelo de Parceria de Cuidados de *Anne Casey*, de forma a capacitá-los e a fomentar o aumento dos níveis de LS. De acordo com Nutbeam (2000), o aumento da literacia promove um aumento de informação e desenvolvimento de competências que são essenciais para a empoderamento individual, com melhores outcomes de saúde. Pais capacitados e com acesso e conhecimentos adequados, serão agentes de mudança e parceiros nos cuidados aos seus filhos. Assim, e apoiados no modelo de Saboga-Nunes (2014) para a operacionalização da LS, é essencial que os enfermeiros desenvolvam projetos de intervenção individuais e em grupo, de forma a capacitar os pais e as crianças a aceder a informações de saúde e compreender essa mesma informação, dotá-los de capacidade de mobilizar esses conhecimentos para a sua atividade diária de forma a adotarem estilos de vida mais saudáveis e, por conseguinte, potenciar maiores ganhos em saúde.

Numa amostra representativa de adultos portugueses, constatou-se que a problemática do excesso de peso era muito mais frequente em pessoas com menores níveis de LS (DGS, 2017).

Uma questão que se coloca após estes resultados prende-se com a intervenção de enfermagem no âmbito das consultas de vigilância de saúde infantil. A baixa prevalência de sobrepeso encontrada neste estudo poderá ser resultante do forte investimento na promoção da saúde por parte dos profissionais de enfermagem. Na USF onde se realizou o estudo trabalham seis enfermeiras sendo que das quais três apresentam especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária, uma detém especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica e duas são enfermeiras de Cuidados Gerais. Apesar da promoção da saúde ser uma competência transversal a todos os enfermeiros, a verdade é que os EEESC, pela sensibilidade e competências que detêm no processo de capacitação de grupos e comunidades e na coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, poderão ter sido elementos chave na capacitação deste grupo de famílias e por conseguinte nos resultados obtidos.

Não foi avaliado neste estudo, o seguimento das crianças e o cumprimento das consultas de saúde preconizadas no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, nem o acompanhamento por equipa de saúde escolar, que nos parece ao momento, ser pertinente avaliar, de forma a procurar entender a eficácia das intervenções de enfermagem ao longo do ciclo de vida.

## **LIMITAÇÕES DO ESTUDO E RECOMENDAÇÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES**

---

Sendo a obesidade infantil uma doença multicausal e, por conseguinte, com múltiplas variáveis que a influenciam, torna-se extremamente difícil conseguir envolver todos esses fatores e determinantes num estudo desta índole. Assim, considera-se que teria sido pertinente a inclusão das variáveis relativas ao contexto de vida, nomeadamente o tipo e local de habitação, o tipo de atividade física não programada, o conteúdo das refeições (diário alimentar) e a perceção da mãe sobre o desenvolvimento estado-ponderal dos filhos. Também a análise da realização das consultas de vigilância preconizadas e o acompanhamento por um profissional de enfermagem poderia ter sido uma mais valia nesta investigação. Deste modo, sugere-se estudos posteriores de forma a avaliar a influência dos cuidados de enfermagem no IMC das crianças.

Outra limitação deste estudo prende-se com o número reduzido de participantes e pelo método não probabilístico de seleção da amostra que, sob o ponto de vista estatístico, não permite a possibilidade de generalização dos resultados. Deste modo os resultados apresentados devem ser analisados apenas no contexto e na população em estudo. Ainda assim, o número de respondentes foi inferior ao estimado, sendo que o principal motivo foi a emigração, excluindo à partida vinte crianças. O facto de o instrumento de recolha de dados estar apenas redigido em Português também constituiu uma limitação ao número de crianças e mães com critérios de inclusão para a amostra em estudo, uma vez que na cidade de Braga existe uma vasta multiplicidade de nacionalidades e, como tal, a probabilidade de ter crianças inscritas na USF cujas mães não dominassem a Língua Portuguesa era considerável.

Não pode nem deve ser descartada a possibilidade de respostas com viés de cortesia, uma vez que as mães conheciam de antemão os objetivos do estudo.

Seria interessante, sob o ponto de vista de Saúde Pública, replicar esta investigação em todas as Unidades Funcionais do ACeS Cávado I, de forma a verificar e comparar os resultados. Compromete-se a investigadora a lançar o repto aos órgãos executivos do ACeS.

Um estudo longitudinal com estas crianças, após um projeto de intervenção direcionado à evidência encontrada, constitui também um desafio a considerar no âmbito da influência dos cuidados de enfermagem.

Fica o compromisso de divulgar estes resultados à comunidade científica, estando perspetivada a submissão deste resumo no 23º Congresso Português de Obesidade, a

decorrer dias 22 a 24 de novembro de 2019, organizado pela Sociedade Portuguesa para o estudo da Obesidade.

## CONCLUSÕES

---

Foi objeto de estudo nesta investigação a problemática do excesso de peso e obesidade infantil em crianças de idade pré-escolar, com foco na influência dos níveis maternos de LS.

Assumindo a família como o primeiro e principal contexto de socialização e aprendizagem, esta assume um papel fundamental e preponderante para a adoção de estilos de vida saudáveis (Menezes, Meirellest e Weffort, 2011). A promoção de bons hábitos na infância, implica um trabalho de cooperação com a família, assumindo-os como parceiros no cuidar, potenciando essa interiorização de comportamentos de forma contínua e duradoura (Sousa, 2018). Na idade pré-escolar a família é a principal prestadora de cuidados uma vez que ainda existe grande dependência das crianças em relação aos pais, nomeadamente quanto aos hábitos alimentares.

É premente destacar neste capítulo, os principais resultados encontrados. Assim, da análise efetuada, verificou-se que:

- O estudo teve a participação de 94 crianças e respetivas mães;
- As crianças tinham idades compreendidas entre os 56 e os 69 meses com média de  $62,01 \pm 2,54$  meses, e a idade das mães estava compreendida entre os 25 e os 48 anos, com média de  $36,71 \pm 4,83$  anos;
- Relativamente ao estado ponderal das crianças, de acordo com as curvas de crescimento da WHO (2006), 71,3% das crianças apresentam eutrofia, 6,4% baixo peso e 22,3% sobrepeso, com valores de 10,6% de excesso de peso e 11,7% de obesidade;
- As crianças do sexo feminino apresentavam maior prevalência de excesso de peso (14%) em detrimento da obesidade (9,3%), contrariamente ao sexo masculino em que a maior prevalência é de obesidade (13,7%) em relação ao excesso de peso (7,8%);
- A maioria das mães se apresentava normo-ponderal antes de engravidar (69,1%), pese embora essa percentagem tenha diminuído após a gravidez para 61,7%;
- A prevalência de mães com sobrepeso foi de 36,2%.
- 43,6% das mães apresentavam conhecimentos insuficientes sobre alimentação infantil, seguida por 34,0% de mães com um nível de

conhecimentos bom e 22,3% das mães apresentavam conhecimentos suficientes;

- Não há diferenças estatisticamente significativas entre o IMC percentilado da criança e as suas variáveis sociodemográficas, clínicas e de estilos de vida (sexo, idade, frequência de jardim de infância, prática de atividade física, tipo de leite até aos 6 meses de vida, idade de início de alimentação diversificada e problemas de saúde);
- Não há diferenças estatisticamente significativas entre o IMC percentilado da criança e as variáveis de idade, rendimento e aumento de peso na gravidez, relativas à mãe;
- Há correlação positiva estatisticamente significativa entre o desenvolvimento estado-ponderal das crianças e o IMC materno (antes da gravidez e atualmente);
- Existe correlação negativa estatisticamente significativa entre o IMC da criança e a escolaridade materna; e a leitura dos rótulos alimentares por parte da mãe;
- Não há correlação entre o score total do QAI (nível de conhecimentos da mãe sobre alimentação infantil da mãe) e o IMC das crianças; no entanto verificou-se correlação baixa e negativa entre o fator Variedade e diversidade do padrão alimentar e o desenvolvimento ponderal das crianças e ainda uma correlação *bordline*, negativa e baixa, entre o fator Crenças Alimentares Familiares e o IMC das crianças.

Posto isto, os resultados impõem a necessidade de trabalhar a família como um todo, considerando-a a unidade de cuidados. Ao EEESC, com a visão de Saúde Pública que detém, exige-se um contínuo processo de cuidados em parceria com as crianças e família, com vista ao seu empoderamento individual e coletivo.

E, porque os pais desempenham um papel significativo em influenciar a saúde e o desenvolvimento dos seus filhos, ajudar os pais a desenvolver os seus conhecimentos, habilidades e confiança em relação à criança, à saúde e ao desenvolvimento são considerados uma importante estratégia de saúde pública (Love [et al.], 2018). Por conseguinte, esta metodologia de intervenção aumenta o nível de LS e consequentemente os ganhos em saúde, minimizando os gastos e promovendo a sustentabilidade do SNS.

Na prestação direta de cuidados de saúde às crianças e famílias, o EEESC, e tendo em conta os resultados deste estudo devem ter em consideração os seguintes aspetos:

- A prevenção da obesidade infantil deve iniciar-se ainda antes da consulta pré-concepcional, encorajando todas as mulheres em idade fértil a manter um IMC abaixo de 25Kg/m<sup>2</sup>;
- Na transição para a parentalidade, os indivíduos são mais recetivos à promoção da saúde;
- Fomentar a adoção de estilos de vida saudáveis (alimentação, exercício físico, hábitos de sono, entre outros) no seio familiar;
- Ter especial atenção às famílias menos escolarizadas, de forma a apoiá-las nas opções e na gestão do seu processo de saúde;
- Aproveitar os contactos presenciais para capacitar e estimular a leitura dos rótulos dos produtos alimentares;
- Sensibilizar os indivíduos e famílias a encarar o excesso de peso como um problema de saúde e informá-los sobre as complicações da obesidade;
- O papel do profissional de saúde deve ser de estimular, encorajar, incentivar e não julgar.

Tendo este estudo como finalidade o desenvolvimento de um projeto de intervenção na instituição, parece premente a necessidade de desenvolver na USF, como carteira adicional de serviços, uma consulta de promoção de peso saudável, com acompanhamento feito pelo Enfermeiro, com recurso a promoção de estilos de vida saudáveis e capacitação dos indivíduos para escolhas mais saudáveis, nomeadamente dotá-los de competências para compreenderem o valor nutricional dos alimentos, a leitura dos rótulos dos produtos alimentares e as equivalências nutricionais. Considerando a falta de recursos de nutricionistas nos ACeS, e tendo os enfermeiros competências nessa área, esta consulta seria mais uma oportunidade de capacitação da comunidade permitindo o acesso a mais pessoas.

Portanto, e em jeito de síntese, numa visão estratégica e de Saúde Pública, na abordagem da obesidade infantil **é muito mais importante prevenir do que tratar.**

## **BIBLIOGRAFIA**

ANDRADE, Graça; GOMES, Ana e SOUSA, Joana – **A realidade da obesidade Infantil em Portugal: Epidemiologia, Determinantes e Intervenção: atas do V encontro do CIED**, Lisboa, 2011. ISBN: 978-989-95733-3-8.

APARÍCIO, Graça [et al.] - Conhecimento dos pais sobre alimentação: construção e validação de um questionário de alimentação infantil. **Revista de Enfermagem Referência**. [Em linha]. III:6 (2012) 55-68. [Consultado em 10 jul. 2018]. Disponível na: WWW: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn6/serIIIIn6a06.pdf>.

APARÍCIO, Graça [et al.] - Olhar dos Pais sobre o Estado Nutricional das Crianças Pré-escolares. **Revista Millenium**. Viseu. ISSN: 0873-3015 N° 40 (junho, 2011), p. 99-113.

ARENZ, S. [et al.] - Breast-feeding and childhood obesity—a systematic review. **International Journal of Obesity**. ISSN 1476-5497. Vol. 28 (2004), p.1247-1256.

BANDURA, Albert - Social cognitive theory: An agentic perspective. **Annual Reviews Psychology**. [Em linha]. Stanford: 2001. p.1-26. [Consultado em 5 mar. 2018]. Disponível na: WWW: <URL:<https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura2001ARPr.pdf>

BANDURA, Albert- Social cognitive theory. **In Annals of child development**. [Em linha]. Greenwich: R.Vasta, 1989.p.1-60. [Consultado em 11 Out. 2017]. Disponível na: WWW: <URL:<https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1989ACD.pdf>

BARRETO, Marta [et al.] - **1o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde**. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP), 2016. ISBN 978-989-8794-31-4.

BARROS, Naiana - **Fatores influenciadores no crescimento e desenvolvimento infantil: estudo bibliográfico: 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. [Em linha]. Fortaleza, 2009. [Consultado em 1 Out. 2018]. Disponível na: WWW: [http://www.abeneventos.com.br/anais\\_61cben/files/00194.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00194.pdf)

BENAVENTE, Ana [et al.] - **A Literacia em Portugal: Resultados de uma Pesquisa Extensiva e Monográfica**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Conselho Nacional de Educação, 1996. ISBN 972-31-0713-9.

BENETTI, Idonézia [et al.]- Fundamentos da teoria bioecológica de UrieBronfenbrenner. **Pensando Psicologia**. [Em linha].9:16 (2013) 89-99. [Consultado em 12 abr. 2018]. Disponível na: WWW: <URL:[https://www.researchgate.net/publication/305286752\\_Fundamentos\\_de\\_la\\_teor%C3%ADa\\_bioecologica\\_de\\_Urie\\_Bronfenbrenner](https://www.researchgate.net/publication/305286752_Fundamentos_de_la_teor%C3%ADa_bioecologica_de_Urie_Bronfenbrenner)

BISCAIA, André e HELENO, Liliana - A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. **Ciênc. saúde coletiva**. [Em linha ]. ISSN 1413-8123. Vol. 22, nº3 (2017), p.701-712. [Consultado 26 junho 2019]. Disponível na: www: <URL: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>.

BLACK, Maureen e HURLEY, Kristen - Ajudando as crianças a desenvolver hábitos saudáveis de alimentação. **Enciclopédia sobre o desenvolvimento da primeira infância**. [Em linha]. (2007) 1-8. [Consultado em 11 Out. 2018]. Disponível na: WWW: <URL: <http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/textes-experts/pt-pt/2251/ajudando-as-criancas-a-desenvolver-habitos-saudaveis-de-alimentacao.pdf>

BONITA, R., BEAGLEHOLE, R. e KJELLSTRÖM, T. - **Epidemiologia Básica**, São Paulo, Santos, 2010, ISBN: 978-85-7288839-4.

BUSS, Paulo - **O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais**. [Em linha ]. [Consultado 15 janeiro 2019]. Disponível na: www: <URL: <https://www.ecodebate.com.br/2010/02/12/o-conceito-de-promocao-da-saude-e-os-determinantes-sociais-artigo-de-paulo-m-buss/>.

BUSS, Paulo e FILHO, Alberto - A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Rev. Saúde Coletiva** [Em linha]. Rio de Janeiro, 17:1 (2007) 77-93. [Consultado 5 outubro 2017]. Disponível na: www: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>.

CAMARINHA, Bárbara; RIBEIRO, Fernanda e GRAÇA, Pedro - o papel das autarquias no combate à obesidade infantil. **Acta Portuguesa de Nutrição**. Porto. ISSN 2183-5985. Nº01 (2015), p.6-9.

CANDEIAS, Vanessa [et al.] - **Princípios para uma Alimentação Saudável**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2005. ISBN: 972-675-141-1.

CARDOSO, Bianca - **Viver e comer bem dos 3 aos 5 – caracterização das crianças do jardim de infância da Biquinha**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. Tese de mestrado.

CHA, EunSeok e BESSE, Jennifer - Low parent health literacy is associated with 'obesogenic' infant care behaviours. **Evid Based Nurs.** [Em linha]. 18:2 (2015) 46-47. [Consultado em 11 Out. 2018]. Disponível na: WWW: <URL: 10.1136/eb-2014-101881.

CHARI, Roopa [et al.] - Association between health literacy and child and adolescent Obesity. **Patient Education and Counseling.** [Em linha]. 94 (2014) 61-66. [Consultado em 23 set. 2018]. Disponível na: WWW: <URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399113003595>.

COSTA, Maria - **Obesidade Infantil: Práticas Alimentares e Percepção Materna de Competências.** Aveiro: Universidade de Aveiro, Departamento de Ciências da Saúde, 2012. Tese de doutoramento.

COMISSÃO EUROPEIA - **EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020.** Luxembourg: EC; 2014.

CUNHA, M. [et al.] - **Relationship between maternal and child overweight.** Obesity facts, 2013. ISSN 978-3-318-02451-7

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret - **European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2.** Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2007.

DECRETO-LEI n.º 118/14. **DR I Série.** 149 (2014/08/05) 4069-4071.

DECRETO-LEI n.º 161/96. **DR I Série.** 205 (1996/9/4) 2959-2962.

DECRETO-LEI n.º 28/08. **DR I Série.** 38 (2008/802/22) 1182-1189.

DECRETO-LEI n.º 298/07. **DR I Série.** 161 (2007/08/22) 5587-5596.

DORNELLES, Aline; ANTON, Márcia e PIZZINATO, Adolfo - O papel da sociedade e da família na assistência ao sobrepeso e à obesidade infantil: percepção de trabalhadores da saúde em diferentes níveis de atenção. **Saúde Soc.** [Em linha]. 23:4 (2014) 1275-1287. [Consultado em 7 set. 2017]. Disponível na: WWW: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000400013>

DUARTE, Maria - **Estilos de Vida Familiar e Peso Excessivo na Criança em Idade Pré-Escolar.** Lisboa: Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2011. Tese de doutoramento.

ESPANHA, Rita, ÁVILA, Patrícia e MENDES, Rita – **Literacia em Saúde em Portugal-2015**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2016. ISBN 978-989-8807-30-4.

FALBO, Bruna [et al.] - Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [Em linha]. 65:1 (2012) 148-54. [Consultado em 3 Out. 2018]. Disponível na: WWW: <URL: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100022>>.

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta – **Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar**. Lisboa: Lusociência, 2013. ISBN 978-972-8930-83-7.

FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação**. Loures: Lusodidata, 2009. ISBN: 9789898075175.

FREEDMAN, Darcy [et al.] - Public Health Literacy Defined. **American Journal of Preventive Medicine**. [Em linha]. 36:5 (2009) 446–451. [Consultado em 24 jan. 2018]. Disponível na: WWW: <URL: <http://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.001>.

**GEORGE, Francisco - Sobre Determinantes da Saúde**. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2011. [Consultado 11 outubro 2018]. Disponível na: www: <URL: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx>

GOMES, Sandra [et al.] - **Atitudes dos consumidores portugueses face à rotulagem alimentar**. FCNAUP. [Em linha]. (2017) [Consultado em 5 mai 2018]. Disponível na: WWW: <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2017/10/Apresentação-estudo-Atitudes-Consumidores-Portugueses-face-à-Rotulagem-Nutricional-IPAM.pdf>

GOMES, Susana [et al.] - Obesidade em idade pré-escolar: Cedo Demais Para Pesar Demais! **Acta médica Portuguesa**. [Em linha]. 23 (2010) 371-378. [Consultado em 7 Out. 2017]. Disponível na: WWW: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/644/328>

GONÇALVES, Cristiana [et al.] - **Dúvidas, Problemas e Dificuldades na alimentação do seu filho**. Lisboa: Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2013. ISBN:978-989-8631-01-5.

GOTTLIEB, L. - **O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças: Saúde e Cura para a pessoa e família**. Loures: Lusodidacta, (2016). ISBN 978-989-8075-63-5.

GRAÇA, Luís - Promoção da Saúde: Uma abordagem positiva da saúde. In Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde - **Promoção da Saúde: Da Investigação à Prática**. Lisboa: SPPS Editora, 2015. ISBN 978-989-98855-1-6. P.8-14.

GRAÇA, Pedro e GREGÓRIO, Maria João - **Estratégia para a promoção da alimentação saudável em Portugal. Portugal Saúde em Números**. [Em linha]. nº4 (2015) p.37-41. [Consultado 22 nov 2017]. Disponível na: [www: <URL: http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files\\_mf/1445615271Artigosau\\_deemnu\\_meros.pdf](http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1445615271Artigosau_deemnu_meros.pdf).

HANSON, Shirley M. H. – **Enfermagem de Cuidados de saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-83-5.

HEERMAN, William [et al.] - Parenting Self-Efficacy, Parent Depression, and Healthy Childhood Behaviors in a Low-Income Minority Population: A Cross-Sectional Analysis. **Matern Child Health J**. [Em linha] 21:5 (2017) p.1156-1165. [Consultado 3 mar 2018]. Disponível na: [www: <URL: doi: 10.1007/s10995-016-2214-7](http://www.doi.org/10.1007/s10995-016-2214-7).

HERNANDES, Flávia e VALENTINI, Meire - Obesidade: causas e consequências em crianças e adolescentes. **Conexões: Educação física, Esporte e Saúde**. Maringá. ISSN 1983-9030. Vol. 8, nº3 (2010), p. 47-63.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, Pilar- **Metodologia de Pesquisa**. 3ª Ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006. ISBN 858680493-2.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, Pilar- **Metodologia de Pesquisa**. 3ª Ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006. ISBN 858680493-2.

HUIZINGA, Mary [et al.] - Literacy, Numeracy, and Portion-Size Estimation Skills. **American journal of preventive medicine**. [Em linha]. 36:4 (2009) 324-328. [Consultado em 25 Out. 2018]. Disponível na: [WWW: <URL: https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(08\)01012-X/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(08)01012-X/fulltext).

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - **Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários**. Genebra: ICN, 2008. ISBN 978-972-99646-7-1.

KAUL, Padma [et al.] - Association between maternal diabetes, being large for gestational age and breast-feeding on being overweight or obese in childhood. Germany: **Diabetologia**, 2018. ISSN 1432-0428.

LALONDE, Marc – **A New perspective on the Health of Canadians: a working documents**. Canadá: Government of Canada, 1981. ISBN 0-662-50019-9.

LAVERACK, Glenn – **Promoção de Saúde: Poder e Empoderamento**. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-09-3.

LEIRAS, Elsa - **Comportamento alimentar da criança: a influência materna**. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde, 2015. Tese de mestrado.

LIECHTY, Janet [et al.] - Health literacy and parent attitudes about weight control for children. **Appetite**. [Em linha]. 91 (2015) 200–208. [Consultado em 6 set. 2017]. Disponível na: WWW: <URL: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.04.010>.

LINNÉ, Y. - Effects of obesity on women’s reproduction and complications during pregnancy. **Obesity Reviews**. [Em linha]. 5:3 (2004) 137–143. [Consultado em 21 nov. 2018]. Disponível na: WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15245382>

LOPES, Ana - **Cuidar em Pediatria: a importância da parceria de cuidados entre pais e enfermeiros**. Lisboa: Universidade Católica, Instituto de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem, 2016. Relatório de Estágio para obtenção mestrado.

LOPES, Carla [et al.] - **Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física IAN-AF, 2015-2016**. Porto: Universidade do Porto, 2017.

LOURENÇO, João - Prevalência da obesidade em meio escolar, estudo realizado ao segundo e terceiro ciclo de escolaridade numa escola na cidade de Beja. **Revista de Educación, Motricidad e Investigación. Espanha**. ISSN 2341-1473. Nº5 (2015), p. 61-68.

LOVES, Penelope [et al.] - **Factors Influencing Parental Engagement in an Early Childhood Obesity Prevention Program Implemented at Scale: The Infant Program**. **Nutrients**. [Em linha]. 10:509 (2018) 1-19. [Consultado em 12 fev 2019]. Disponível na: WWW: <URL: <https://www.mdpi.com/2072-6643/10/4/509>.

LUIS, Luís - **Literacia em Saúde e Alimentação Saudável: Os novos produtos e a escolha dos alimentos**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, 2010. Tese de doutoramento.

LUMENG, Julie [et al.] - Prevention of Obesity in Infancy and Early Childhood: A National Institutes of Health Workshop. **JAMA Pediatrics**. [Em linha]. 169:5 (2015) 484-490. [Consultado em 11 Out. 2018]. Disponível na: WWW: <URL: 10.1001/jamapediatrics.2014.3554.

MAROCO, João - **Análise Estatística com utilização do SPSS**. 3ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2010. ISBN 978-972-618-452-2.

MARQUES, Tânia [et al.] - Obesidade infantil – Caraterização de uma população com seguimento hospitalar. **Acta Pediátrica Portuguesa**. [Em linha]. 44:6 (2013) 295-300. [Consultado em 16 dez 2018]. Disponível na: WWW: <https://pdfs.semanticscholar.org/a191/060492e87aaf9e68a4d1df1e224ebcfe0c0f.pdf>

McCARTHY, H. D. [et al.] - **Body fat reference curves for children**. **International Journal of Obesity**. [Em linha] 30:4 (2006) 598-602. [Consultado em 11 Out. 2018]. Disponível na: WWW: <https://www.nature.com/articles/0803232.pdf?draft=collection>

MENEZES, Luciana; MEIRELLEST, Marcelo; WEFFORT, Virgínia - A alimentação na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. **Revista Médica de Minas Gerais**. [Em linha]. Rio de Janeiro, 21:3 (2011) 89-94. [Consultado 9 outubro 2017]. Disponível na: www: <URL: <http://rmmg.org/exportar-pdf/863/v21n3s1a26.pdf>.

MO, Xiuting [et al.] - Do different parenting patterns impact the health and physical growth of ‘left-behind’ preschool-aged children? A cross-sectional study in rural China. **European Journal of Public Health**. [Em linha]. 26:1 (2016) 18–23. [Consultado em 30 mai 2019]. Disponível na: WWW: <URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26538550>.

NAKAMURA, Daisuke [et al.] - Impact of Parents’ Comprehensive Health Literacy on BMI in Children: A Multicenter Cross-Sectional Study in Japan. **Journal of School Health**. [Em linha] 88:12 (2018) 910-916. [Consultado em 30 mai 2019]. Disponível na: WWW: <URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30392184>.

NAZARETH, Margarida [et al.] - Associação entre a composição corporal em crianças até aos 36 meses e a dos progenitores: EPACI Portugal 2012. **Revista Nutricias**. Porto. ISSN 1645-1198. Nº 21 (2014), p.42

NUNES, Susana - **Ressalto adipocitário na Infância e a Predição de Obesidade**. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, 2008. Tese de Mestrado

NUTBEAM, Don - **Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century**. Health Promotion International. [Em linha]. 15:3 (2000) 259-267. [Consultado em 30 mai 2019]. Disponível na: WWW: <URL: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>.

OLIVEIRA, Joana - **Equidade e desigualdades socioeconómicas no excesso de peso e obesidade infantil em Portugal**. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, 2014. Tese de mestrado.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**. Vol. 1, nº3. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010. ISBN 978-989-8444-004

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010

ORDEM DOS ENFERMEIROS-CIPE versão 2015- **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. [Em linha]. Lisboa: Lusodidacta, 2016. ISBN 978-989-8444-35-6

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT/EU - **Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle**. [Em linha]. Paris: OECD Publishing, 2016. [Consultado 24 outubro 2018]. Disponível na: [www:<URL: http://www.silvereco.org/en/wp-content/uploads/2016/12/Health-at-a-Glance\\_EUROPE-2016.pdf](http://www.silvereco.org/en/wp-content/uploads/2016/12/Health-at-a-Glance_EUROPE-2016.pdf)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **9ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud**. [Em linha]. Shangai: WHO, 2016. [Consultado 17 outubro 2017]. Disponível na: [www: <URL: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf?ua=1).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR**. [Em linha]. USSR: WHO, 1978.

[Consultado 6 outubro 2016]. Disponível na: [www: <URL: https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion**. [Em linha]. Ottawa: WHO, 1986. [Consultado 06 outubro 2016]. Disponível na: [www: <URL: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários, Agora mais que nunca**. Lisboa: Alto Comissário da Saúde, 2008. ISBN 978-989-95146-9-0.

PADEZ, C. [et.al.] - Prevalence of Overweight and Obesity in 7–9 – Year-Old Portuguese Children: Trends in Body Mass Index From 1970–2002. **American Journal of Human Biology**. ISSN 1520-6300. Vol. 16, nº6 (2004), p.670–678

PADEZ, Cristina [et al.] - Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. **Acta Pediatric Nurturing the Child**. [Em linha]. 84:11 (2005) 1550-1557. [Consultado em 26 set. 2017]. Disponível na: WWW: <https://doi.org/10.1080/08035250510042924>

PÁDUA, Gelson - **A epistemologia genética de Jean Piaget**. **Revista FACEVV**. [Em linha]. 2 (2009) 22-35.[Consultado em 11 Out. 2018]. Disponível na: WWW: <URL:<https://www.passeidireto.com/arquivo/17309083/a-epistemologia-genetica-de-jean-piaget-gelson-luiz-de-padua?utm-medium=link>

PALUMBO, Rocco - Sustainability of Well-being through Literacy. The Effects of Food Literacy on Sustainability of Well-being. **Agriculture and Agricultural Science Procedia**. [Em linha]. Vol. 8 p. (2016) 99-106. [Consultado em 11 mar 2019]. Disponível na: WWW: <URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210784316300134>.

PAPALIA, Diane e FELDMAN, Ruth- **Experience Human Development**. 12ª ed. New York: The McGraw-Hill Companies, 2012. ISBN 0078035147

PAPALIA, Diane; FELDMAN, Ruth e OLDS, Sally - **Desenvolvimento Humano**. 12ª ed. Artmed Editora, 2006. ISBN 9788536302089.

PATRICK, Heather e NICKLAS, Theresa - A Review of Family and Social Determinants of Children’s Eating Patterns and Diet Quality. **Journal of the American College of**

**Nutrition.** [Em linha]. 24:2 (2005) 83-92. [Consultado em 11 Out. 2018]. Disponível na: WWW: <http://dx.doi.org/10.1080/07315724.2005.10719448>

PEREIRA, Néilson - **Literacia para a Saúde e Automedicação do Adulto na Gripe Sazonal, numa amostra da População em Geral.** Almada: Instituto Piaget, Instituto Superior de Estudos Interculturais e Transdisciplinares de Almada, 2016. Tese de mestrado.

PEREIRA, Paulo e LOPES, Liliana - Obesidade infantil: estudo em crianças num ATL. **Millenium.** [Em linha]. 42 (2012) 105-125. [Consultado em 4 sett. 2017]. Disponível na: WWW: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium42/8.pdf>

PESTANA, Maria e GAGEIRO, João - **Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS.** 4ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2005. ISBN 972-618-391-X.

PEYER, Karissa [et al.] - Factors Associated with Parent Concern for Child Weight and Parenting Behaviors. **Childhood Obesity.** [Em linha]. 11:3 (2015) 269-274. [Consultado em 4 set 2017]. Disponível na: WWW: <https://doi.org/10.1089/chi.2014.0111>.

PIEDROLA GIL - **Medicina Preventiva y Salud Pública.** 12ª ed. Barcelona: Elsevier, 2016. ISBN 978-84-458-2657-7.

PINA, Rosa e LOPES, Maria – Crescimento normal e patológico. In AMARAL, João – **Tratado de Clínica Pediátrica.** Lisboa: Abbott Laboratórios, 2013. ISBN 978-989-96091-3-6.p.111-125.

PINTO, Luísa – **Conhecimento dos pais sobre alimentação infantil: relação com as características sociodemográficas e estado nutricional da criança.** Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, 2016. Tese de mestrado

PO'E, Eli [et al.] - Growing Right Onto Wellness (GROW): A family-centered, community-based obesity prevention randomized controlled trial for preschool child–parent pairs. **Contemporary Clinical Trials.** [Em linha]. 36 (2013) 436–449. [Consultado em 4 set 2019]. Disponível na: WWW: <URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24012890>.

PORDATA - **Base de dados de Portugal Contemporâneo.** [Em linha]. Lisboa: Pordata, 2010. [Consultado 26 junho 2019]. Disponível na: www: <URL: <http://www.pordata.pt>

PORTARIA nº 212/2017. **DR I Série.** 138 (2017/07/19) 3840-3847.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística - **Inquérito Nacional de Saúde 2014.** Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2014. ISBN 978-989-25-0356-1.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção- Geral da Saúde - **Plano Nacional de Saúde 2012/2016: Revisão e Extensão a 2020**. [Em linha]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2015. [Consultado em 11 jun 2017]. Disponível na www: [.http://1nj5ms2lli5hdgbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf](http://1nj5ms2lli5hdgbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf)

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção- Geral da Saúde - **Plano Nacional de Saúde 2012/2016**. [Em linha]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2012. [Consultado em 11 jun 2017]. Disponível na www: <URL: <http://pns.dgs.pt/>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde - **Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil:Actualização das curvas de crescimento. Circular Normativa N.º:05/DSMI de 21/02/06**. Lisboa: DireçãoGeral da Saúde, 2006.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde - **Obesidade: otimização da abordagem terapêutica no Serviço Nacional de Saúde**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde - **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**. Norma da Direção-Geral da Saúde N.º 010/2013 de 31/05/2013. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2013.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde - **Programa Nacional de Combate à Obesidade. Circular Normativa N.º: 03/DGCG de 17/03/05**. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2005.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde - **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Norma da Direção-Geral da Saúde N.º 010/2013 de 31/05/2013**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2013.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde - **Saúde Infantil e Juvenil-Portugal**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2018.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde – **Declaração por uma Vida melhor**. Lisboa: Ministério da Saúde, Direção-Geral de Saúde, 2011.

PRONTO, Diogo - **A influência do Ambiente Físico e do Ambiente Familiar na Atividade Desportiva das crianças, e a sua relação com a Obesidade Infantil: um estudo realizado no Município da Lousã**. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Ciências e Tecnologia, 2013. Tese de mestrado.

RÊGO, Carla – **Estudo do Padrão Alimentar e de Crescimento Infantil: EPACI Portugal 2012**. [Diapositivos]. In Alimentação e crescimento nos primeiros anos de vida: a propósito do EPACI Portugal 2012. Lisboa: [s.n.], 2013. 45 diapositivos

REGULAMENTO n.º 348/15. **DR II Série**. 118 (2015/06/19) 16481-16486.

RELVAS, Ana Paula - **O Ciclo Vital da Família. Perspectiva sistémica**. Porto: Apontamento, 1996. ISBN 972-36-0413-2.

RITO, Ana - **Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2010, Boletim Epidemiológico**. Artigos breves nº3. Lisboa: INSA, I.P., 2012.

RITO, Ana [et al.] – **História familiar de diabetes e outras co-morbilidades em crianças portuguesas com excesso de peso e obesidade: COSI Portugal 2013**, Boletim Epidemiológico. Artigos breves nº2. Lisboa: INSA, I.P., 2016.

RITO, Ana [et al.] – **Is Socioeconomic Status A Risk Factor for Children’s Overweight and Obesity? – Mun-Si Portugal, A Community Based Program**. [Praga: s.n., 2015] (Praga: 22<sup>nd</sup> European Congress of Obesity). 1 cartaz.

RITO, Ana Isabel [et al.] – **Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2016**. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Direção-Geral da Saúde, 2017. ISBN: 978-989-8794-43-7.

RITO, Ana; BRENDA, João e CARMO, Isabel – **Guia para avaliação do Estado Nutricional Infantil e Juvenil**. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Lisboa: INSA, IP, 2011. ISBN 978-972-8643-61-4.

RODRIGUES, Ana - **Prevalência do excesso de peso em idade pré-escolar no concelho da Murtosa: um estudo transversal**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, 2014. Tese de mestrado.

ROSAS, Raquel [et al.] - **FOODLIT-PRO: Developing Food Literacy. PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS**. [Em linha]. ISSN - 2182-8407. Vol. 19, nº1 (2018), p 122-128 [Consultado em 14 abr 2019]. Disponível na: WWW: <URL: <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190117>.

ROSSI, Alessandra; MOREIRA, Emília e RAUEN, Michelle - Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Revista de Nutrição Campinas**. [Em linha]. 21:6 (2008) 739-748. [Consultado em 7 set. 2017]. Disponível na: WWW: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n6/a12v21n6.pdf>

SABOGA-NUNES, Luís, SØRENSEN, Kristine e JUERGEN, **Pelikan - Hermenêutica da Literacia em Saúde e sua Avaliação em Portugal (HLS-EU-PT): VIII Congresso Português de Sociologia**, Évora, 2014.

SABOGA-NUNES, Luís. - Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva. **Revista Referência**. Vol.11 (2014),p. 94-99.

SAVAGE, Jennifer; FISHER, Jennifer, e BIRCH, Leann - Parental Influence on Eating Behavior: Conception to Adolescence. **J Law Med Ethics**. [Em linha]. 35:1 (2007) 22–34. [Consultado em 7 set 2017]. Disponível na: WWW: <URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2531152/pdf/nihms-62783.pdf>

SHARIF, Iman e BLANK, Arthur - Relationship between Child Health Literacy and Body Mass Index in Overweight Children. **NIH Public Access**. [Em linha]. 79:1 (2010) 43-48. [Consultado em 16 ago 2018]. Disponível na: WWW: <URL: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.035>.

SILVA, Janaína - **Concepção materna sobre excesso de peso infantil e o estado nutricional de seus filhos**. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 2013. Tese de doutoramento.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA - Alimentação e nutrição do lactente. **Acta Pediátrica Portuguesa**. 43:5 (2012) p. s18-s40. ISSN 0873-9781.

SOQUEIRO, Maria - **A Perceção dos Pais sobre o Comportamento Alimentar dos Filhos e sua Relação com a Obesidade**. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, 2013. Tese de mestrado.

SØRENSEN, Kristine [et al.] - Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**. [Em linha]. 12:80 (2012) 1-13. [Consultado em 15 jul. 2017]. Disponível na: WWW: <URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>.

SOUSA, Joana; LOUREIRO, Isabel e CARMO, Isabel - A obesidade infantil: um problema emergente. **Saúde & Tecnologia**. Lisboa. ISSN 1646-9704. Nº2 (2008), p.5–15.

SOUSA, Sílvia - **O Papel do Enfermeiro Especialista na Promoção da Alimentação Saudável**. Évora: Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, 2018. Tese de mestrado.

STANEK, K., ABBOT, D. e CRAMER, S. - Diet quality and the eating environment. **Journal American Diet Association** [Em linha]. 90:11 (1990) 1582-1584. [Consultado em 11 Out. 2018].

TASSARA, Valéria [et al.] - Importância do contexto sociofamiliar na abordagem de crianças obesas. **Revista Paulista de Pediatria**. São Paulo. ISSN: 0103-0582. Nº 3 (2010), p. 309-314.

TOMÁS, Catarina; QUEIRÓS, Paulo e FERREIRA, Teresa - Impacto da literacia em saúde nos comportamentos promotores de saúde em gestão de stresse em adolescentes. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. [Em linha]. Esp:2 (2015) 101-106. [Consultado em 11 Out. 2018]. Disponível na: WWW: [https://www.researchgate.net/publication/274704979\\_Impacto\\_da\\_literacia\\_em\\_saude\\_nos\\_comportamentos\\_promotores\\_de\\_saude\\_em\\_gestao\\_de\\_stresse\\_em\\_adolescentes](https://www.researchgate.net/publication/274704979_Impacto_da_literacia_em_saude_nos_comportamentos_promotores_de_saude_em_gestao_de_stresse_em_adolescentes)

TRAVASSOS, Maria - **Promoção da Saúde: Concepções dos Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários**. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2003. Tese de Mestrado.

TRUMAN, E.; LANE, D. e ELLIOTT, C. - Defining food literacy: A scoping review. **Appetite**. nº 116 (2017) 365-371. [Consultado em 15 mar 2019]. Disponível na: WWW: <URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28487244>.

UNIÃO EUROPEIA - **EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020**. [Em linha]. [Consultado em 10 jun. 2019]. Disponível na: WWW: <URL:[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition\\_physical\\_activity/docs/childhoodobesity\\_actionplan\\_2014\\_2020\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf)

UNICEF - **A Convenção sobre os Direitos da Criança**. Assembleia Geral das Nações Unidas.[Em linha]. 1989. [Consultado em 11 Out. 2018]. Disponível na: WWW: [https://www.unicef.pt/media/1206/0-convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](https://www.unicef.pt/media/1206/0-convencao_direitos_crianca2004.pdf).

VALE, Maria – Desenvolvimento e Comportamento. In AMARAL, João – **Tratado de Clínica Pediátrica**. Lisboa: Abbott Laboratórios, 2013. ISBN 978-989-96091-3-6.p.127-169.

VENTURA, Alison [et al.] - Preditores comportamentais, familiares e psicossociais precoces de sobrepeso e obesidade. **Enciclopédia sobre o desenvolvimento da primeira infância**. [Em linha]. (2005) 1-11. [Consultado em 11 Out. 2018]. Disponível na: WWW:

<URL: <http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/textes-experts/pt-pt/2319/preditores-comportamentais-familiares-e-psicossociais-precoces-de-sobrepeso-e-obesidade.pdf>.

VIANA, Victor; SANTOS, Pedro e GUIMARÃES, Maria - Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: uma revisão da literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**. [Em linha]. 9:2 (2008) 209-231. [Consultado em 10 abr. 2018]. Disponível na: WWW: <URL:[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862008000200003&lang=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862008000200003&lang=pt)

VIDGEN, Helen e GALLEGOS, Danielle - Defining food literacy and its componentes. **Appetite**. [Em linha]. 76 (2014) 50-59. [Consultado em 14 jun 2018]. Disponível na: WWW: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.010>.

VIVEIRO, Carolina; BRITO, Sara e MOLEIRO, Pascoal - Sobrepeso e obesidade pediátrica: a realidade portuguesa. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. [Em linha]. 34:1 (2016) 30-37. [Consultado em 11 Out. 2018]. Disponível na: WWW: <URL: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-sobrepeso-e-obesidade-pediatrica-realidade-S0870902515000449>.

WABITSH, MARTIN - Prevenção da obesidade em crianças pequenas. **Enciclopédia sobre o desenvolvimento da primeira infância**. [Em linha]. (2006) 1-11. [Consultado em 10 abr. 2018]. Disponível na: WWW: <URL: <http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/textes-experts/pt-pt/2319/prevencao-da-obesidade-em-criancas-pequenas.pdf>

WARDLE, Jane - Parental influences on children's diets. **Proceedings of the Nutrition Society**. [Em linha]. 54:3 (1995) 747-758. [Consultado em 11 Out. 2018]. Disponível na: WWW: <https://doi.org/10.1079/PNS19950074>.

WARSCHBURGER, P. [et al.] - Prävention kindlicher Adipositas: Was verhindert unterleichtert Eltern den Zugang zu Präventionsangeboten? **Gesundheitswesen**. [Em linha]. 77:1 (2015) S23–S24. [Consultado em 17 mai 2019]. Disponível na: WWW: <URL: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0033-1333713>.

WESTEN, Drew - The Scientific Legacy of Sigmund Freud Toward a Psychodynamically Informed Psychological Science. **Psychological Bulletin**. ISSN 0033-2909. Vol. 124, nº3 (1998), p. 333-371

WHALEY LF, WONG DL - **Enfermagem pediátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989

WINKELSTEIN, M. L. – **Perspectivas da Enfermagem Pediátrica**. In HOCKENBERRY, M.; WILSON, D.; WINKELSTEIN, W. – Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2006. ISBN 85-352-1918-8

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Prioritizing areas for action in the field of population-based prevention of childhood obesity: a set of tools for Member States to determine and identify priority areas for action**. Geneva: World Health Organisation, 2012. ISBN 978 92 4 150327 3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Redução das Desigualdades no período de uma geração: Igualdade na Saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais**. Portugal: World Health Organisation, 2010. ISBN 9789248563706.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) Factsheet. Highlights 2015-17**. [Em linha]. (2018), Copenhagen: [Consultado em 10 jul. 2019]. Disponível na: WWW: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/372426/WH14\\_COSI\\_factsheets\\_v2.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/372426/WH14_COSI_factsheets_v2.pdf?ua=1)

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020. Regional Committee for Europe**. [Em linha]. (2012), Copenhagen: [Consultado em 11 Out. 2018]. Disponível na: WWW: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/253727/64wd14e\\_FoodNutAP\\_140426.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf).

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Guidelines on physical activity, sedentary behavior and sleep for children under 5 years of age**. Geneva: World Health Organization; 2019. ISBN 978-92-4-155053-6

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Health Promotion Glossary**. Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR) Health Education and Health Promotion Unit (HEP). [Em linha]. (1998), Geneva: [Consultado em 14 set 2017]. Disponível na: WWW: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Obesity: preventing and managing the global epidemic - report of a WHO consultation**. WHO Technical Report Series, 894. Geneva: WHO, 2000. ISBN: 92 4 120894 5.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Report of the commission on ending childhood obesity.** Geneva: World Health Organization, 2016. ISBN 978 92 4 151006 6.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-forheight and body mass index-for-age: methods and development.** Geneva: World Health Organisation, 2006. ISBN 92 4 154693 X.

XAVIER, Alessandra e NUNES, Ana - **Psicologia do Desenvolvimento.** 3ªed. [Em linha]. Fortaleza: 2013 [Consultado em 10 Out. 2017]. Disponível na: WWW: <URL:[https://r.search.yahoo.com/\\_ylt=A2KIbMI8ERFdcMUA0w5XNyoA;\\_ylu=X3oDMTByOHZyb21tBGNvbG8DYmYxBHBvcwMxBHZ0aWQDBHNIYwNzcg--/RV=2/RE=1561428477/RO=10/RU=http%3a%2f%2fwww.uece.br%2fcomputacaoead%2findex.php%2fdownloads%2fdoc\\_download%2f2135-psicologia-do-desenvolvimento2013/RK=2/RS=..6Ub38l\\_iaOyhQVkJtI2I2eIIA->](https://r.search.yahoo.com/_ylt=A2KIbMI8ERFdcMUA0w5XNyoA;_ylu=X3oDMTByOHZyb21tBGNvbG8DYmYxBHBvcwMxBHZ0aWQDBHNIYwNzcg--/RV=2/RE=1561428477/RO=10/RU=http%3a%2f%2fwww.uece.br%2fcomputacaoead%2findex.php%2fdownloads%2fdoc_download%2f2135-psicologia-do-desenvolvimento2013/RK=2/RS=..6Ub38l_iaOyhQVkJtI2I2eIIA->)>.

YIN, Shonna [et al.] - Parent Health Literacy and “Obesogenic” Feeding and Physical Activity-related Infant Care Behaviors. **J Pediatr.** [Em linha]. 164:3 (2014) 577–583 [Consultado em 11 Out. 2017]. Disponível na: WWW: <URL: [doi:10.1016/j.jpeds.2013.11.014](https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.11.014)>.

ZOELLNER, Jamie [et al.] - The Influence of Parental Health Literacy Status on Reach, Attendance, Retention, and Outcomes in a Family-Based Childhood Obesity Treatment Program, Virginia, 2013–2015. **Prev Chronic Dis.** [Em linha]. 14:160421 (2017) 1-11. [Consultado em 1 fev 2018]. Disponível na: WWW: <URL: <https://doi.org/10.5888/pcd14.160421>>.

## **APÊNDICE A**

Questionário Sociodemográfico e de caracterização clínica e de estilos de vida

## DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS



### I. DADOS REFERENTES À CRIANÇA

1. **Idade:** \_\_\_\_ (anos) \_\_\_\_ (meses)

2. **Sexo:** Masculino  Feminino

3. **Peso:** \_\_\_\_\_

4. **Altura:** \_\_\_\_\_

5. **Tem algum Problema de Saúde?** Sim  Não

5.1 Se Sim, qual? \_\_\_\_\_

6. **Tipo de Leite até aos 6 meses de vida:** Leite Materno Exclusivo   
Leite Materno + Suplemento Leite Artificial   
Leite Artificial

7. **Início Alimentação Diversificada:** Antes dos 6 meses de Idade   
Depois dos 6 meses de Idade

8. **Frequenta Jardim de Infância?** Sim  Não

8.1 Se Sim, desde que idade? \_\_\_\_\_

8.2 Se Não, com quem fica durante o dia? \_\_\_\_\_

9. **Pratica algum tipo de Atividade Física?** Sim  Não

9.1 Se Sim, qual? \_\_\_\_\_

9.2 Quantas vezes por semana? 1 vez   
2 vezes   
>2 vezes

10. **Quantas refeições faz por dia (incluindo lanches)?** \_\_\_\_\_



## II. DADOS REFERENTES À MÃE

11. Idade: \_\_\_\_\_

12. Peso: \_\_\_\_\_

13. Altura: \_\_\_\_\_

14. Tem algum Problema de Saúde? Sim  Não

14.1. Se Sim, qual? \_\_\_\_\_

15. Peso antes de engravidar: \_\_\_\_\_

16. Aumento de peso na gravidez: até 9Kg   
9Kg – 12Kg   
superior a 12Kg

17. Escolaridade: nenhuma   
1º Ciclo do Ensino Básico   
2º Ciclo do Ensino Básico   
3º Ciclo do Ensino Básico   
Ensino Secundário   
Ensino Superior   
Pós-Licenciatura/Mestrado/Doutoramento

18. Rendimento liquido mensal do agregado familiar (valor aproximado):

equivalente a 1 ou menos ordenado mínimo   
equivalente a 2 ordenados mínimos   
equivalente entre 2 e 6 ordenados mínimos   
equivalente a mais do que 6 ordenados mínimos

19. Costuma ler os rótulos das embalagens de alimentos? Sim   
Não   
Às Vezes

20. No respeito à compra de alimentos, como classifica a sua responsabilidade nessa tarefa:

Responsável por todas as compras de alimentos   
Responsável por algumas compras de alimentos   
Responsável por poucas compras de alimentos   
Não faço compras de alimentos

## **APÊNDICE B**

Consentimento informado



**ANEXO A**

Questionário de avaliação de Conhecimentos dos Pais sobre Alimentação Infantil (QAI)



## AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE ALIMENTAÇÃO INFANTIL

Questionário de avaliação de conhecimento dos pais sobre alimentação infantil (QAI) de Aparício, Cunha, Duarte & Pereira (2012)

		SIM	NÃO
1	A alimentação da criança não precisa de ser variada		
2	Uma alimentação saudável para as crianças inclui 5-7 refeições diárias		
3	Um bom pequeno-almoço favorece o desenvolvimento da inteligência		
4	O intervalo ideal entre as refeições é de cinco horas		
5	O leite e os derivados são a principal fonte de cálcio na alimentação		
6	Uma criança deve comer diariamente 3-5 peças de fruta		
7	É aconselhável que uma criança coma diariamente uma porção de doces ou bolos		
8	As refeições do almoço e jantar devem iniciar-se com sopa rica em hortaliças e legumes		
9	Os produtos lácteos gordos são mais recomendados para a criança		
10	Para uma criança é suficiente ingerir diariamente 1 copo de leite ou derivados		
11	As crianças devem comer preferencialmente cozidos e grelhados		
12	Na alimentação das crianças deve utilizar-se pouco sal		
13	As crianças precisam de comer refeições em grande quantidade para crescerem melhor		
14	A obesidade na infância aumenta o risco de obesidade na vida adulta		
15	A quantidade de sal recomendada é uma colher de chá rasa por dia, distribuída por todas as refeições		
16	Uma alimentação com grande quantidade de gordura, açúcar e pobre em vegetais, aumenta o risco de desenvolver doenças como a hipertensão arterial e obesidade nas crianças		
17	As crianças devem comer alimentos ricos em proteínas vegetais (feijão, grão...) pelo menos quatro vezes por semana		
18	A obesidade na infância aumenta o risco de aparecimento de diabetes		
19	Incluir 3-4 vezes por semana Bolicão® ou outros alimentos idênticos nos lanches das crianças, não prejudica a sua saúde		
20	As refeições diárias das crianças devem incluir carne, peixe e ovos		
21	A alimentação equilibrada da criança não inclui a ingestão de água		
22	As hortaliças, legumes e fruta são alimentos ricos em fibras		
23	Numa das refeições diárias, a sobremesa das crianças pode ser um doce		
24	A gordura é um alimento necessário ao crescimento das crianças		
25	É aconselhado comer 5 porções diárias dos alimentos ricos em fibras, como as hortaliças, legumes e fruta		
26	Os alimentos de origem animal são ricos em gorduras saturadas e colesterol		
27	Os cereais e as batatas são as principais fontes de energia		
28	Para que uma criança aceite um alimento novo é recomendável insistir em oferecê-lo entre 5-10 vezes		
29	A carne, peixe e ovos são importantes para o crescimento das células		
30	Os óleos vegetais, os frutos seco e o peixe são ricos em gorduras polinsaturadas		
31	Os alimentos pobres em calorias são os designados por <i>fast-food</i>		
32	Na escolha do pão e outros cereais, deve optar-se pelos menos refinados		
33	O feijão, grão e outras leguminosas, são ricos em proteínas vegetais		
34	As frutas e legumes são alimentos ricos em vitaminas e sais minerais		
35	O pão de mistura ou escuro é o melhor para a alimentação		
36	Os produtos de salsicharia, folhados ou outros salgadinhos podem comer-se com frequência		
37	O pão de mistura ou escuro é fonte de energia e fibra		
38	Na alimentação da criança pode permitir-se o consumo de refrigerantes		

<b>39</b>	Um copo de leite equivale a dois iogurtes sólidos		
<b>40</b>	Fazer refeições a ver TV é desaconselhado		
<b>41</b>	A atividade física programada (desporto) é aconselhável, mesmo nas crianças fisicamente ativas		
<b>42</b>	A ingestão de bebidas açucaradas está associada ao aumento de peso		
<b>43</b>	As crianças não necessitam de ser fisicamente ativas		
<b>44</b>	As crianças podem ver TV ou jogar jogos de vídeo, em média 3h por dia		
<b>45</b>	As refeições em família são um ritual importante para pais e filhos		
<b>46</b>	Não tomar o pequeno-almoço prejudica a aprendizagem na escola		
<b>47</b>	Deve permitir-se que as crianças colaborem na confeção das refeições em casa		
<b>48</b>	Na compra dos alimentos deve ter-se em conta a lista de ingredientes existente no rótulo		
<b>49</b>	É menos preocupante uma criança ser gordinha do que magrinha		
<b>50</b>	As refeições em família devem obedecer a um horário regular		
<b>51</b>	É aconselhável que os pais saibam o que os filhos comem no refeitório da escola		
<b>52</b>	Na compra dos alimentos deve atender-se à sua qualidade nutricional		
<b>53</b>	As crianças devem comer o que gostam, independentemente do valor nutritivo dos alimentos		
<b>54</b>	O peso das crianças deve ser avaliado pelo menos uma vez por ano		
<b>55</b>	As crianças que petiscam entre as refeições, fazem uma alimentação mais equilibrada		

## **ANEXO B**

Autorização dos autores para utilização do QAI

**Caro(a) investigador(a)**

Agradecemos o seu interesse no nosso instrumento de recolha de dados - *Questionário de Conhecimentos sobre Alimentação Infantil* (QAI) de Aparício, Cunha, Duarte & Pereira, (2012).

Temos todo o gosto em lhe disponibilizar a versão final deste instrumento para fins da sua investigação como um modo de alargar a recolha de dados a outras populações.

Garantimos permissão para a sua utilização, contudo gostaríamos que respeitasse e atendesse a algumas condições:

1. Obter o compromisso de receber os resultados do vosso estudo;
2. Receber uma cópia dos dados de validade e fiabilidade (se aplicável) obtidos na sua investigação;
3. Todas as referências ao instrumento original ou de uma possível adaptação, realizadas no seu trabalho ou na publicação de outros trabalhos com ele relacionado, devem incluir a citação da autoria do instrumento original, conforme indicado no cabeçalho deste documento.

Com os melhores cumprimentos,

Viseu, 09 de outubro de 2017



(Maria da Graça Ferreira Aparício Costa, PhD)

[gaparicio5@hotmail.com](mailto:gaparicio5@hotmail.com)

**ANEXO C**

Autorização do Conselho Técnico da USF em estudo



Vera Marques <veramarques.usfdominho@gmail.com>

---

## Pedido de Parecer para Realização de estudo de Investigação

---

**Conselho Técnico USF do Minho** <conselhotecnico.usfdominho@gmail.com>

5 de abril de 2018 às 19:40

Para: Vera Marques <veramarques.usfdominho@gmail.com>

Cc: Coordenação USF do Minho <coordenacao.usfdominho@gmail.com>

Boa tarde

Após reunião do CT no dia 23/03/2018 comunica-se o parecer positivo do CT em relação ao trabalho apresentado.

Cumprimentos

Conselho Técnico

[Citação ocultada]

**ANEXO D**

Autorização da Diretora Executiva do ACeS Cávado

Requerimento de Submissão de projectos de investigação

PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO/ESTUDOS

Identificação do(s) investigador(es) do estudo

Nome Completo: Neza Lúcia Veloso Almeida

Contacto telefónico: 932207211

E-Mail: vlmeaues@arsnorte.mfn-saude.pt

Qualificação Académica: Licenciatura em Informática

Funções que desempenha: Enfermeira

Instituição: USF do Pinho

Designação do Estudo: Acesso da pais e idade pré-escolar:  
A influência da literacia em saúde do cuidador

Área científica em que se enquadra o estudo: Nutrição e Alimentação em Saúde Comunitária

Vigência do Estudo (Data de princípio e de fim):

Tipo de análise (quantitativa, qualitativa) Qualitativa

Palavras - chave: Promotor da Saúde, Obesidade infantil, Literacia em Saúde

Co-Investigador(es) (quando aplicável) Aumentar,

Nome(s) Completo(s):

OUTROS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

( Exemplo: Orientador )

Nome(s) Completo(s): Luis Carlos Convalho da Graça  
Instituição: Escola Superior de Saúde do Vime do Castelo

**OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE ESTUDO**

Objetivo Geral: Analisar e relatar entre o nível de literacia em saúde do UAF e a prevalência de expressão de peço da ciência em idade pré-escolar, das crianças do coorte de 2013, no UAF do Minho.

Metodologia: Estudo transversal, exploratório, descritivo - correlacional e analítico. Metodologia quantitativa.

População alvo Coorte das crianças nascidas em 2013 e mães

Critérios de Inclusão coorte 2013 e cujas mães aceitar participar

Método de recolha dados (anexar Instrumento recolha) Anexo

Descrição do que consiste a colaboração do ACeS:

**Termo de Responsabilidade**

Declaro assumir a liderança científica do projecto / estudo e as responsabilidades decorrentes da sua boa execução, bem como a do estudo em causa e suas conclusões ao ACeS Cávado I - Braga.

Data: 01/03/2018

Assinatura: Vera Lúcia Veloso Mendes

**PARECER CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE**

Favorável

Não Favorável

Data: 08/03/2018

Assinaturas:

ACES Cávado I - Braga  
Vogal Enfermagem  
Conselho Clínico e de Saúde  
Enf. Ana Estelina Pinto

**DIRETOR EXECUTIVO**

Nada a opor à sua realização,  
ACES Cávado I - Braga  
Presidente do Conselho  
Clínico e de Saúde  
Dra. Margarida Lima

### Declaração de Comunicação do Relatório Final

#### Identificação do(s) investigador(es) do estudo

Nome Completo: Vera Lucia Veloso Moniz

Designação do Estudo: Excesso de peso em idade pré-escolar  
A influência da literacia em saúde do cuidador

#### Termo de Responsabilidade

Declaro que será enviado um relatório final do estudo em causa e suas conclusões ao ACeS Cavado I - Braga.

Data: 01 março 2018

Assinatura: Vera Lucia Veloso Moniz.

**ANEXO E**

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte



# ARS NORTE

Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.



DATA : 11.junho.2018

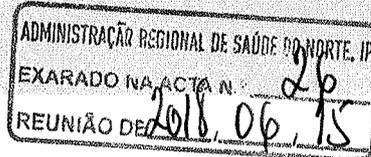
INFORMAÇÃO Nº 092/2018

Nº <Processo> <Registo>

**PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte**

**DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte**

**ASSUNTO: Parecer nº 84/2018**



Levo ao conhecimento do Conselho Diretivo o Parecer nº 84/2018 sobre o Estudo "Excesso de peso em idade pré-escolar e literacia em saúde: um estudo de associação", aprovado na reunião de 5 de junho de 2018, por unanimidade.

À consideração superior

Ana Paula Capela

Ana Paula Capela  
(Assessoria CES/UIC)

DELIBERADO CONCORDAR

15/06/2018

Dr. Pimenta Marinho  
Presidente do C.D.

Paula Duarte  
Vogal do CD

Dr. Porciano Oliveira  
Vogal C. D.

Rita Moreira  
Vice-Presidente do CD





**ARS NORTE**

Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

*Helegre Alves*  
*M*

**Comissão de Ética para a Saúde**  
**Administração Regional de Saúde do Norte, IP**

**PARECER N.º 84/2018**

**Sobre o estudo T913 – Estudo sobre “Excesso de peso em idade pré-escolar e literacia em saúde: um estudo de associação”**

A – Relatório

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN), iniciou a apreciação do Processo n.º T913, na sequência do pedido de parecer dirigido a esta Comissão, referente ao Estudo sobre “**Excesso de peso em idade pré-escolar e literacia em saúde: um estudo de associação**” sendo investigadora Vera Lúcia Veloso Marques, no âmbito do III Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, orientada pelo Professor Doutor Luís Graça, a realizar no ACeS Cávado I – Braga – USF do Minho.

Fazem parte do processo em análise os seguintes documentos: requerimento à CES, projeto de investigação, currículo do investigador, declaração do orientador, parecer favorável do ACeS onde se vai realizar o estudo, declaração de compromisso da investigadora para entregar o Relatório final à CES, instrumentos de recolha de dados e autorização para a sua utilização, consentimento informado, declaração de anonimização e uso exclusivo dos dados recolhidos neste estudo.

1. Trata-se de um transversal, exploratório, descritivo-correlacional e analítico, assentando no paradigma quantitativo da investigação científica e num método não experimental, cuja a população a estudar é a coorte das crianças nascidas em 2013 e os respectivos cuidadores principais do sexo feminino. Prevê-se uma população de cerca de 100 crianças, sendo utilizados critérios de inclusão e exclusão. A amostra será não probabilística de voluntários
2. Os instrumentos de colheita de dados são um questionário sociodemográfico e de caracterização construído para o estudo, o questionário de avaliação de Conhecimentos dos Pais sobre Alimentação Infantil – QAI de Aparício, Cunha, Duarte & Pereira (2012) e o questionário The Newest Vital Signal – NVS, na versão portuguesa de Luís (2010).
3. A recolha de dados relativa aos participantes no estudo pretende-se a colaboração dos enfermeiros de família, quer quanto à identificação dos elementos a integrar o estudo que preencham os critérios de inclusão, quer quanto ao primeiro contacto com vista a avaliar a disponibilidade de integrar o estudo. Só após o consentimento informado será efectuada o contacto pela investigadora. As informações serão fornecidas pelas cuidadoras, através de entrevista e preenchimento dos instrumentos, e os dados antropométricos serão avaliados aquando da entrevista
4. Para o tratamento dos dados recolhidos estes serão inseridos e processados em base de dados com recurso ao programa de *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®)*, versão 24.0, para o Windows, para posteriormente se proceder à sua análise



baseado no tratamento de dados de acordo com a estatística descritiva (moda, média, mediana, desvio padrão) e à estatística analítica (testes de hipóteses).

5. O objetivo geral deste estudo é: analisar a relação entre o nível de literacia em saúde da principal cuidadora e a prevalência de excesso de peso da criança em idade pré-escolar das crianças da coorte de 2013, na USF do Minho:  
São objetivos específicos: Avaliar a prevalência do excesso de peso/obesidade, na coorte de 2013, na USF do Minho; Descrever o nível de Literacia em Saúde da principal cuidadora das crianças da coorte de 2013, na USF do Minho; Avaliar a associação entre o IMC das crianças de e as variáveis sociodemográficas da cuidadora das crianças na coorte de 2013, na USF do Minho; Avaliar a relação entre o nível de literacia em saúde do cuidador e o IMC das crianças na coorte de 2013, na USF do Minho; Determinar os contributos de determinantes sociodemográficos e de literacia das cuidadoras no IMC das crianças na coorte de 2013, na USF do Minho;

#### B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas

1. Reconhece-se relevância e pertinência do estudo e interesse prático para a Saúde,
2. A participação na pesquisa será voluntária, e aquele que concordar em participar será convidado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
3. A privacidade, anonimato e confidencialidade será garantida
4. Todos os custos inerentes à realização do estudo ficam a cargo do autor.

#### C – Conclusões

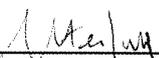
1. Face ao exposto, a CES delibera que o estudo de investigação em causa pode ser aprovado.
2. Deve a investigadora procederem à destruição dos dados de acordo com a lei.

Aprovado na reunião de 5 de junho de 2018, por unanimidade.

O relator,

  
Mestre Maria Assunção Gomes Magalhães

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP

  
Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol

**ANEXO F**

Declaração de orientação do Senhor Professor Doutor Luís Graça



Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Escola Superior  
de Saúde

## Declaração

Declaro que estou a orientar a mestranda, Vera Lúcia Veloso Marques, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, na sua dissertação de mestrado intitulada: “Excesso de peso em idade pré-escolar: a influência da literacia em saúde do cuidador”.

Viana do Castelo, 1 de Março de 2018

  
Luís Carlos Carvalho da Graça  
Professor Doutor

