



**Carla Iolanda Prata
dos Santos**

**Literacia em saúde alimentar de pais com
filhos em idade pré-escolar: contributo do
Enfermeiro de Família**

**Dietary health literacy of parents with
preschool children: contribution of the
Family Nurse**



**Carla Iolanda Prata
dos Santos**

**Literacia em saúde alimentar de pais com
filhos em idade pré-escolar: contributo do
Enfermeiro de Família**

Relatório de Estágio de Natureza Profissional apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, realizada sob a orientação científica da Doutora Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de Melo, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e da Doutora Helena Maria Almeida Macedo Loureiro, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Aveiro.

Dedico este trabalho em memória dos meus pais

O júri

Presidente

Professor Doutor João Filipe Fernandes Lindo Simões
Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

**Professora Doutora Margarida Alexandra Nunes Carramanho
Gomes Martins Moreira da Silva**
Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Professora Doutora Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de Melo
Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Dedico os meus especiais agradecimentos à Professora Doutora Elsa Melo pela sua orientação, apoio, incentivo e confiança ao longo de todo este percurso.

À Professora Doutora Helena Loureiro, agradeço a colaboração, opiniões e críticas pertinentes.

Ao meu amigo Armando pela colaboração e disponibilidade.

À Dianinha pela ajuda.

À minha equipa da Unidade de Saúde Familiar (USF) Coimbra Centro, bem como à minha orientadora de estágio Enfermeira (Enf^a) Cristina Neves, pela forma como me apoiaram ao longo de todo o meu percurso de Mestrado.

Às famílias que colaboraram neste trabalho.

Às minhas Filhota e Tulipinha agradeço as dicas informáticas, o incentivo e todo o apoio demonstrado. Ao meu marido pelo apoio, tolerância, carinho e palavras de encorajamento.

À minha irmã pelo encorajamento, apoio e por me escutar.

Às colegas de Curso de Mestrado do Grupo de Coimbra Alda Celina, Dora Marques, Paula Cardoso e Sónia Pinto pelas aulas e trabalhos de grupo partilhadas em casa umas das outras, bem como todos os momentos de incentivo e de alento, encorajamento e palavras de ajuda.

À minha Família e aos meus amigos pelo encorajamento, confiança e compreensão nos momentos de ausência.

Agradeço do fundo do coração!

Palavras-chave

Educação alimentar, pais, filhos em idade pré-escolar, enfermeiro de família.

Resumo

Enquadramento: Este relatório descreve as atividades desenvolvidas no estágio de natureza profissional realizado na Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro, entre outubro de 2020 e março de 2021, durante o qual, para além das competências requeridas para o exercício especializado da Enfermagem de Saúde Familiar, foi desenvolvido um estudo de investigação intitulado “Literacia em saúde alimentar de pais com filhos em idade pré-escolar: contributo do Enfermeiro de Família”.

Objetivos: Descrever e refletir sobre o desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Familiar, desenvolvidas em contexto de ensino clínico. Descrever os hábitos alimentares das crianças em idade pré-escolar, sua relação com o conhecimento dos pais acerca da alimentação infantil, bem como a sua perceção relativamente ao contributo do EF para sua capacitação a nível da literacia em saúde alimentar.

Métodos: Foi realizado um estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, realizado numa amostra não probabilística, por conveniência de 69 pais de crianças em idade pré-escolar, entre os 3 e os 6 anos de idade. Para a recolha de informação utilizou-se o Questionário de Alimentação Infantil (QAI) “Conhecimento dos Pais sobre Alimentação Infantil”, da autoria de Aparício, Nunes, Duarte e Pereira (2012). Para classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), foi efetuada a avaliação antropométrica das crianças nas consultas de vigilância de saúde infantil da Unidade de Saúde Familiar (USF) Coimbra Centro. Foram cumpridos todos os procedimentos formais e éticos inerentes ao desenvolvimento de investigação em seres humanos.

Resultados: No global da amostra, 56,5% crianças eram normoponderais, 15,9% tinham excesso de peso, 15,9% obesidade e 11,6% estavam em situação de baixo peso. A caracterização dos conhecimentos sobre alimentação infantil revelou que 33,3% dos pais tinham conhecimentos suficientes, 34,8% bons e 31,9% insuficientes. Através da questão colocada aos pais sobre a perceção do contributo do EF no âmbito da alimentação saudável, obtemos perceções positivas sobre as suas intervenções, uma vez que o seu papel é de capacitar a família, encorajar e promover o seu desenvolvimento.

Conclusões: As atividades desenvolvidas durante o estágio permitiram a aquisição de competências especializadas de Enfermagem de Saúde Familiar. As evidências empíricas indicam que os conhecimentos dos pais sobre a alimentação infantil continuam insuficientes, pelo que a intervenção do Enfermeiro de Família se torna de extrema relevância no sentido promover o *empowerment* da família em matéria de saúde alimentar, podendo esta ser uma das estratégias para a prevenção da obesidade infantil e obtenção de ganhos em saúde nesta faixa etária.

Keywords

Food education; parents, preschool children, family nurse.

Abstract:

Background: This report describes the activities developed during the professional internship carried out at the Family Health Unit Coimbra Centro between October 2020 and March 2021, during which, in addition to the skills required for the specialized practice of Family Health Nursing, a research study entitled "Food health literacy of parents with preschool-age children: contribution of the Family Nurse" was developed.

Objectives: To describe and reflect on the development of Family Health Nursing skills developed in a clinical teaching context. To describe the eating habits of preschool-age children, their relationship with parents' knowledge about infant feeding, as well as their perception of the contribution of the FE to their training in food health literacy.

Methods: A quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational study was conducted with a non-probability convenience sample of 69 parents of preschool-age children, aged 3 to 6 years old.

The Child Feeding Questionnaire (QAI) "Parental Knowledge on Infant Feeding" by Aparício, Nunes, Duarte, and Pereira (2012) was used to collect information. For the classification of Body Mass Index (BMI), the children's anthropometric assessment was performed in the child health surveillance consultations of the Family Health Unit (FHU) Coimbra Centro. All formal and ethical procedures inherent to the development of research in human beings were followed.

Results: In the overall sample, 56.5% children were normoponderal, 15.9% were overweight, 15.9% were obese and 11.6% were underweight. The characterization of knowledge about infant feeding revealed that 33.3% of parents had sufficient knowledge, 34.8% had good knowledge, and 31.9% had insufficient knowledge. Through the question asked to parents about the perception of the contribution of the FE in healthy eating, we obtained positive perceptions about its interventions, since its role is to empower the family, encourage and promote their development.

Conclusions: The activities developed during the internship allowed for the acquisition of specialized skills in Family Health Nursing. Empirical evidence indicates that parents' knowledge about infant feeding is still insufficient, so the intervention of the Family Nurse is extremely important to promote the empowerment of the family in terms of dietary health, which may be one of the strategies for preventing childhood obesity and achieving health gains in this age group.

Abreviaturas e/ou siglas

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral da Saúde

EEESF - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

EF - Enfermeiro de Família

Enf^a - Enfermeira

ESSUA - Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

IMC - Índice de Massa Corporal

IPB - Instituto Politécnico de Bragança

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MESF - Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPAS - Programa Nacional de Promoção de Alimentação Saudável

QAI - Questionário de Alimentação Infantil

USF - Unidade de Saúde Familiar

UTAD - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Índice

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	12
1. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	13
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	16
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPIRICO	20
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	21
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	23
2.1. Literacia em Saúde	23
2.1.1. Literacia em saúde alimentar	24
2.2. Alimentação Saudável	27
2.3. Contributo do Enfermeiro de Família.....	30
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	32
3.1. Tipo de estudo.....	32
3.2. População e Amostra/ Caracterização dos Participantes	32
3.3. Problemática e objetivos.....	33
3.4. Instrumento de recolha de dados	34
3.5. Procedimentos de recolha de dados.....	37
3.6. Considerações éticas	38
3.7. Procedimentos de análise dos dados.....	38
4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	40
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	56
6. CONCLUSÃO	64
6.1. Principais conclusões.....	65
6.2. Limitações do estudo	65
6.3. Implicações para a prática profissional /propostas de alteração de práticas profissionais	66
7. SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO.....	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	77
APÊNDICES	88

Índice de Figuras

Figura 1: Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF Coimbra Centro em novembro de 2020 (DGS, 2020).	14
Figura 2: Roda dos alimentos (https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/roda-dos-alimentos/)	28

Índice de Tabelas

Tabela 1: Significado e pressupostos dos quatro fatores do QAI (Costa, 2012)	37
Tabela 2: Características sociodemográficas dos pais.	41
Tabela 3: Dados de caracterização da criança	42
Tabela 4- Anamnese dos Hábitos alimentares das crianças	43
Tabela 5: Hábitos alimentares da criança (cont.).....	44
Tabela 6: Hábitos alimentares da criança (cont.).....	45
Tabela 7: Hábitos alimentares da criança (cont.).....	47
Tabela 8: Questionário alimentação infantil (QAI).....	47
Tabela 9: Áreas de conhecimentos segundo o QAI.....	49
Tabela 10: Estatística de teste Qui-quadrado entre o sexo da criança e o IMC categorizado.....	49
Tabela 11: Estatística de teste Qui-quadrado entre IMC categorizado das crianças e os Conhecimentos dos pais acerca da alimentação infantil.....	50
Tabela 12: Estatística de teste Kruskal-Wallis entre a idade da mãe e os Conhecimentos dos pais acerca	50
Tabela 13: Estatística de teste Kruskal-Wallis entre a idade do pai e os Conhecimentos sobre alimentação infantil	51
Tabela 14: Estatística de teste Kruskal-Wallis entre o nível de escolaridade da mãe e o score global de Conhecimentos sobre alimentação infantil	51
Tabela 15: Estatística de teste Kruskal Wallis entre o nível de escolaridade do pai e o score global de Conhecimentos sobre alimentação infantil	52
Tabela 16: Estatística de teste entre algumas variáveis e os Conhecimentos dos pais acerca da alimentação infantil	52

Índice de Quadros

Quadro 1: Distribuição das respostas do contributo do EF na educação alimentar.....	53
Quadro 2: “Perceção dos pais relativamente à intervenção do EF no âmbito da educação em saúde alimentar”	55

INTRODUÇÃO

A família como unidade de cuidados, determina-se pelas relações que mantém entre os seus membros, numa conjuntura determinada pela estrutura, organização e funcionalidade. A família é tida como o alicerce, a unidade social, e também como responsável pela socialização e inclusão dos novos indivíduos na sociedade, no entanto não existe uma definição assente de família, pois cada cultura, ciência criou a sua dando origem a uma multiplicidade de conceitos (Hanson, 2005).

A família é percecionada como um bem ou um recurso relevante pela sua função, quer na esfera afetiva em contexto da promoção de apoio e recuperação da pessoa, quer como promotora da saúde aos seus membros, a família, enquanto unidade de cuidados, beneficia da intervenção integrativa do enfermeiro na prestação de cuidados específicos nas diferentes fases do seu ciclo de vida ao nível da prevenção primária, secundária e terciária (Ordem Enfermeiros, 2011).

A enfermagem de família surge baseada no pensamento sistémico com uma abordagem que transpõe o paradigma tradicional, admitindo a compreensão de todos os fatores que integram a unidade familiar. Os pressupostos relacionados com a enfermagem de família incorporam uma filosofia de parceria com a família englobando a mesma no planeamento e execução de intervenções (Figueiredo e Martins, 2009).

O termo Literacia em Saúde é um conceito emergente que envolve as áreas de saúde e literacia, as quais são fundamentais para a vida do dia-a-dia. O nosso nível de literacia afeta diretamente as nossas capacidades para agir sobre informações e também para uma melhor gestão da nossa própria saúde, dos familiares e das comunidades (Fawcett, 2010).

Nos últimos anos, em todo o mundo, a diversidade de alimentos, as formas de preparação e o modo de se alimentarem foram sendo substituídos por padrões globalizados compostos por alimentos com alto teor de sódio, açúcar e calorias (Brasil, 2013). Uma alimentação saudável e equilibrada é um fator determinante para ganhos em saúde.

O presente relatório de estágio surge como o resultado de formação desenvolvido em contexto da prática clínica na Unidade de Saúde Familiar (USF) Coimbra Centro, entre outubro de 2020 e março de 2021, com vista à consecução dos objetivos do estágio, particularmente, o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar (EEESF), dando ênfase à prática baseada na evidência científica e a análise crítico-reflexiva. Podemos salientar que as atividades desenvolvidas em contexto clínico permitiram a aquisição de competências especializadas de Enfermagem de Saúde Familiar, tais como, cuidar a família,

enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos três níveis de prevenção, e também liderar e colaborar em trabalho de equipa multidisciplinar de forma a ajustar resoluções adaptadas para as necessidades da família.

A escolha do tema de desenvolvimento do trabalho de campo deve-se ao facto de a literacia em saúde influenciar as nossas escolhas de forma a adotarmos comportamentos protetores da saúde e de prevenção da doença. A capacidade como cada um de nós é capaz de tomar decisões acertadas sobre saúde, afetando a nossa qualidade de vida e daqueles que nos são próximos e que dependem de nós, como as crianças ou os idosos (Espanha, Ávila, e Mendes, 2016).

O presente estudo tem como tema “Literacia em saúde alimentar de pais com filhos em idade pré-escolar: contributo do Enfermeiro de Família”, tendo como objetivos principais descrever os hábitos alimentares das crianças em idade pré-escolar, o conhecimento dos pais acerca da alimentação infantil, bem como, o contributo do EF para a literacia em saúde alimentar. Tendo como finalidade contribuir para a melhoria da prática do EF acerca desta temática e aumentar o nível de literacia.

Para a realização do presente Relatório de Estágio foi efetuada uma revisão bibliográfica em bases de dados, o próprio estágio e o estudo empírico. Este encontra-se dividido em dois capítulos: o primeiro refere-se à análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências durante o estágio de natureza profissional, sendo constituído pela contextualização do estágio bem como pela reflexão do desenvolvimento de competências; o segundo capítulo refere-se ao estudo empírico, sendo constituído pelo enquadramento teórico, pela metodologia, pela apresentação e discussão de resultados e pela conclusão.

**CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Este relatório de estágio de natureza profissional desenvolveu-se no período de 19 de outubro de 2020 a 26 de março de 2021, de forma a completar 540 horas de trabalho na USF Coimbra Centro, realizado sob a orientação científica da Doutora Elsa Melo, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e coorientação científica da Doutora Helena Loureiro, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Aveiro e ainda, sob a orientação tutorial da Enf^a Cristina Ferreira das Neves, Enf^a Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária.

A USF que tem o seu polo principal na Avenida Fernão de Magalhães, abrangendo a zona da Baixa de Coimbra faz parte do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Baixo Mondego, incluindo várias freguesias tais como União de Freguesias de Coimbra, Santa Cruz e S. Bartolomeu, União de Freguesias de Eiras/S. Paulo de Frades, União de Freguesias de Trouxemil/Torre de Vilela, União de Freguesias de S. Martinho de Árvore/Lamarosa, S. João do Campo, S. Silvestre e União de Freguesias de Antuzede/Vil de Matos, esta última onde se situa o segundo polo, sendo de salientar que com a situação de pandemia esta unidade esteve encerrada. É uma USF do tipo Modelo A com três anos de existência e com 8061 utentes inscritos. É constituída por 6 médicos (dois deles estão com horário de 20 horas a dividirem um ficheiro), três internos, cinco enfermeiras (uma especialista em enfermagem de saúde comunitária e outra especialista em saúde infantil) e cinco assistentes técnicas. Esta unidade funciona de segunda a sexta-feira das 08.00h às 20.00h.

Nesta Unidade de Saúde Familiar fazem-se consultas de saúde infantil e juvenil, consultas de saúde da mulher e planeamento familiar, consultas de saúde materna, prevenção oncológica, consultas de diabetes, hipertensão arterial, saúde do adulto, saúde do idoso, existindo ainda uma consulta de desabituação tabágica, visitação domiciliária bem como tratamento de feridas e cumprimento do plano nacional de vacinação.

Anualmente é realizada a contratualização com o ACeS/ Administração Regional de Saúde (ARS) Centro a sua carta de compromisso, apresentando-se anualmente as metas contratualizadas e respetiva monitorização. Dos 8061 utentes inscritos [Direção Geral da Saúde (DGS), 2020], cerca de 99,81% possuem médico e EF, os restantes 0,19% não possuem médico de família por sua opção.

Pela análise da pirâmide etária (figura 1), pode observar-se a existência de um grande número de idosos com mais de 65 anos (22%), sendo que 13,7% têm 75 anos ou mais, em contrapartida em relação ao número de crianças com menos de cinco anos constatamos que correspondem apenas a 3,4% da população inscrita. A população ativa dos 15 aos 64 anos, corresponde a 66% da população. O índice de envelhecimento da população é elevado, e por sua vez o índice de

dependência total é de 50%, com 33,5% de dependência de idosos (≥ 65 anos), e 16,73% de dependência de jovens (< 15 anos). No que toca à população feminina, 36,4% do seu total são mulheres em idade fértil (15 a 44 anos).

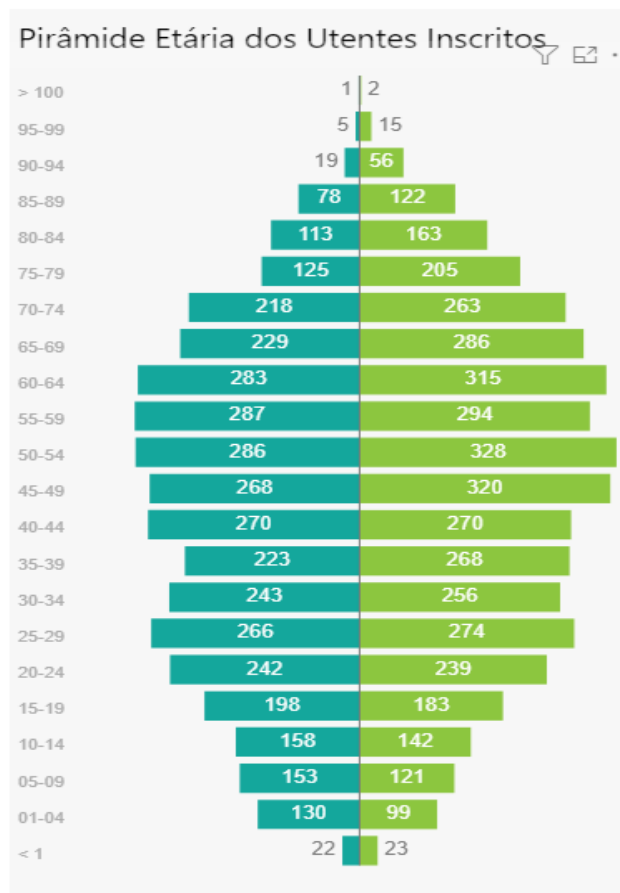


Figura 1: Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF Coimbra Centro em novembro de 2020 (DGS, 2020).

A USF utilizou as taxas das consultas por forma a efetuar planos de adaptação nas suas carteiras assistenciais de serviços tendo em conta sempre as necessidades da população em causa, de forma a seguir as orientações da DGS em termos de assistência a família e ao sistema familiar ao longo do ciclo vital e aos 3 níveis de prevenção, e os seus objetivos assentam em três grandes pilares: Missão, Visão e Valores. Referem-se de seguida os oito principais valores de referência, que guiam a organização, e que materializam o código de conduta da USF: Qualidade e Responsabilidade; Acessibilidade e Disponibilidade; Respeito e Dedicção; Inovação; Transparência e Ética; Eficácia e Adequação de resposta; Satisfação dos utentes e dos profissionais.

No âmbito do estágio, foram delineados os seguintes objetivos segundo o Guião do Estágio [Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA), 2020]: desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria

contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais; cuidar da família como um todo, prestando cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo vital aos três níveis de prevenção; mobilizar recursos da comunidade para prestar cuidados de forma a capacitá-las e ajustando as exigências às fases do seu desenvolvimento; identificar de forma precoce os determinantes de saúde da família; desenvolver com a família processos de gestão, promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar, identificando e mobilizando os recursos para a sua autonomia e por fim, elaborar o relatório de estágio. Estas competências específicas estão em consonância com o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de saúde familiar, tal como o Dec. Lei publicado no Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018.

As aptidões a desenvolver neste estágio foram divididas em 2 grupos de competências: “Cuida a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do seu ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção”; e o segundo grupo: “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar”.

O primeiro grupo abrange as unidades de competências seguintes: estabelecer uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas, colhendo dados pertinentes para caracterizar o estado de saúde da família, monitorizar as diferentes respostas às condições de saúde e de doença em situações complexas, desenvolver a prática de EF baseada na evidencia científica, intervir de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, facilitar a resposta da família em situação de transição complexa, envolver-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar, formalizar a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.

O segundo grupo abrange as subseqüentes unidades de competências: articular com outras equipas de saúde mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família, gerir o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo do relatório são apresentadas as principais atividades que foram desenvolvidas durante o estágio de natureza profissional da Enfermagem de Saúde Familiar, definidas no Guia Orientador do mesmo, que vai ao encontro do que é estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) referente às competências específicas do enfermeiro especialista de saúde familiar (OE, 2018).

A família é uma unidade principal onde os seus constituintes realizam interação social e onde cada um dá forma a diferentes funções e papéis, onde se desenvolvem laços de aliança, filiação e consanguinidade estando desta forma sujeitas a diferentes fases de desenvolvimento (Relvas, 1996).

O EF deverá ser o eixo estruturante e funcional na garantia do acesso e na prestação de cuidados, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, cuidando a família enquanto unidade de cuidados e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção (OE, 2018). Neste contexto, o EF assume um papel preponderante na promoção da saúde e prevenção da doença, na educação para a saúde e na capacitação da pessoa, família e comunidade sobre a sua saúde, sendo as suas competências descritas e regulamentadas pelo Dec. Lei n.º 135, 2ª série de 16 de julho de 2018, onde no seu artigo 3º consta – cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção e; lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

É pertinente abordar as competências comuns do enfermeiro especialista, pois, estas envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem. Assim as competências são as seguintes: a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (OE Regulamento n.º 140/2019 Diário da República, 2.ª série -N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019). Ao longo deste estágio profissional nas diferentes consultas que efetuamos, estas foram desenvolvidas de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro tendo sempre presente o respeito pelo mesmo no desenvolvimento do cuidar.

Cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção.

Em relação: **cuidar a família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção**, implicando o reconhecimento da família bem como a fase do ciclo vital onde se encontra, as possíveis modificações e transições familiares. As transições exercem forte influência na enfermagem, a partir do desenvolvimento de intervenções que proporcionem um cuidado eficaz a situações de mudança na vida das famílias. a partir do entendimento da teoria das transições, o enfermeiro deve estabelecer intervenções e estratégias no processo de transição que melhorem a qualidade de vida das pessoas, diminuindo o risco potencial que a experiência de transição pode colocar sobre as pessoas (Meleis, 2010).

Desta forma a teoria das transições proporciona ao enfermeiro auxiliar pessoas a atingirem resultados saudáveis após período de mudança vivenciado.

Foi essencial uma avaliação familiar complexa, permitindo-me colher dados de forma a desenvolver cuidados de enfermagem em cooperação e associação com as famílias para estimular a comunicação entre os seus membros e participarem na resolução dos seus problemas.

Perante os múltiplos acontecimentos foi possível desenvolver respostas com as famílias que refletiam o impacto dos eventos, bem como pontos de coesão e ameaças nos processos de saúde/doença respeitando a necessidade de quem está doente. Prevenir os riscos melhorando o bem-estar, maximizar o funcionamento e reproduzir atividades de autocuidado são estratégias que os enfermeiros usam para cuidar e apoiar as pessoas a alcançar os processos de transição saudáveis (Meleis, 2010).

Esta forma de cuidar permitiu aproximar os cuidados realizados às necessidades e desafios de cada família. Conhecendo os seus hábitos, potencialidades, relações e dificuldades, foi possível realizar cuidados de proximidade dirigidos às necessidades de cada um. Perante a realidade de cada família foram delineadas propostas de melhoria aos cuidados, de modo a envolvê-las e aos seus membros no desenvolvimento de estratégias, para dar resposta às problemáticas vivenciadas no seu seio habitacional.

Foi ainda possível desenvolver competências de prestação de cuidados de enfermagem familiar ao nível de: tratamento a feridas crónicas, visitação domiciliária, vacinação Covid, pessoas com doenças crónicas com difícil adesão ao regime terapêutico. O EF proporciona a transição da família, devendo ter um papel de negociador, envolvendo, ensinando e capacitando para ajudar a obter

ganhos em saúde, por exemplo o marido de uma utente dependente em contexto de visitação domiciliária, com uma úlcera de pressão com necessidade de tratamento ao fim de semana, foi capacitado para a realização destes, havendo melhorias significativas.

O contacto com as famílias ajudou-nos a perceber a necessidade e a utilidade dos instrumentos de avaliação familiar, pois quando o enfermeiro identifica problemas, formula objetivos, constrói diagnósticos de enfermagem e discute casos com a restante equipa disciplinar.

A realização das atividades foi de certo modo condicionada pela situação de pandemia provocada pelo Covid-19, que o Mundo e Portugal está a atravessar, pois existem várias condicionantes no acesso aos cuidados como as consultas não se realizarem em igual número sendo mais espaçadas, o que implica que haja um número inferior de pessoas a recorrer aos cuidados, e menos oportunidades de aprendizagem.

O estudo realizado permitiu-nos conhecer o tipo de famílias facilitando a consulta dos processos familiares, tendo como base teórica o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF). Nas consultas de enfermagem realizadas foram aplicados instrumentos como o genograma e ecomapa, escala de Graffar, APGAR familiar de Smilkstein. De referir que no SClínico® existem muitos instrumentos que não eram preenchidos por falta de tempo e são um importante recurso para a elaboração do processo de enfermagem, permitindo uma avaliação mais objetiva da sua dimensão estrutural, facilitando a posterior elaboração e implementação de intervenções direcionadas às específicas necessidades de cada família. Após a implementação destas intervenções há a necessidade de avaliar os resultados, analisando a eficácia das mesmas.

Este percurso permitiu-nos uma reflexão profunda das intervenções, sendo um exercício que provocou identificação das temáticas que careciam de mais análise e dedicação, alargando-se também ao cumprimento dos deveres éticos e deontológicos, bem como das competências do enfermeiro de saúde familiar definidas pela OE (OE, 2018).

Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar- numa linha de trabalho em equipa multidisciplinar o EF é imprescindível, pois tornou-se facilitador no desenvolvimento de competências na avaliação dinâmica e ecológica da unidade familiar.

O EF pode ser o elo de ligação com os recursos externos à própria USF, articulando e mobilizando os recursos para a prestação de cuidados à família. O EF deve ter a capacidade de ajudar a enfrentar os diferentes desafios que se colocam às famílias em termos de saúde, mobilizando o apoio da família e reduzindo tensões intrafamiliares, encorajando-a a partilhar as suas preocupações. Este

processo foi interativo e flexível entre nós e as famílias, sistematizando as práticas de enfermagem, permitindo a mudança tendo em conta a especificidade e complexidade de cada família, sendo necessária a adaptação às características de cada sistema familiar, por exemplo, houve uma situação de violência doméstica em que tivemos de mediar entre o marido e a esposa bem como, encaminhar a situação para a psicóloga da Unidade.

O EF desempenha um papel fundamental para a aquisição de hábitos de vida saudáveis e conseqüentemente aquisição de ganhos em saúde, devendo apostar em todos os níveis de prevenção, contribuindo para a literacia em saúde das suas famílias tendo um papel significativo face às melhorias da qualidade de vida e de saúde, melhorando os resultados de saúde familiar, criando uma visão partilhada da enfermagem de saúde familiar.

Ao longo do estágio mantivemos a atualização contínua de conhecimentos, baseada na evidência científica, não esquecendo a formação permanente e aprofundada das ciências humanas. Na Unidade transmitimos novas abordagens sobre alimentação saudável na faixa etária entre os 3 e os 6 anos de idade e, neste sentido, foi extremamente enriquecedora a partilha recíproca de experiências com as colegas da USF e com as novas famílias que conheci, as quais também me ensinaram através dos seus relatos de experiências vividas. No entanto, foi fundamental que os cuidados respeitassem a qualidade e segurança, na medida em que recorreremos à educação para a saúde para a capacitação da família.

Deste modo, o estágio foi desenvolvido considerando os objetivos delineados pelo Guia Orientador de Estágio (ESSUA, 2020), também foi realizado um estudo de investigação (descrito posteriormente neste relatório), recorrendo à USF Coimbra Centro como campo para colheita de dados, concorreu com o objetivo de desenvolver conhecimentos em metodologias de investigação. No sentido de alcançar estes objetivos, foram realizados procedimentos e consultas de enfermagem, onde foram aperfeiçoadas as competências propostas e sobre as quais faremos uma reflexão crítica detalhada no ponto seguinte deste relatório. Com a colaboração da equipa multidisciplinar e a mobilização dos conhecimentos teóricos, técnico-científicos adquiridos no primeiro ano do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar (MESF), em conjunto com a supervisão da Enfermeira tutora e orientação docente, todos os mediadores neste procedimento de aprendizagem, revelaram-se pertinentes para atingir os objetivos e aptidões desenvolvidos neste estágio. Foi nestas bases que executamos o estudo de investigação, culminando na estrutura das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EESF).

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPIRICO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Os pais e as mães constituem modelos determinantes para o desenvolvimento e aprendizagem das crianças. A sua personalidade, motivação, estilos de vida, alimentação e a forma como pensam, sentem, expressam-se e atuam perante algumas situações da vida são fatores orientadores do comportamento, temperamento e inteligência dos seus filhos. Os pais precisam de se atualizarem no exercício da sua parentalidade, de prestar atenção e compreender que o seu comportamento parental é determinante para a vida do(a) seu(a) filho(a) (Faria, 2012).

Os hábitos alimentares e os alimentos, em si, retratam o meio ambiente e a realidade social em que os indivíduos vivem. Dessa forma, a alimentação além da sua função biológica, deve ser compreendida nas dimensões sociais, culturais, económicas, ambientais, religiosas, emocionais, psicológicas e outras (Oliveira, 2012; Brasil, 2013).

A literacia em saúde condiciona a forma como cada um de nós é capaz de tomar decisões acertadas sobre saúde, afetando por isso, não apenas a nossa qualidade de vida, mas também a daqueles que nos são próximos e que dependem de nós, como as crianças. A função maior da educação é ultrapassar as questões cognitivas e ensinar os sujeitos a relacionarem-se com o mundo, e compreenderem a realidade e o ambiente em que vivem. Nesta lógica, educar é uma prática que vai além do ensinar para adquirir conhecimento ou aprender conteúdos (Silva, 2015).

O período dos 3-6 anos é definido como a idade pré-escolar, sendo o crescimento e o desenvolvimento frequentemente marcados pelo início do contacto com outro tipo de formadores/cuidadores, para além dos pais, uma vez que é nesta idade que muitas crianças começam a frequentar os jardins de infância. Estas e as suas famílias devem ser compreendidas como um sistema familiar, tendo em vista a importância da família como contexto do desenvolvimento individual e social da criança.

O EF tem um papel preponderante na promoção de uma alimentação saudável, nomeadamente pela capacitação dos pais em matéria da literacia em saúde alimentar, particularmente na seleção/escolha de alimentos mais saudáveis para inclusão nas dietas alimentares a fornecer aos seus filhos

Neste contexto, surgiu a temática do tema a investigar, tendo como objetivos principais: escrever os hábitos alimentares das crianças em idade pré-escolar, o conhecimento dos pais acerca da alimentação infantil, bem como o contributo do EF para a literacia em saúde alimentar. Partindo destes objetivos surgiram as seguintes questões de investigação:

- “Quais os hábitos alimentares das crianças em idade pré-escolar?”;

- “Quais os conhecimentos dos pais sobre a alimentação em crianças em idade pré-escolar?”;

- “Qual a percepção dos pais relativamente à intervenção do EF no âmbito da educação em saúde alimentar?”.

Tendo em conta as questões de investigação, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar os hábitos alimentares das crianças em idade pré-escolar;
- Identificar os conhecimentos dos pais acerca da alimentação em crianças em idade pré-escolar;
- Identificar os fatores determinantes do conhecimento dos pais sobre alimentação infantil;
- Relacionar as características antropométricas da criança com o nível do conhecimento dos pais acerca da alimentação infantil;
- Descrever a percepção dos pais relativamente ao contributo do EF para a literacia em saúde alimentar;

Este capítulo do trabalho explica os procedimentos seguidos na realização do estudo, de forma a dar resposta à questão de investigação e aos objetivos traçados. Após a contextualização do trabalho e o enquadramento teórico da temática em estudo, são expostos: o tipo de estudo, os objetivos traçados e respetivas variáveis, a população em estudo e a amostra, os instrumentos e procedimentos utilizados na recolha de dados, os procedimentos éticos tidos em conta e finalmente a análise de dados e respetiva discussão dos resultados.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo desenvolve a moldura conceptual executada para caracterizar o fenómeno em análise. Concretiza-se uma abordagem inicial ao conceito de literacia em saúde e literacia em saúde alimentar, alimentação saudável e contributo do EF.

2.1. Literacia em Saúde

O conceito de literacia em saúde tem tido várias interpretações segundo os diversos autores que têm definido esta como a capacidade para tomar decisões fundamentadas no decurso da vida do dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local e trabalho, na utilização de serviços de saúde, no mercado e no contexto político (Kickbusch et al., 2006). Ainda segundo os mesmos autores, é uma estratégia de capacitação para aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir as responsabilidades.

O conhecimento sobre os fatores que promovem e defendem a saúde e sobre os fatores de risco para a saúde, bem como a capacidade de utilizar e aplicar de forma efetiva esse mesmo conhecimento na adoção de estratégias, comportamentos e estilos de vida saudáveis, os níveis de literacia refletem por si só um melhor estado de saúde, havendo redução dos custos de cuidados de saúde. Estes resultados em saúde são consequência da aquisição de novos conhecimentos, de atitudes mais positivas, de uma maior autoeficácia e de comportamentos de saúde positivos associados a uma maior literacia em saúde (Baker, 2006).

Segundo a Unesco, cerca de 16% da população mundial (776 milhões de adultos) tem falta de capacidades básicas de literacia. Cerca de 40 milhões de americanos adultos têm um nível muito baixo de literacia numa investigação a nível nacional. No Reino Unido, uma investigação com 2000 pessoas adultas, demonstrou que uma em cada cinco tem dificuldade em compreender informação básica de saúde. Também no Canadá, 60% dos adultos tem falta de capacidades em obter e compreender informação e com base nisso, agir de forma assertiva com a sua saúde e com os serviços de saúde (Fawcett, 2010).

No ano de 2018 foi publicado em Portugal um estudo em que cerca de 61% da população inquirida apresenta um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado, situando-se a média de nove países da Europa em 49,2%. Em pior situação que os portugueses só se encontram os búlgaros que revelam que 62,1% da população deste país apresenta níveis de literacia em saúde problemáticos ou inadequados. No polo oposto, com os valores mais baixos está a Holanda, país

em que esta percentagem é de apenas 28,7% (Pedro, 2018), correspondendo a valores adequados de literacia em saúde.

Por forma a uniformizar e organizar todas as medidas e ações relacionadas com a Literacia em Saúde, foi criado o Plano de Ação de Literacia em Saúde 2019-2021 (DGS, 2019a), que considera que os profissionais de saúde são um fator-chave para a promoção da Literacia em Saúde junto da população, a Direção-Geral da Saúde desenvolveu o “Manual de Boas Práticas de Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde”, que constitui uma ferramenta que tem como fim contribuir para o aumento dos níveis de Literacia em saúde da população portuguesa.

Assim, pretende-se aprofundar o conceito de Literacia em Saúde, enaltecendo a importância da prevenção da doença e promoção da saúde versus o tratamento da doença, sendo um dos objetivos fomentar o desenvolvimento de estratégias de interação e de comunicação efetivas por parte dos Profissionais de Saúde, facilitando o processo de transmissão de informação (DGS, 2019a). É de extrema importância desenvolver mecanismos que permitam ao cidadão tornar-se efetivamente parceiro no processo de cuidados de saúde, pois também compete aos profissionais de saúde promover e supervisionar a oferta de uma alimentação adequada e promover um estilo de vida ativo, visando a promoção da saúde para a vida (DGS, 2019b).

2.1.1. Literacia em saúde alimentar

A designação de literacia alimentar aparece como forma de relatar os aspetos mais práticos do dia-a-dia associados à alimentação saudável (Vidgen e Gallegos, 2014). Podemos falar de literacia alimentar quando um indivíduo é capaz de adquirir, organizar e incluir informação básica sobre alimentação de modo a tomar decisões acertadas para a sua saúde e inclui a compreensão da informação contida nos rótulos e conhecimentos de nutrição (Luis,2010). A educação alimentar e nutricional consiste em estratégias sistematizadas que possuem como objetivos a promoção de hábitos alimentares saudáveis voluntários e o incentivo da cultura e valorização da alimentação como elemento fundamental para a vida. O consumo alimentar adequado necessita de cuidados desde a infância, para que as preferências em relação à alimentação não se tornem um consumo excessivo por alimentos inadequados (Pereira, Nunes e Moreira, 2020). A educação alimentar e nutricional destinada às crianças tem o propósito de gerar atitudes positivas e hábitos saudáveis em relação aos alimentos e promover a aceitação da importância de uma alimentação equilibrada e a compreensão da associação entre a alimentação e a saúde (Oliveira et al., 2014).

No Plano de Ação Alimentar e Nutricional 2015-2020, a Organização Mundial da Saúde realça que maus hábitos alimentares são responsáveis por doenças não transmissíveis (e.g., diabetes, doenças cardiovasculares, alguns cancros), dada a urgência na melhoria da ingestão alimentar, a falta de consenso sobre “literacia alimentar” e a carência de investigação-ação neste domínio, comprometem a melhoria de comportamentos alimentares (Rosas et al., 2018), para identificar lacunas teóricas, as mesmas autoras confrontam dois modelos conceituais de literacia alimentar. O primeiro modelo define literacia alimentar como a interligação de conhecimentos, competências e comportamentos relacionados com a alimentação que promovem bem-estar físico e psicológico e compreende os seguintes domínios:

- **Planear** – reflexão sobre o que comer, priorizando os alimentos de acordo com as circunstâncias e os recursos existentes (por exemplo o valor nutricional);
- **Selecionar** – conhecer e avaliar a origem dos alimentos e a sua composição e perceber quais as vantagens e desvantagens da sua ingestão, bem como ter conhecimento sobre o armazenamento correto dos produtos;
- **Preparar** – capacidade de confeccionar os alimentos da maneira mais saudável e aplicando os princípios básicos de higiene;
- **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 segundo modelo, defendido por Desjardins, et al. (2016), citados por Rosas et al., (2018), define literacia alimentar como um conjunto de conhecimentos e habilidades que suportam uma dieta saudável diariamente, construindo resiliência, e incorporando os domínios seguintes:

- **Preparar alimentos** - demonstrando a capacidade de usar receitas e improvisar com ingredientes, bem como usar utensílios de cozinha devidamente;
- **Organizar** - 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.

Deste modo, encontra-se em desenvolvimento um modelo teórico sobre literacia alimentar, procurando não só a definição do conceito, mas também os seus domínios, no contexto cultural, económico e social português.

O período entre os 3 e os 6 anos é fundamental para os processos de aprendizagem que contribuem para o estabelecimento de comportamentos alimentares, consistindo numa oportunidade de excelência para a promoção de rotinas alimentares adaptadas, a necessidade de moldar escolhas alimentares exige uma compreensão dos fatores que influenciam a alimentação, sendo importante nesta etapa, verificar-se um desenvolvimento cognitivo, social e emocional, assim é fundamental considerar a alimentação em função das características da criança e do contexto em que se insere. (Ambrosini, 2013; Vilela, 2014; Ogata, 2017; citados por DGS, 2019b). A educação alimentar nesta fase do desenvolvimento cognitivo pode ser difícil já que a criança pode não compreender conceitos acerca de nutrientes ou a sua relação com os alimentos que os fornecem, sendo crucial neste processo de aprendizagem os pais e irmãos mais velhos tidos como modelos sociais e a imitação a forma privilegiada de aprendizagem para o desenvolvimento dos hábitos alimentares saudáveis. A evidência suporta que o ambiente alimentar familiar, as relações em família influenciam os comportamentos alimentares da criança, sendo a alimentação parental um fator chave para a alimentação dos filhos (Campbell, 2016; Durão, 2017a; Oliveira, 2018, citados por DGS, 2019b).

O estudo de Rama, Breda & Rito (2010) que investigou a relação entre o nível socioeconómico e o excesso de peso, numa população escolar infantil em Portugal, concluiu que um maior nível de literacia e habilitações dos pais (ensino superior) poderia ter um efeito protetor na prevalência do excesso de peso, no IAN-AF as prevalências de excesso de peso em crianças com menos de 10 anos demonstram ser sempre superiores quando os pais são menos escolarizados (Lopes; et al., 2017).

De acordo com o Relatório da Saúde dos Portugueses de 2016 a população mais desfavorecida é mais afetada pela obesidade e a crise económica e social parece influenciar as escolhas alimentares dos portugueses (DGS, 2016).

No âmbito da alimentação saudável, devemos promover a saúde de forma a aumentar os conhecimentos nutricionais e as respetivas implicações para a saúde das escolhas alimentares saudáveis, das crianças e dos pais, a educação alimentar e nutricional por exemplo nas escolas é uma estratégia para potencializar as competências, conhecimentos, atitudes e valores dos alunos em relação à alimentação e estilos de vida saudáveis (Rios-Castillo et al, 2020). Melhorando as práticas e os comportamentos alimentares das crianças pretende-se uma mudança sustentável nas práticas alimentares e no estilo de vida, ainda segundo os mesmos autores a família desempenha um papel decisivo na educação dos filhos para que adquiram hábitos alimentares adequados, pois através da interação com os adultos é que as crianças adquirem determinadas atitudes,

preferências, costumes e hábitos alimentares influenciados pelas práticas alimentares realizadas pela família (Rios-Castillo et al, 2020).

2.2. Alimentação Saudável

A alimentação saudável pressupõe que esta deva ser completa, variada e equilibrada, proporcionando a energia adequada e o bem-estar físico ao longo do dia, alimentos ricos em fibra como produtos hortícolas, frutos, cereais e leguminosas, vitaminas, sais minerais e com baixo teor de gordura devem fazer parte do quotidiano para uma alimentação saudável. (DGS, 2019b). As crianças com idades entre os 3 e 6 anos necessitam dos mesmos nutrientes que as crianças com outras idades, mas, em quantidade menor por Kg de peso corporal do que as crianças com 2 anos de vida, (DGS, 2019b). Ainda segundo os mesmos autores, os alimentos de qualidade e em bom estado de conservação devem ir ao encontro das necessidades diárias das crianças e incluir os diferentes alimentos dentro de cada grupo da nova Roda dos Alimentos, nas porções indicadas, permitindo que a criança desenvolva as atividades escolares de forma satisfatória. A roda dos alimentos (Fig. 2), é o guia que nos ajuda a escolher e a combinar os alimentos que devem fazer parte da nossa alimentação diária, em forma de círculo encontra-se dividido em diferentes segmentos – grupos de alimentos – que agrupam alimentos com características semelhantes quanto à sua composição nutricional (PNPAS, 2017). São ao todo 7 grupos de alimentos, apresentando diferentes dimensões para aqueles que devem estar presentes em maior quantidade na nossa alimentação (grupos maiores), e os grupos de menor quantidade (menor dimensão).



Figura 2: Roda dos alimentos (<https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/roda-dos-alimentos/>)

Para uma alimentação saudável na segunda infância, é necessário estabelecer-se o hábito de fazer cinco a seis refeições por dia (Gonçalves et al. ,2013). Num estudo realizado em Portugal, as crianças analisadas, aos cinco anos, faziam em média 5,48 refeições diárias (Marques, 2019). Deve fazer parte de uma alimentação saudável uma variedade de alimentos, preferindo os de origem vegetal e diminuindo a ingestão de alimentos de origem animal, preferir a ingestão de pão integral, leguminosas secas e cereais, massas, arroz e batatas, várias vezes por dia, isto é, almoço e jantar, devido às suas propriedades nutritivas, fortalecendo a ingestão de frutas variadas e vegetais frescos pois têm aporte vitamínico e mineral adequado às necessidades das crianças, tendo atenção à sua origem, processo de desenvolvimento e conservação dos mesmos (Barreta, 2012).

Evitar a ingestão de gorduras devendo substituir a maior parte das gorduras saturadas por óleos vegetais insaturados ou margarinas moles, preferir os feijões, legumes, lentilhas, peixe, frango ou outras carnes magras como o peru e o coelho. Deve-se estimular a ingestão de leite e seus derivados, de preferência magro ou meio gordo, dando preferência a alimentos com pouco açúcar, evitar alimentos com açúcar refinado e evitando a ingestão de bebidas doces ou guloseimas, diminuir e evitar o sal, pois, a quantidade de sal ingerido por dia não deve exceder uma colher de chá, incluindo o sal existente no pão e alimentos pré-preparados, curados ou enlatados (Barreta, 2012).

Os alimentos devem ser preparados de forma segura e higiénica, preferencialmente grelhados e ao vapor de forma a diminuir a gordura usada na confeção dos alimentos, estes podem ser preparados

de forma a cativar as crianças com cores, sabores e formas variadas, evitando as dietas restritivas pois, as mesmas estão em crescimento e necessitam de todos os nutrientes que compõem a roda dos alimentos, não esquecendo a água, nesta fase é importante saber que, a educação alimentar deve ser reforçada, devendo ser a criança estimulada a fazer 5 a 6 refeições por dia (Barreta, 2012). Deve-se privilegiar uma oferta variada de cada grupo alimentar, facilitando a sua aceitação, respeitando a capacidade de cada criança regular o seu apetite sem forçar a ingestão ou situações de ingestão extrema, promover o saber estar à mesa não permitindo repetições e respeitando os hábitos culturais (DGS, 2019b).

Em Portugal a partir de 2012 foi criado o PNPAS (Programa Nacional de Promoção de Alimentação Saudável), com o intuito de promover uma alimentação saudável, já que no nosso país, a prevalência de excesso de peso atinge 29,6% das crianças com idades dos 6 aos 9 anos e 32,6% das crianças com idades compreendidas entre 1 e 3 anos (DGS, 2019b). Este programa tem vindo a ser implementado com vários objetivos que, de forma mais lenta do que se pretendia, mas tem trazido resultados animadores, entre os quais posso destacar o incentivo ao aleitamento materno, promoção da alimentação adequada nos primeiros 1000 dias de vida, a reformulação dos teores de sal, açúcar e ácidos gordos *trans* nos produtos alimentares, legislação que introduz restrições à publicidade alimentar dirigida a crianças, revisão do imposto especial de consumo sobre as bebidas açucaradas, promoção da implementação de estratégias locais para a promoção da alimentação saudável, melhoria da oferta alimentar nas instituições públicas inclusive ementas e refeitórios escolares bem como disponibilização de leite e fruta em escolas (DGS, 2019b).

De acordo com os dados do IAN-AF que analisou os hábitos alimentares das crianças portuguesas, com base na Roda dos Alimentos, existe consumo de alimentos não incluídos nesta, maioritariamente alimentos processados contribuindo para o consumo excessivo de açúcares simples que representa 27,1% do valor energético total diário (Lopes, et al., 2017), a população infantil portuguesa com menos de 10 anos, não cumpre a recomendação da OMS, de ingestão de 400 g/dia (equivalente a 5 ou mais porções diárias) de frutas e legumes (Lopes, et al., 2017). No estudo COSI-Portugal, o consumo diário de fruta, foi reportado por 63,3%, o da sopa de legumes por 56,6% e de outros legumes por 37,7%, das crianças (Rito, Sousa, Mendes, & Graça, 2017).

Os hábitos alimentares, o estilo de vida e os comportamentos estabelecidos nesta idade tendem a persistir até à idade adulta (DGS, 2019b), acarreta otimizar o crescimento, o desenvolvimento e a condição de saúde da criança, desde os primeiros dias de vida, suportados numa alimentação

saudável, um baixo nível de literacia em saúde pode ter um impacto nas escolhas alimentares dos indivíduos, na compreensão dos termos relacionados com a dieta e na saúde em geral.

2.3. Contributo do Enfermeiro de Família

Uma alimentação inadequada pode conduzir a várias doenças nas crianças, que pelos riscos e pelas repercussões, 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. As doenças decorrentes de uma alimentação inadequada são um problema complexo, com múltiplos fatores associados, onde os fatores genéticos e biológicos, não são modificáveis, a intervenção deve ser dirigida aos fatores comportamentais e ambientais passíveis de serem alterados. Esses fatores incluem a ingestão alimentar/aporte nutricional, ambiente das refeições, influência parental na ingestão alimentar, atividade física, sedentarismo e padrão de sono, família, escola e comunidade e estatutos socioeconómicos e literacia (Kelsey, Zaepfel, Bjornstad, & Nadeau, 2014).

No Plano Nacional Saúde, extensão 2020, a promoção da saúde enquanto estratégia para a capacitação dos cidadãos, visa reduzir os fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, especificamente a obesidade infantil (DGS, 2015), a adoção desta estratégia contribui para as metas do PNPAS 2017 de impedir o aumento de crianças e jovens com peso a mais, aumentar em 5% o número de pessoas que come frutas e legumes todos os dias e aumentar em 20% o número de pessoas que conhece a alimentação mediterrânica (PNPAS, 2017). Neste sentido, a promoção da alimentação saudável possibilita a informação e capacitação das famílias e crianças, para a tomada de decisões saudáveis no momento da escolha e consumo de alimentos e para a aquisição de competência e conhecimentos para o futuro, promotores de ganhos em saúde. É fundamental proporcionar aos consumidores as ferramentas que lhes permitam realizar as escolhas e os comportamentos que sejam os mais adequados e corretos, ter em consideração os aspetos educacionais da população, uma vez que é precisamente este o cerne de muitas das questões que envolvem o binómio alimentação/saúde (Luis,2010), as fontes de informação do consumidor podem ser várias e vão desde os profissionais de saúde, aos meios de comunicação, Internet até aos familiares e amigos.

Não é apenas em casa que as crianças aprendem sobre hábitos alimentares saudáveis, também as escolas têm um papel fundamental para promover o consumo de alimentos saudáveis para a vida, é importante que as crianças em idade pré-escolar aprendam que precisam de se alimentar bem

para se desenvolverem adequadamente, evitar doenças e aprender a fazer escolhas alimentares corretas (Rios-Castillo, et al. 2020).

Uma das estratégias capazes de reduzir o impacto das doenças de origem alimentar é a prevenção e a promoção da saúde, estando o EF capaz de promover o aumento dos níveis de literacia para a saúde dos pais, apoiando-os e capacitando-os para o desempenho do seu papel, de forma a desenvolverem conhecimentos, habilidades e confiança em relação à criança, à saúde e ao crescimento para implementarem mudanças, sendo uma importante estratégia de saúde pública, pois no futuro trará ganhos em saúde.

Devido à proximidade com as famílias, o enfermeiro de saúde familiar deve intervir 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 visita domiciliária (Decreto-Lei n.º 118/2014), considera-se que o papel do enfermeiro de saúde familiar nas USF é preponderante na abordagem centrada nas famílias ao longo do seu ciclo vital, tendo uma intervenção primordial na promoção e educação para a saúde bem como na manutenção desta.

Alimentar é educar. Educa-se promovendo regras e dando exemplos, estruturando atitudes alimentares e de atividade de vida saudável, pelo que todos os educadores são responsáveis pela saúde das gerações futuras. Aprende-se a comer em família sendo esta a peça basilar para a estrutura de um mundo mais salutar, que de uma forma ou de outra todos temos responsabilidade em ajudar a construir (DGS, 2019b).

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Pretende-se neste capítulo refletir, clarificar e descrever os aspetos de natureza metodológica, segundo a definição da problemática e que orientaram a investigação. Este capítulo inicia-se com o tipo de estudo, a população e amostra, problemática e objetivos, o instrumento de colheita de dados, o procedimento de recolha de dados e considerações éticas e finalmente o procedimento de análise de dados.

3.1. Tipo de estudo

De acordo com a essência do problema e os objetivos definidos, foi delineado um estudo com desenho transversal, exploratório e descritivo-correlacional, de abordagem quantitativa. Qualifica-se como exploratório porque na área geográfica que se preconiza desenvolver a investigação desconhece-se a existência de estudos desta natureza.

Opta-se por um estudo de abordagem quantitativa uma vez que se trata de um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis, fundamentado na análise de acontecimentos objetivos e fenómenos que existem, independentemente do investigador, e tem como características a objetividade, a predição, o controlo e a generalização (Fortin, 2009).

Pretende-se relacionar variáveis, apreciar interações e quantificar as relações entre elas, sendo um estudo descritivo-correlacional (Fortin, 2009). Considera-se também um estudo transversal uma vez que os dados são relativos a um determinado momento em estudo.

3.2. População e Amostra/ Caracterização dos Participantes

A população do estudo foram os pais com crianças em idade pré-escolar (entre os 3 e os 6 anos de idade) inscritas e a frequentar as consultas de vigilância de Saúde Infantil da USF Coimbra Centro, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego, Administração Regional de Saúde do Centro. Foram incluídos todos os pais que coabitavam e tinham a seu cargo a responsabilidade de providenciar o regime alimentar aos seus filhos, independentemente do tipo de estrutura familiar que assumissem.

De acordo com os dados disponíveis na USF em estudo o número de crianças inscritas cujo nascimento ocorreu entre 2014 e 2017 foi de 225 crianças em idade pré-escolar.

Após a definição da população, a seleção da amostra foi efetuada por conveniência, de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- Pais cujo agregado familiar esteja inscrito na USF Coimbra Centro, cujo filho tenha realizado no mínimo uma consulta de enfermagem no âmbito da vigilância de consulta de saúde infantil e juvenil;
- Pais com filho(s) que se apresentem na faixa etária entre os 3 e os 6 anos de idade.

E os seguintes critérios de exclusão:

- Pais que tenham filhos com patologia do foro digestivo e/ou restrição alimentar;
- Pais que não dominem a língua portuguesa.

3.3. Problemática e objetivos

Este estudo teve como finalidade responder às questões de investigação:

“Quais os hábitos alimentares das crianças em idade pré-escolar?”;

“Quais os conhecimentos dos pais sobre a alimentação em crianças em idade pré-escolar?”; “Qual a perceção dos pais relativamente à intervenção do EF no âmbito da educação em saúde alimentar?”

Partindo das questões de investigação, definiu-se como objetivo geral do estudo:

Descrever os hábitos alimentares das crianças em idade pré-escolar, o conhecimento dos pais acerca da alimentação infantil, bem como, o contributo do EF para a literacia em saúde alimentar.

Foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar os hábitos alimentares das crianças em idade pré-escolar;
- Identificar os conhecimentos dos pais acerca da alimentação em crianças em idade pré-escolar;
- Identificar os fatores determinantes do conhecimento dos pais sobre alimentação infantil;
- Relacionar o IMC da criança com o nível do conhecimento dos pais acerca da alimentação infantil;
- Descrever a perceção dos pais relativamente ao contributo do EF para a literacia em saúde alimentar.

Para este estudo foram enunciadas as seguintes hipóteses:

- **H 1:** O nível de conhecimento dos pais sobre a alimentação infantil é influenciado por variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, rendimento familiar, nº filhos, elementos do agregado familiar).
- **H 2:** O nível de conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil está relacionado com o IMC das crianças.

3.4. 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, a colheita de dados foi realizada através da aplicação de um questionário, de autopreenchimento sendo a colheita de dados realizada no final da consulta constituído por 3 partes (Apêndice I).

A parte I é relativa a

- **Caracterização sociodemográfica da família**, nomeadamente pela avaliação das seguintes variáveis:
 - tipo de casal (heterossexual ou homossexual);
 - idade;
 - sexo;
 - escolaridade (ensino básico, secundário ou superior);
 - estado civil (casada/união de facto, solteira, viúva, divorciado/separado);
 - profissão foi classificada segundo a Escala de Graffar:
 - 1º grau:** Diretores de bancos, diretores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente;
 - 2º grau:** Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdiretores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes;
 - 3º grau:** Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres-de-obra;
 - 4º grau:** Operários especializados com ensino primário completo (motoristas, polícias, cozinheiros);

5º grau: Trabalhadores manuais ou operários não especializados (jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza).

Consideramos também as variáveis:

- tipo de família (nuclear, reconstituída, alargada, monoparental)
- número de elementos que compõem o agregado familiar;
- número de filhos;
- rendimento do agregado familiar, considerado como referência o valor do salário mínimo nacional de 2021 – 665€.

Esta caracterização foi constituída por 11 perguntas fechadas.

- **Em relação à caracterização da criança,** consideramos as seguintes variáveis:
 - idade- 3,4,5,6 anos;
 - sexo- feminino, masculino;
 - posição na fratria;
 - dados antropométricos, em relação a estes últimos, foi considerada a classificação da OMS para as curvas de crescimento de percentis usadas atualmente por deliberação da DGS e publicadas nos boletins de saúde infantojuvenil (DGS, 2013), baixo peso $IMC < p3$; peso normal $p3 < IMC < p85$; excesso de peso $85 \leq IMC < p97$ e obesidade $IMC \geq 97$.

Em relação aos hábitos alimentares da criança, consideramos: tipo de leite até aos 6 meses de idade (leite materno exclusivo, leite materno e suplemento, leite artificial; Duração da amamentação; Motivo de interrupção da amamentação; Aleitamento materno até que idade; Início da diversificação alimentar; 1º alimento que foi introduzido na alimentação diversificada; Local onde a criança almoça; Número de refeições diárias; Com quem almoça; Composição das diversas refeições; O que costuma beber às refeições; Número de copos de água que bebe por dia; Se costuma comer ou beber antes de dormir; Identificação de restrições alimentares; Hábitos de lavagem dos dentes; Idade de entrada da criança na creche/jardim-de-infância; Quantas horas aí passa por dia).

Esta caracterização foi constituída por 22 perguntas.

A parte II do instrumento de colheita de dados integra o questionário do “*Conhecimento da alimentação Infantil (QAI)*”, construído e validado para a população portuguesa por Costa et al. (2012), que avalia os conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil.

Este questionário apresenta 55 questões com respostas dicotômicas, sendo solicitado aos pais que assinalem com uma cruz a resposta correspondente ao que faz, pensa e sabe no que diz respeito à alimentação do seu filho. 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). 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.

Os itens 1, 4, 7, 9, 10, 13, 19, 21, 23, 31, 36, 38, 43, 44, 49, 53, 55, são pontuados inversamente.

Para classificação dos conhecimentos dos pais 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, conforme expresso na tabela 1:

Tabela 1: Significado e pressupostos dos quatro fatores do QAI (Costa, 2012)

Fator	Significado	Pressupostos	Itens
Fator 1	Alimentação e Saúde	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	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	Avalia algumas regras que estão na base do padrão alimentar.	2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 18, 20, 22
Fator 3	Crenças Alimentares Familiares	Avalia as crenças decorrentes da cultura ou da incorreta promoção alimentar.	1, 10, 19, 21, 23, 24, 26, 31, 43
Fator 4	Variedade/Diversidade no Padrão Alimentar	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.	6, 15, 17, 25, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 39

A parte III é constituída por uma questão de resposta aberta, que se refere à percepção dos pais acerca do contributo do EF na educação alimentar dos filhos.

Neste estudo a variável dependente são os conhecimentos alimentares, e as restantes variáveis de caracterização são as independentes.

3.5. Procedimentos de recolha de dados

Antes de ser aplicado o instrumento de colheita de dados foi efetuado um pré-teste para aferir a compreensibilidade do mesmo e a construção frásica.

Os dados foram colhidos após autorização da coordenadora da USF, (Anexo II), após as consultas de vigilância de saúde infantil pela investigadora.

O instrumento de colheita de dados, foi de autopreenchimento, demorando em média cerca de 15 minutos a ser preenchido.

3.6. Considerações éticas

Foram cumpridos todos os requisitos éticos e deontológicos inerentes ao desenvolvimento de investigação em seres humanos, de acordo com a declaração de Helsínquia, Convenção de Oviedo e Regulamento Geral de Proteção de Dados, tendo sido obtida autorização para a realização do estudo da Comissão de Ética da ARS Centro (Anexo I).

Foram solicitadas e concedidas as autorizações para aplicação deste estudo às entidades competentes nomeadamente à coordenadora (Anexo II) da unidade de saúde onde foi desenvolvido o estudo e à Universidade de Aveiro (Anexo III). Foi obtida a autorização dos autores do Questionário de Alimentação Infantil (QAI) para a sua aplicação neste estudo (Anexo IV). O instrumento de colheita de dados foi aplicado após o consentimento livre e esclarecido dos participantes (Apêndice II).

O anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados recolhidos foi garantido a cada participante reservando o acesso aos dados e posterior análise apenas aos investigadores envolvidos em estudo. Não será registada qualquer informação que permita a identificação dos utentes e todos os dados para identificação dos participantes serão fornecidos pelos profissionais das unidades do estudo não sendo consultados diretamente pela investigadora.

3.7. Procedimentos de análise dos dados

A análise dos dados obtidos e a apresentação dos resultados foi realizada obedecendo à sequência e organização das variáveis e às partes constituintes do instrumento de recolha de dados. Nesta análise, recorreu-se à estatística descritiva e analítica ou inferencial, assumindo-se um nível de significância de 5%. O tratamento estatístico foi efetuado com recurso ao programa IBM® *Statistical Package for the Social Sciences*®. Para a análise descritiva, nas variáveis nominais utilizaram-se as frequências absolutas e relativas; nas variáveis contínuas as medidas de tendência central (média e desvio padrão).

Para a decisão dos testes estatísticos a serem utilizados foi avaliada a aderência à normalidade através do teste estatístico de Kolmogorov-Smirnov, sendo que para uma variável apresente uma distribuição normal $p > 0,05$. De acordo com o valor encontrado no teste de Kolmogorov-Smirnov ($p < 0,001$) com a correlação de significância de Lilliefors, este permitiu concluir que a amostra não

segue uma distribuição normal, sendo por isso usados testes não paramétricos (Pestana e Gajairo, 2008).

Tendo em conta estes resultados para a análise inferencial utilizaram-se os testes não paramétricos: teste Mann-Whitney - é aplicado quando se pretende comparar uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de indivíduos; o teste Kruskal Wallis - é aplicado quando se pretende comparar três ou mais populações independentes e finalmente o teste Qui-quadrado não paramétrico (associação entre duas variáveis qualitativas). Utilizou-se ainda o coeficiente de correlação de Spearman – correlação não paramétrica, que se utilizou para relacionar duas variáveis quantitativas contínuas.

A questão aberta foi analisada através das respostas dadas pelos pais das crianças, tendo em conta a apreciação dedutiva de conteúdo, de acordo com a análise de conteúdo de Bardin (1994), tendo sido identificadas categorias, subcategorias e discriminadas unidades de registo.

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo, procede-se à análise e interpretação dos dados obtidos pelo processo de colheita dos mesmos, apresentando a caracterização da amostra relativa aos pais e à criança, seguindo-se os resultados relativos aos conhecimentos dos pais acerca da alimentação infantil e, por fim, o contributo do EF na educação alimentar das crianças.

Caraterização da amostra

De seguida apresentamos as características sociodemográficas dos pais, da amostra constituída por 69 indivíduos, que acompanharam os seus filhos em idade pré-escolar às consultas de saúde infantil e juvenil.

No que concerne aos casais, o tipo predominante foi o heterossexual (89,9%), com idades compreendidas entre os 31-40 anos (65,2%). No que se refere ao nível de escolaridade destes, as mães possuíam um nível de escolaridade mais elevado em relação aos pais, em que o ensino superior (49,3%) predomina entre as mães, enquanto o ensino secundário (52,2%) predomina entre os pais.

No que respeita à profissão das mães, as predominantes foram as de grau I (24,6%), contudo em relação aos pais as profissões predominantes são as de grau IV (33,3%).

A maior parte dos casais são casados/união de facto (79,7%), e quanto ao tipo de famílias podemos referir que as mais representativas foram as nucleares (81,2%). Os agregados familiares foram constituídos por um mínimo de 2 pessoas e um máximo de 7, sendo a moda de 4 pessoas. O número de filhos dos agregados familiares foi em média de 1 ou 2 filhos.

Em relação aos rendimentos dos agregados familiares a média foi de 2,65 salários mínimos.

Tabela 2: Características sociodemográficas dos pais.

Variáveis	Categorias	n(%)
Acompanhante da consulta	Mãe	48(69,6%)
	Pai	3(4,4%)
	Outro	1(1,4%)
	Sem resposta	17(24,6%)
Tipo de casal	Heterossexual	62(89,9%)
	Homossexual	2(2,9%)
	Sem resposta	5(7,2%)
Idade da Mãe	Mãe	
	21-30	14(20,3%)
	31-40	45(65,2%)
	> 41	10(14,5%)
Idade do Pai	Pai	
	22-30	7(10,1%)
	31-40	45(65,2%)
	> 41	16(23,2%)
	Sem resposta	1(1,5%)
Nível de escolaridade da Mãe	Ensino básico	5(7,2%)
	Ensino secundário	30(43,5%)
	Ensino superior	34(49,3%)
Nível de escolaridade do Pai	Ensino básico	7(10,1%)
	Ensino secundário	45(65,2%)
	Ensino superior	16(23,1%)
	Não respondeu	1(1,4%)
Estado Civil	Casado/união de facto	55(79,7%)
	Solteiro	8(11,6%)
	Viúvo	2(2,9%)
	Divorciado/separado	4(5,8%)
Profissão da Mãe	Grau 1	17(24,6%)
	Grau 2	4(5,8%)
	Grau 3	9(13,1%)
	Grau 4	14(20,3%)
	Grau 5	15(21,7%)
	Desempregadas	10(14,5%)
Profissão do Pai	Grau 1	12(17,4%)
	Grau 2	8(11,6%)
	Grau 3	19(27,5%)
	Grau 4	23(33,3%)
	Grau 5	3(4,3%)
	Desempregados (1 faleceu)	4(5,9%)
Tipo de Família	Nuclear	56(81,2%)
	Reconstituída	5(7,2%)
	Monoparental	8(11,6%)
Número de pessoas do agregado familiar	Min=2 Max=7 DP=0,915	
Número de filhos	Min=1 Max=3 Média= 1,65 DP=0,590	
Rendimento em salários mínimos	Min=1 Max=6 Média= 2,65 DP=1,334	

Dados de caracterização da criança

No que diz respeito aos dados de caracterização das crianças com idades que variaram entre os 3 anos e os 6 anos, 43 crianças eram do sexo masculino (62,3%) e 26 do sexo feminino (37,7%). Constatamos um maior número de crianças na faixa etária dos 5 anos (34,8%), dado que se explica por coincidir com a idade de vacinação. Na amostra, 31,9% das crianças eram o primeiro filho.

Relativamente ao IMC, apesar da maioria das crianças apresentar peso normal (56,5%), 15,9% das crianças possuíam excesso de peso e, 15,9% tinham obesidade. De salientar ainda que 11,6% das crianças apresentavam baixo peso.

Tabela 3: Dados de caracterização da criança

Variáveis	Categorias	n(%)
Idade	3 anos	22(31,9%)
	4 anos	10(14,5%)
	5 anos	24(34,8%)
	6 anos	13(18,8%)
Sexo	Feminino	26(37,7%)
	Masculino	43(62,3%)
Posição na fratria	Primeiro	22(31,9%)
	Segundo	10(14,5%)
	Sem resposta	37(53,6%)
IMC	Baixo peso: IMC < p3	8(11,6%)
	Peso normal: p3 < IMC < p85	39(56,6%)
	Excesso de peso: p85 ≤ IMC < p97	11(15,9%)
	Obesidade: IMC ≥ p97	11(15,9%)

Anamnese dos Hábitos Alimentares

No que diz respeito aos dados referentes à anamnese dos hábitos alimentares das crianças (Tabela 4), é de referir que 49,3% das mães amamentou os seus filhos com leite materno exclusivo até aos 6 meses de idade, 2,8% das mães referiram dificuldades na amamentação, motivo pelo qual abandonaram precocemente o aleitamento materno exclusivo, e o tempo médio de amamentação rondou o ano de idade.

Em relação ao início da alimentação diversificada verificamos que 52,2% dos pais introduziram-na após os 6 meses de idade, e o alimento introduzido em primeiro lugar foi maioritariamente a sopa (78,3%).

Tabela 4- Anamnese dos Hábitos alimentares das crianças

Variáveis	Categorias	n (%)
Tipo de leite até aos 6 meses de idade	Leite materno exclusivo	34 (49,3%)
	Leite materno e suplemento	26 (37,7%)
	Leite artificial	9 (13,0%)
Motivo do abandono do aleitamento	Dificuldade na amamentação	2 (2,8%)
	Não quis	1 (1,4%)
	Problemas de saúde da mãe	1 (1,4%)
Início da alimentação diversificada	Antes dos 6 meses	31 (44,9%)
	Depois dos 6 meses	36 (52,2%)
	Sem resposta	2 (2,9%)
Primeiro alimento introduzido	Papas sem glúten	9 (13,1%)
	Papas com glúten	1 (1,4%)
	Papas de fruta	5 (7,2%)
	Sopa	54 (78,3%)

Relativamente aos hábitos alimentares das crianças, verificamos que 88,8% das crianças almoçavam no jardim de infância e efetuavam em média 5 refeições diárias. De salientar uma criança que realizava apenas 3 refeições diárias.

Quanto à constituição do pequeno-almoço, 85,5% das crianças ingeriam pão e cereais, a maioria 81,0% consumia lacticínios, sendo que 68,1% das crianças ingeria menos de meio litro de leite, diariamente (Tabela 5).

Tabela 5: Hábitos alimentares da criança (cont.)

Variáveis	Categorias	n(%)
Local de almoço da criança e com quem	Jardim de infância	61(88,4%)
	Em casa	
	Com os pais	1(1,4%)
	Com a mãe	1(1,4%)
	Com os avós	5(7,4%)
	Sem resposta	1(1,4%)
Número de refeições que a criança faz diariamente (incluindo lanches)	3	1(1,4%)
	4	11(15,9%)
	5	22(31,9%)
	6	31(44,9%)
	7	4(5,9%)
		Média-5,38
Constituição do pequeno-almoço	Pão e Cereais	59(85,5%)
	Lactícínios (leite, iogurte, queijo)	56(81,0%)
	Fruta	6(8,5%)
Quantidade de leite ingerido por dia	Leite	50(72,5%)
	Menos de meio litro	47(68,1%)
	Mais de meio litro	3(4,3%)
	Iogurte	26,1%

No que diz respeito à composição das refeições principais (Tabela 6), 98,6% das crianças consumiam sopa, no entanto apenas 24,6% consumia este componente da refeição mais do que uma vez por dia. Quanto ao consumo de carne e peixe verificamos que à exceção de uma criança que não comia peixe todas as restantes ingeriam este tipo de proteínas. As descrições dos pais deram ainda a saber a ausência de consumo regular de vários alimentos essenciais ao desenvolvimento infantil, nomeadamente, 11,6% das crianças não consumia legumes e 44,9% não ingeria saladas, 10,1% não consumiam arroz/massas/batatas/leguminosas e, 7,3% não consumia fruta. Por outro lado cerca de 56,7%, das crianças consumiam sobremesa 1 a 7 vezes por semana.

Tabela 6: Hábitos alimentares da criança (cont.)

Variáveis	Categorias	n (%)
Sopa	Sim	68(98,6%)
	Não	1(1,4%)
	Quantas vezes por semana	
	0	1(1,4%)
	1-7	50(72,6%)
Carne	8-14	17(24,6%)
	>14	1(1,4%)
	Sim	69
	Não	0
	Quantas vezes por semana	
1-7	65(94,2%)	
8-14	4(5,8%)	
Peixe	Sim	68(98,6%)
	Não	1(1,4%)
	Quantas vezes por semana	
	0	1(1,4%)
	1-7	64(92,8%)
Legumes	8-14	4(5,8%)
	Sim	61(88,4%)
	não	8(11,6%)
	Quantas vezes por semana	
	0	8(11,6%)
Saladas	1-7	48(69,6%)
	8-14	13(18,8%)
	Sim	38(55,1%)
	Não	31(44,9%)
	Quantas vezes por semana	
0	31(44,9%)	
Arroz/massa/batatas/ leguminosas	1-7	37(53,7%)
	8-14	1(1,4%)
	Sim	62(89,9%)
	Não	7(10,1%)
	Quantas vezes por semana	
0	7(10,1%)	
Fruta	1-7	43(62,3%)
	8-14	19(27,6%)
	Sim	64(92,7%)
	Não	5(7,3%)
	Quantas vezes por semana	
0	5(7,3%)	
Sobremesa	1-7	43(62,3%)
	8-14	20(29%)
	Sim	39(56,5%)
	não	30(43,5%)
	Quantas vezes por semana	
0	30(43,5%)	
1-7	39(56,5%)	

No que se refere aos lanches conforme dados apresentados na tabela 7, foram constituídos principalmente por pão e cereais para 95,65% das crianças, bem como laticínios e derivados para 94,2% das crianças, a fruta faz parte dos lanches de 23,19% das crianças e bolachas de 10,14%.

As crianças do nosso estudo consumiam preferencialmente água às refeições (76,8%), havendo crianças a ingerirem entre 1 copo e 10 copos de água por dia, com uma média de 4,64 copos.

É de salientar que 62,3% das crianças do nosso estudo tinham o hábito de comerem ou beberem antes de dormir, e 42,2% refere que consumia leite nesse momento.

No nosso estudo não foi encontrada nenhuma criança com restrições alimentares.

De referir que 97,1% das crianças apresentavam o hábito de lavar os dentes antes de ir dormir. Em relação à idade em que as crianças entraram para o jardim de infância foi em média ao ano de idade, e passam lá cerca de 7h 39min por dia (Tabela 7).

Tabela 7: Hábitos alimentares da criança (cont.)

Variáveis	Categorias	n (%)	Min/Max/Média/DP
Composição do lanche	Pão e Cereais	66(95,65%)	
	Laticínios (leite, iogurte, queijo)	65(94,2%)	
	Fruta	16(23,19%)	
	Bolachas	7(10,14)	
	Gelatina	1(1,4%)	
	Chá	1(1,4%)	
Bebidas às refeições	Água	53(76,8%)	
	Sumos de fruta naturais	11(15,9%)	
	Sumos de polpa de fruta (tipo compal)	4(5,9%)	
	Refrigerantes (coca-cola, ice tea)	1(1,4%)	
Copos de água ingeridos diariamente	Com resposta- 67(97,2%)		Mínimo- 1copos Máximo -10copos Média - 4,64copos DP-1,773copos
	Sem resposta- 2 (2,8%)		
Comer ou beber antes de dormir	Não	26(37,7%)	
	Sim	43(62,3%)	
	O quê?		
	Água	4(5,8%)	
	Fruta	3(4,3%)	
	Iogurte	2(2,9%)	
	Leite	29(42,2%)	
	Leite e bolachas	1(1,4%)	
	Leite e/ou pão	2(2,9%)	
	Leite, água e cereais	1(1,4%)	
Pão	1(1,4%)		
Restrição alimentar	Sim	0 (0,0%)	
	Não	69(100,0%)	
Lavagem de dentes antes de dormir	Sim	67(97,1%)	
	Não	2(2,9%)	
Idade de entrada para a creche	Com resposta-68		Mínimo- 2meses Máximo- 42meses Média- 11,37meses DP-9,93 meses
	Sem resposta-1		
Número de horas que criança passa por dia no jardim de infância			Mínimo-4h Máximo- 10h Média- 7,39h DP-1,23h

Em relação ao nível de literacia em alimentação infantil apresentado pelos pais (Tabela 8), avaliados pelo QAI, relativamente ao score de conhecimentos, 34,8% evidencia um bom conhecimento, 33,3% conhecimento suficiente. Contudo 31,9% dos pais apresentou conhecimento insuficiente acerca da alimentação dos seus filhos.

Tabela 8: Questionário alimentação infantil (QAI)

Score conhecimentos	n(%)
Conhecimento insuficiente	22(31,9%)
Conhecimento suficiente	23(33,3%)
Conhecimento bom	24(34,8%)

O QAI avalia também 4 fatores, sendo eles **Alimentação e Saúde**, **Regras Alimentares**, **Crenças Alimentares** e **Variedade/diversidade no padrão alimentar**, aos quais correspondem pressupostos que foram avaliados através de respostas a diversas afirmações referentes a cada um deles, tal como é possível observar no **Apêndice III**.

Globalmente, em relação ao nível de literacia (Tabela 9), constatamos que o score variou entre 39 e 55 pontos, com uma média de $47,74 \pm 3,616$ pontos.

Em relação à análise dos fatores, constatamos que o fator **Alimentação e Saúde** apresentou um valor médio de $20,97 \pm 1,236$ pontos., sendo o valor mínimo de 17 e máximo de 22 pontos, que segundo os autores do QAI, avalia os pressupostos que estão na base da relação entre a alimentação e a saúde. Este fator avalia a escolha dos nutrientes e o padrão de consumo de gestão da atividade física e tem uma pontuação máxima de 22 pontos, pensamos assim, que em relação a este fator os pais do nosso estudo têm bom conhecimento.

Relativamente ao fator **Regras Alimentares**, o valor mínimo encontrado foi de 7 pontos e o máximo de 13 pontos, com média de $11,43 \pm 1,157$ pontos. Este fator avalia algumas regras que estão na base do padrão alimentar, com base nestes resultados podemos afirmar, que os pais destas crianças possuem bom conhecimento acerca das regras alimentares.

No que respeita ao fator **Crenças Alimentares** Familiares, verificamos um valor médio de $6,9 \pm 1,202$ pontos, com valor mínimo de 3 e máximo de 9 pontos, este fator avalia as crenças decorrentes da cultura ou da incorreta promoção alimentar, podemos afirmar que no nosso estudo os pais têm conhecimento aceitável acerca deste fator.

O fator **Variedade/diversidade no padrão alimentar** variou entre o valor mínimo de 3 e máximo de 11 pontos, com média de $8,43 \pm 1,851$ pontos, este fator 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, podemos dizer que, os pais destas crianças apresentam um bom conhecimento acerca do fator variedade/diversidade no padrão alimentar.

Tabela 9: Áreas de conhecimentos segundo o QAI

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Conhecimentos globais	39	55	47,74	3,616
Alimentação saúde	17	22	20,97	1,236
Regras alimentares	7	13	11,43	1,157
Crenças alimentares	3	9	6,90	1,202
Variedade padrão alimentar	3	11	8,43	1,851

De seguida procedemos à apresentação dos resultados relativos à análise inferencial dos dados, obtidos pela aplicação dos testes estatísticos que permitiram caracterizar o comportamento das variáveis naquela que foi confirmação ou infirmação das hipóteses inicialmente formuladas.

Relação entre o sexo e o IMC da criança

Tal como se pode observar na Tabela 10, após aplicação de um teste Qui-quadrado não paramétrico, a percentagem de crianças com Risco ou Baixo Peso, Peso Normal ou Excesso de Peso ou Obesidade é relativamente semelhante para ambos os sexos, não havendo uma associação significativa entre o estado nutricional reagrupado e o sexo das crianças em estudo ($\chi^2 = 6,383$; $p = 0,382$).

Tabela 10: Estatística de teste Qui-quadrado entre o sexo da criança e o IMC categorizado

Variável	Categoria	Estado nutricional			
Sexo		Baixo peso (%)	Peso normal n(%)	Excesso de Peso ou Obesidade n (%)	$\chi^2 = 6,383$ $p = 0,382$
	Feminino	2(2,89%)	18(26,08%)	4(5,79%)	
	Masculino	6(8,69%)	21(30,43%)	7(10,14%)	

Relação do IMC da criança com o nível de conhecimentos dos pais acerca da alimentação infantil - o nível de conhecimento dos pais está relacionado com o IMC das crianças.

Na tabela 11, são apresentados os resultados decorrentes da aplicação de um teste Qui-quadrado de Pearson, para avaliar a existência de relação entre o IMC das crianças e o nível de conhecimento dos pais em estudo e verificou-se não existir diferença estatística significativa ($p = 0,122$).

Tabela 11: Estatística de teste Qui-quadrado entre IMC categorizado das crianças e os Conhecimentos dos pais acerca da alimentação infantil

Variável	IMC	n(%)	X ²	p
Conhecimentos dos pais acerca da alimentação infantil	Baixo peso	8 (11%)	5,788	0,122
	Peso normal	39 (56,6%)		
	Excesso de peso/Obesidade	11 (15,9%)		
		11 (15,9%)		

O nível de conhecimento dos pais sobre a alimentação das crianças é influenciado por variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, elementos do agregado familiar, nº de filhos e rendimento familiar).

Partindo do pressuposto que o conhecimento dos pais sobre a alimentação infantil pode ser influenciado por alguns fatores, consideramos as variáveis idades dos pais, escolaridade dos pais, elementos do agregado familiar, nº de filhos e por fim o rendimento familiar, de modo a apreciarmos a sua influência.

Pela aplicação dos testes de Kruskal-Wallis (Tabela 12) verificou-se que não existe diferença estatisticamente significativa entre a **idade da mãe e o score global dos conhecimentos** ($p=0,081$).

Tabela 12: Estatística de teste Kruskal-Wallis entre a idade da mãe e os Conhecimentos dos pais acerca da alimentação infantil

Variável	Idade da mãe (anos)	Mediana	X ²	p
Conhecimentos dos pais acerca da alimentação infantil	21-30	47,00	5,023	0,081
	31-40	48,00		
	>41	49,50		

O mesmo já não sucedeu em relação à **idade do pai** (Tabela 13) tendo-se verificado uma diferença estatisticamente significativa entre a idade deste e o score global dos conhecimentos ($p=0,043$). Após uma comparação múltipla entre os grupos etários dos pais, verificou-se- existir uma diferença

entre o grupo etário dos 21-30 e o grupo dos 31-40, confirmando-se um nível de conhecimentos mais elevado, no grupo dos 31-40 anos com uma Mediana de 49,00.

Tabela 13: Estatística de teste Kruskal-Wallis entre a idade do pai e os Conhecimentos sobre alimentação infantil

Variável	Idade do pai(anos)	Mediana	χ^2	p
Conhecimentos dos pais acerca da alimentação infantil	21-30	45,00	6,281	0,043
	31-40	49,00		
	>41	47,50		

Foram realizados testes Kruskal Wallis ($p=0,015$) **entre os grupos de escolaridade da mãe e o score global de conhecimentos** e verificou-se que existe diferença estatisticamente significativa, após uma comparação múltipla entre os vários grupos de escolaridade das mães, verificando-se existir uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,019$) entre o grupo do ensino secundário e o grupo do ensino superior, sendo que é no grupo das mães que frequentaram o ensino superior (Med=49,50), que apresentam um nível de conhecimentos mais elevado.

Tabela 14: Estatística de teste Kruskal-Wallis entre o nível de escolaridade da mãe e o score global de Conhecimentos sobre alimentação infantil

Variável	Nível escolaridade da Mãe	Mediana	χ^2	p
Conhecimentos dos pais acerca da alimentação infantil	Ensino básico	49,00	8,337	0,015
	Ensino secundário	47,00		
	Ensino superior	49,50		

Em relação ao pai foi aplicado o mesmo teste Kruskal Wallis e verificou-se que, não existe diferença estatisticamente significativa ($p=0,307$) entre o nível de escolaridade e o score global de conhecimentos.

Tabela 15: Estatística de teste Kruskal Wallis entre o nível de escolaridade do pai e o score global de Conhecimentos sobre alimentação infantil

Variável	Nível escolaridade do pai	Mediana	χ^2	p
Conhecimentos dos pais acerca da alimentação infantil	Ensino básico	48,50	2,361	0,307
	Ensino secundário	47,00		
	Ensino superior	50,00		

No que se refere **ao nível de conhecimento dos pais** acerca da alimentação infantil ao ser relacionada com **o número do agregado familiar**, podemos constatar que existe uma correlação negativa, ou seja, quanto maior o agregado familiar, menor o nível de conhecimentos, no entanto, não é estatisticamente significativo ($p=0,207$). Verificamos também que o nível de **conhecimentos dos pais** correlacionado com **o número de filhos** apresentou uma correlação negativa, logo, podemos constatar que quanto maior o número de filhos, menor o score dos conhecimentos, embora, não sendo estatisticamente significativa ($p =0,372$).

Constatamos a existência de uma relação positiva, entre **o rendimento e os conhecimentos dos pais** acerca da alimentação infantil, ou seja, quanto maior o rendimento familiar, também maior serão os conhecimentos adquiridos pelos pais, no entanto, o resultado não é estatisticamente significativo ($p =0,302$) (Tabela 16).

Tabela 16: Estatística de teste entre algumas variáveis e os Conhecimentos dos pais acerca da alimentação infantil

Conhecimentos	r	p
Rendimento familiar	0,143	0,302
Número agregado familiar	-0,154	0,207
Número de filhos	-0,109	0,372

Perceção dos pais relativamente ao contributo do enfermeiro de família para a literacia em saúde alimentar

A avaliação da perceção dos pais foi efetuada através de uma pergunta aberta acerca do contributo do enfermeiro na educação alimentar dos seus filhos, no sentido de perceber se a literacia alimentar passa pelo papel do EF de saúde familiar.

No quadro seguinte apresentamos as unidades de registo dos respondentes, subdividindo as que reconhecem que o enfermeiro tem contributo na educação alimentar, as que não identificam contributo no trabalho do EF nessa área, e as que não responderam à questão.

Tipo de respostas	n(%)
Contributo	55 (79,7%)
Sem contributo	2 (2,9%)
Sem resposta	12 (17,4%)

Quadro 1: Distribuição das respostas do contributo do EF na educação alimentar

Quando se analisaram as respostas à pergunta **“Qual a perceção dos pais relativamente à intervenção do enfermeiro de família no âmbito da educação em saúde alimentar”**, (Quadro 2), emergiram as seguintes 3 subcategorias: Apoiar, Ensinar e Informar. Estas subcategorias foram criadas com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), utilizada a nível nacional para a gestão documental dos cuidados através da aplicativo Sclinico.

A subcategoria **“Apoiar”** foi a que mais se destacou, expressa por 18 unidades de registo, o que evidenciou a relevância que é atribuída ao enfermeiro de família naquela que é a sua intervenção de apoio/ajuda ao desenvolvimento da competência parental, no âmbito da promoção da saúde alimentar infantil.

Seguiu-se a subcategoria **“Ensinar”**, expressa por 16 unidades de registo, o que fez notar que os pais consideram o enfermeiro de família um profissional de saúde competente para transmitir conhecimentos sobre dieta alimentar infantil e esclarecimento de dúvidas subjacentes à sua implementação.

Por último, a subcategoria “Informar”, expressa por 14 unidades de registo o que fez notar que os pais consideram que o enfermeiro de família é competente a comunicar acerca da alimentação infantil.

<i>Categoria</i>	<i>Subcategoria</i>	<i>Unidades de Registo</i>
Papel do enfermeiro na educação em saúde alimentar	Apoiar	<p>“Ajuda bastante no 1º ano de vida da criança” (3)</p> <p>“Ajudam a proporcionar uma alimentação cuidada”(P22?)</p> <p>“Ajuda no crescimento dele e no desenvolvimento”(P18)</p> <p>“Ajuda e ensina de forma correta na introdução dos alimentos”(P27)</p> <p>“Ajuda nas escolhas alimentares dos nossos filhos”(P1)</p> <p>“Ajuda a perceber melhor o tipo de alimentação que as crianças devem ter”(P7)</p> <p>“Ajuda na preparação e aconselha sobre a melhor e mais saudável alimentação para o crescimento”(P10)</p> <p>“Ajuda a melhorar o tipo de alimentação, a respeitar a roda dos alimentos”(P25)</p> <p>“Ajuda no controlo do peso da criança e aconselha na alimentação dela”(P12)</p> <p>“Auxilia os pais prestando informação sobre a alimentação adequada”(P16)</p> <p>“O enfermeiro de família ajuda os pais no aconselhamento dos alimentos importantes”(P5)</p> <p>“Boa ajuda para o crescimento dos nossos filhos e ficamos melhor informados sobre a boa alimentação” (P4)</p> <p>“Está sempre pronto para ajudar”(P14)</p> <p>“Dicas favoráveis à alimentação e ajuda nas melhores escolhas alimentares”(P69)</p> <p>“Muito importante porque nas consultas o enf. ajuda os pais”(P67)</p> <p>“O enfermeiro ajuda a explicar às crianças o que deve comer”(P63)</p> <p>“Grande ajuda no 1º ano da criança principalmente”(P58)</p> <p style="text-align: right;">(n=18)</p>
	Ensinar	<p>“Ensinar a nível da educação alimentar”(P59)</p> <p>“Ensinar a parte da alimentação”(P41)</p> <p>“Esclarecimento de dúvidas e de questões relacionadas com alimentação”(P20)</p> <p>“Aconselha e tira dúvidas”(P39)</p> <p>“Esclarece dúvidas”(P11)</p> <p>“Esclarecimento de dúvidas e aconselhamento”(P36)</p> <p>“Esclarecem dúvidas relativamente à alimentação das crianças”(P30)</p> <p>“Aconselhar, ouvir e esclarecer dúvidas dos pais e filhos, esclarecimento da educação alimentar”(P30)</p> <p>“Acompanhamento regular ao qual ajuda a esclarecer dúvidas que surjam principalmente na amamentação”(P28)</p> <p>“Alerta para uma alimentação saudável e equilibrada”(P34)</p> <p>“Esclarecimento e aconselhamento que dão nas consultas”(P40)</p> <p>“Esclarecer e orientar para uma alimentação equilibrada dos mais novos”(P1)</p> <p>“Está disponível para ensinar e esclarecer dúvidas na educação alimentar”</p>

		<p><i>"Sempre me aconselhou e ensinou como deveria fazer logo o seu contributo é fundamental"(P21)</i></p> <p><i>"Tirar as dúvidas e ensina a proporcionar uma alimentação saudável."(P68)</i></p> <p><i>"Papel fulcral no apoio da família e esclarecimento das dúvidas."(P17)</i></p> <p><i>"Confio plenamente, recorro em caso de dúvidas".(P38)</i></p> <p><i>"Acompanhamento de excelência"(P6)</i></p> <p style="text-align: right;">(n=17)</p>
	Informar	<p><i>"Renovar a informação e fornecer novas dicas para o crescimento saudável dos nossos filhos"(P35)</i></p> <p><i>"No aconselhamento e orientação para os pais de "primeira viagem"(P9)</i></p> <p><i>"Informação e esclarecimento sobre a alimentação"(P15)</i></p> <p><i>"Aconselhamento importante para orientar as escolhas da família na educação alimentar(61)"</i></p> <p><i>"Acompanhar, vigiar e informar tirando dúvidas para um crescimento mais saudável"(P62)</i></p> <p><i>"Dar orientação de uma refeição equilibrada e ajustada crescimento e desenvolvimento da criança."(60)</i></p> <p><i>"Auxilia ao controlo e monitorização dos parâmetros de crescimento fornecendo informações importantes(P32)"</i></p> <p><i>"Papel fundamental na educação para a saúde, desde o nascimento para uma vida mais saudável"(P33)</i></p> <p><i>"Aconselhamento ao nível de variedade de alimentos e crescimento da criança"(P68)</i></p> <p><i>"Aconselha e dá sugestões para corrigir pormenores"(P19)</i></p> <p><i>"É uma pessoa muito importante para aconselhar na educação alimentar"(P13)</i></p> <p><i>"Dar orientação de uma refeição equilibrada e ajustada crescimento e desenvolvimento da criança"(P24)</i></p> <p><i>"Orientação dos alimentos que podem ou não ser ingeridos após a avaliação da evolução do seu filho"(P28)</i></p> <p style="text-align: right;">n=14</p>

Quadro 2: "Percepção dos pais relativamente à intervenção do EF no âmbito da educação em saúde alimentar"

Outras atribuições de significado emergiram dos pais, relativamente à intervenção do Enfermeiro de Família, não se enquadrando com nenhuma das subcategorias apresentadas. Foram exemplo: **"Não há contributo**, devia ser feito por nutricionistas", **"Não houve contributo"**; neste caso foram dois pais que referiram que o EF não proporcionava interferência relevante na educação em saúde alimentar das crianças. As restantes que não se enquadram são de **contributo positivo** sobre a percepção dos pais sobre a intervenção do enfermeiro na educação da saúde alimentar, sendo as seguintes: **"Contributo foi bom"**, "Controlo e colaboração importante no ritual do crescimento", "Importante para que a criança cresça saudável", "Aprendemos a comer melhor com as crianças", "Muito importante", "Importante para a saúde de todos", "Muito importante", "É bom".

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo é efetuada a discussão dos resultados obtidos em comparação com estudos do mesmo âmbito identificados na literatura científica recente.

Caraterização dos hábitos alimentares

A nutrição adequada está potencialmente relacionada com o estado de saúde ao longo do ciclo vital. Uma correta nutrição está correlacionada com o bom desenvolvimento da criança (Hockenberry, Wilson & Rodgers, 2018), tendo nesta fase de desenvolvimento os pais um papel fundamental nos hábitos da criança, podendo apresentar repercussões positivas ou negativas no futuro em diferentes níveis (Melo et al, 2017).

O Relatório de Saúde Infantil e Juvenil (Portugal, 2018) ressalva o aumento de estratégias dos projetos nacionais existentes e o investimento em políticas integradoras e multissetoriais, de forma a promoverem a literacia em saúde das famílias em todos os contextos (familiar, escola e comunidade) no que refere às práticas alimentares, atividade física, obesidade e excesso de peso, entre outros. Por conseguinte, analisar os hábitos alimentares das crianças em idade pré-escolar e os níveis de literacia alimentar dos progenitores, é verdadeiramente importante para a conceção e desenvolvimento de projetos de intervenção direcionados.

Nesta investigação, na amostra estudada (n=69), constatamos as que crianças realizavam uma média diária de 5,38 refeições, o que está de acordo com as recomendações para uma alimentação saudável na segunda infância (Gonçalves et al., 2013). Também num estudo realizado em Portugal, por Marques (2019), com crianças até cinco anos, se verificara que estas faziam em média 5,48 refeições diárias, o que se aproxima do valor encontrado no nosso estudo.

Em relação à constituição do pequeno-almoço, constatamos que 85,51% das crianças consumiam pão e cereais, e 81,16% consumiam laticínios, ou seja, incluíam alimentos do grupo dos cereais e do grupo dos laticínios, na mesma refeição. Também o estudo COSI (2016), evidenciou o consumo diário de leite e derivados por crianças portuguesas, preferencialmente leite magro ou meio gordo (72,9% vs 4,2%), bem como, iogurtes, sobremesas ou outros produtos lácteos (26,8%) e queijo (9,0%).

Foi observado que 98,6% das crianças consumia sopa, pelo menos uma vez por dia, o que revela um comportamento tendencialmente saudável quando comparado com os resultados do estudo de COSI (2016), no qual o consumo da sopa de legumes foi referido por 56,6% das crianças.

Todas as crianças comiam carne ou peixe entre uma a sete vezes por semana, sendo de salientar que apenas uma não comia peixe. Estes dados vieram corroborar o estudo de COSI (2016), onde a carne foi consumida diariamente mais frequentemente (17,3%) do que o peixe (9,8%).

Verificámos que 11,6% das crianças não comia legumes isoladamente, não ingeria saladas (44,9%) e 7,2% não comiam fruta, indicando um consumo insuficiente de alimentos com nutrientes indispensáveis ao desenvolvimento infantil. Este resultado é corroborado por outros estudos, nomeadamente, o estudo de Lopes e colaboradores (2017) que constataram que a população infantil portuguesa com menos de 10 anos, não cumpria a recomendação da OMS de ingestão de 400 g/dia (equivalente a 5 ou mais porções diárias) de frutas e legumes. Também o estudo COSI-Portugal, reporta o consumo diário de fruta por 63,3% das crianças e de outros legumes por 37,7%, das crianças inquiridas (Rito, Sousa, Mendes, & Graça, 2017).

Em relação aos lanches das crianças, estes foram constituídos essencialmente por pão e cereais (95,65%), destacando-se neste grupo o consumo de bolachas (10,14%) bem como, por laticínios e derivados (94,2%) e, também constatamos a ingestão de fruta nos lanches infantis (23,19%). Segundo Barreta (2012), deve-se estimular a ingestão de leite e seus derivados, de preferência magro ou meio gordo, dando preferência a alimentos com pouco açúcar, evitar alimentos com açúcar refinado e evitando a ingestão de bebidas doces ou guloseimas.

Globalmente, no que se refere aos hábitos alimentares, os resultados demonstraram que os pais relatam que os seus filhos ingerem mais frequentemente alimentos saudáveis (como por exemplo carne, peixe, fruta, legumes e sopa). Resultados similares foram encontrados por Martins (2016) e por Andrade (2014), que constataram bons hábitos alimentares nas crianças alvo do estudo, ainda que tenham verificado o consumo de doces e *fast food* com alguma frequência.

Acerca da ingestão de bebidas às refeições, 76,8% dos pais responderam que as crianças ingeriam água, correspondendo em média a 4,64 copos/por dia. Segundo o estudo COSI (2016), 96,7% das crianças bebem água diariamente, tal como é recomendado pela DGS, devendo-se oferecer água durante o dia e às refeições (DGS, 2019b).

Classificação do IMC

No que se refere à determinação do índice de massa corporal das crianças, constatamos que 15,9% das crianças eram obesas, 15,9% possuíam excesso de peso, 11,6% possuíam baixo peso e 56,5% eram normoponderais. Quanto às diferenças entre meninos e meninas, os nossos resultados mostram que as crianças do sexo masculino apresentavam uma maior percentagem de obesidade, contudo, esta diferença não se revelou estatisticamente significativa. Estes resultados estão de

acordo com o estudo de Leiras (2015), que reportou que 13,4% das crianças apresentaram obesidade e 21,8% encontraram-se no percentil do excesso de peso. Também Damasceno e colaboradores (2010), num estudo mais alargado realizado no Brasil com 727 crianças (54,3% do sexo feminino e 45,7% do sexo masculino) verificaram que não existia diferença estatisticamente significativa no IMC de crianças obesas ou com sobrepeso entre os dois sexos, embora a prevalência de sobrepeso fosse superior nas meninas.

Resultados similares foram obtidos por Parzianello e Santos (2007), através da análise entre o sexo e o IMC, tendo verificado que as crianças do sexo masculino apresentam um maior índice de sobrepeso em relação às crianças do sexo feminino, apesar de existirem estas diferenças, não configuraram diferença estatisticamente significativa.

As evidências encontradas no nosso estudo e nos demais publicados parecem ser inconclusivas com respeito à relação entre as variáveis IMC e sexo. Tal situação, muito provavelmente, será atribuída a outros fatores se tomarão como determinantes de obesidade infantil, como é o caso da propensão genética, esta é um fator determinante para desenvolver a obesidade para desenvolver a obesidade, assim como os hábitos alimentares inadequados e a inatividade física ou o sedentarismo (Pessoa, 2016).

Conhecimentos dos pais acerca da alimentação infantil

No que respeita ao nível de conhecimentos dos pais acerca da alimentação infantil, verificou-se que a maioria (68,1%) apresentou conhecimentos considerados suficientes ou bons sobre esta temática. Contudo, 31,9% dos pais apresentaram um nível de conhecimentos insuficientes, o que realça a importância da intervenção do enfermeiro de família do ponto de vista da capacitação dos pais sobre alimentação infantil.

Estes resultados revelam níveis de literacia superiores aos encontrados por Marques (2019), que concluiu que o nível global de conhecimentos das mães acerca da alimentação infantil, era maioritariamente suficiente ou bom (58,38%), sendo que as restantes mães apresentaram conhecimentos insuficientes (43,62%). Os nossos resultados também mostram níveis de literacia em alimentação infantil superiores aos encontrados por Pinto (2016), que usou o mesmo instrumento, avaliando o conhecimento sobre alimentação infantil em 114 pais e constatou que 43,9% dos participantes apresentava conhecimentos suficientes, 30,7% conhecimentos bons e 25,4% conhecimentos insuficientes.

O Relatório Nacional sobre Literacia em Saúde em Portugal (Espanha, Ávila e Mendes; 2016), que avalia de forma geral a literacia em saúde, divulgou que 11% da população apresentava níveis inadequados; 38% da população com um nível de literacia em saúde considerado “problemático”; 50% dos portugueses tem um nível de literacia “excelente” ou “suficiente”, mas a percentagem no nível excelente (8,6%) é a mais baixa no conjunto dos países, seguida da Espanha e da Grécia. Um outro estudo português, acerca de literacia em saúde (Pedro et al, 2016), refere que 61% dos inquiridos apresenta um nível problemático ou inadequado de literacia geral em saúde. Em diferentes estudos um baixo nível de literacia em saúde tem vindo a ser identificado como fator de risco para várias doenças, nomeadamente a obesidade, enquanto níveis adequados de literacia poderão ter melhoria na condição de saúde das pessoas (*idem*).

A nosso ver o resultado do presente estudo poderá ter sido atribuído às características sociodemográficas da sua amostra, procedente de uma região do país com privilegiado acesso a formação avançada e/ou informação especializada, em particular, na área da saúde.

Fatores determinantes no nível de conhecimentos dos pais acerca da alimentação de crianças em idade pré-escolar

Ao aplicarmos testes de hipóteses verificamos uma diferença estatisticamente significativa entre a idade do pai e o score global dos conhecimentos. Após uma comparação múltipla entre os grupos etários dos pais, verificou-se existir uma diferença entre o grupo etário dos 21-30 e o grupo dos 31-40, confirmando-se um nível de conhecimentos mais elevado, no grupo dos 31-40 anos.

Decorrente da análise realizada entre os grupos de escolaridade da mãe e o score global de conhecimentos sobre alimentação infantil, constatamos que o grupo das mães que frequentaram o ensino superior apresentaram um nível de conhecimentos mais elevado, sendo esta relação estatisticamente significativo.

Um estudo desenvolvido por Costa (2012), com 792 pais, demonstrou que maior nível de escolaridade das mães evidenciava melhor conhecimento sobre a alimentação infantil. Num estudo realizado no Brasil (Pedrosa, 2017), os resultados sugeriram que a escolaridade da mãe diminui a probabilidade de ocorrência de desnutrição infantil, mas em contrapartida, aumenta a probabilidade de obesidade em crianças de 1 a 10 anos de idade. No mesmo estudo e para a segunda amostra, de adolescentes, uma maior escolaridade do pai esteve relacionado com uma menor probabilidade de desnutrição e de obesidade.

Assim, estes resultados apontaram para a relevância da família ser dotada de elementos com habilitações literárias superiores, nomeadamente quando essa característica é protagonizada pelo seu elemento materno (“mãe”), podendo esta circunstância traduzir-se por um maior nível de literacia em saúde que se manifesta pela adoção das melhores opções de seleção alimentar que se poderão vir a constituir como a oferta do regime alimentar mais saudável para os seus filhos.

Alguns outros estudos têm analisado a influência das variáveis sociodemográficas nos conhecimentos alimentares dos pais. Andrade (2014), numa amostra de 231 pais de crianças dos jardins de infância da zona norte de Loures, verificou que as variáveis demográficas (idade, anos de escolaridade e especialização profissional) estavam positivamente relacionadas com o conhecimento nutricional. Também Costa (2012), no seu estudo sobre obesidade infantil, realizado com 792 pais de crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos, através da aplicação do QAI, concluiu que, em relação à idade, as mães mais velhas, apresentavam melhores conhecimentos sobre alimentação, enquanto os pais, eram os de grupo etário entre os 26-32 anos que apresentavam conhecimentos mais elevados. Ainda no mesmo estudo, foi encontrada relação entre o maior nível de conhecimento e o nível superior de escolaridade, tal como se verificou no presente estudo em relação às mães com maior nível de escolaridade, eram as que apresentavam melhores níveis de conhecimentos acerca da alimentação infantil.

No que se refere ao nível de conhecimento dos pais acerca da alimentação infantil ao ser relacionada com o número do agregado familiar, podemos constatar que existe uma correlação negativa, ou seja, quanto maior o agregado familiar, menor o nível de conhecimentos, no entanto este resultado não é estatisticamente significativo.

Verificamos também que o nível de conhecimentos dos pais correlacionado com o número de filhos apresentou uma correlação negativa, embora esta não se tenha revelado estatisticamente significativa.

Constatamos ainda a existência de uma relação positiva entre o rendimento e os conhecimentos dos pais acerca da alimentação infantil, ou seja, quanto maior o rendimento familiar, também maior serão os conhecimentos adquiridos pelos pais, no entanto, o resultado também não foi estatisticamente significativo.

Os grupos de baixo rendimento têm uma maior tendência para consumir dietas desequilibradas, em particular com baixa ingestão de frutas e produtos hortícolas, o que atualmente é apontado como estando na base do desequilíbrio energético. Não obstante, outros estudos revelam que o acesso a mais dinheiro não é sinónimo de uma alimentação de melhor qualidade, aumentando,

todavia, o poder de escolha. A pertinência de perceber esta influência, relaciona-se diretamente com a necessidade de fundamentar as estratégias de prevenção às reais necessidades (Costa, 2012).

Verificamos que não há diferença entre o IMC das crianças e o nível de escolaridade da mãe, tal como não verificamos diferença estatisticamente significativa entre IMC das crianças e o nível de escolaridade do pai.

No que concerne ao IMC das crianças e o score global dos conhecimentos dos pais, a relação entre eles foi negativa, apesar de não ser estatisticamente significativa.

Também Costa (2012) estudou os determinantes do ambiente alimentar familiar, concretamente o conhecimento dos pais sobre alimentação infantil e o IMC da criança, tendo verificado que o IMC das crianças estabelecia relações positivas com os fatores do QAI, mas apenas significativas nas regras alimentares e conhecimento global, inferindo que mais regras alimentares e melhor conhecimento sobre alimentação infantil se associavam a maior IMC das crianças. Um estudo levado a cabo por Pinto (2016), com recurso ao mesmo instrumento de recolha de dados, constatou a existência de relação entre os níveis de literacia em saúde da mãe e o IMC das crianças, mostrando que níveis mais altos de conhecimentos traduzem estados ponderais mais baixos nas crianças. Assim, depreendemos 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, podendo exercer influencia no IMC das crianças.

Perceção dos pais acerca do contributo do Enfermeiro de família no âmbito da alimentação saudável

Através da questão colocada aos pais sobre a perceção do contributo do EF no âmbito da alimentação saudável, obtivemos registos de perceções positivas sobre as intervenções de enfermagem, enfatizando o papel de capacitar a família para promover a alimentação saudável na criança em idade pré-escolar.

As três subcategorias emergentes - Apoiar, Ensinar e Informar - salientaram o importante papel do enfermeiro como mediador no âmbito da educação para a saúde, dotando os cidadãos de conhecimentos e capacidades que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas ao seu projeto de saúde (OE, 2012). No que se refere à promoção da alimentação saudável na criança em

idade pré-escolar, é fundamental desenvolver uma relação de confiança e de parceria entre enfermeiro e família. Os pais/família são respeitados e têm o direito a decidir o que é importante para a sua família, o papel do enfermeiro de família é de ensinar, apoiar, reforçar as capacidades da família, promovendo a aquisição de competências, que capacitem os pais/família, para escolhas saudáveis, no melhor interesse da criança (Lourenço, 2015).

Na idade pré-escolar existe uma dependência muito grande das crianças dos seus progenitores, sendo que estes são responsáveis pelas oportunidades e educação que proporcionam às suas crianças. É importante ajudar os pais a perceberem as consequências, tanto a curto como a médio e longo prazo que as suas atitudes educacionais podem desencadear. Paralelamente, torna-se necessário empoderar os pais de ferramentas e estímulos que lhes ajudem a sentir-se motivados e realizados na árdua tarefa da educação alimentar das suas crianças (Lourenço, 2015).

Segundo Moura *et al.* (2021), o enfermeiro deve levar o cuidador a refletir criticamente sobre a qualidade da alimentação oferecida à sua criança, tornando-o, deste modo, protagonista do processo de transformação da sua realidade. O enfermeiro, é o profissional que está mais bem posicionado para avaliar globalmente as necessidades em cuidados de saúde das famílias e mobilizar os recursos (internos e externos), tendo em conta não só as expectativas dos utentes, mas também a adequação e a rentabilização dos meios (Ministério da Saúde, 2012).

O enfermeiro concebe ações de prevenção primária no controle da obesidade, através de ações educativas. Com o aumento do número de obesos juvenis, os cuidados com essa população tornam-se desafiantes em todas as fases da vida, devido à dificuldade em se manter a disciplina alimentar. A atuação integrada dos membros da equipe de saúde é de grande importância para conquistas futuras. Também é evidente que essas medidas só serão alcançadas se houver participação da família, das escolas e das comunidades, num esforço conjunto da sociedade e do governo (Pinho e Godinho, 2017).

Assim, o EF é corresponsável pela prestação de cuidados globais a um grupo limitado de famílias, num continuum que vai desde o nascimento até à morte, nas mais diversas situações de crise e em todos os processos de transição saúde-doença. Neste sentido, a sua prestação de cuidados reconhece a família como uma unidade de transformação, preconizando-se, assim, uma abordagem sistémica da família que a ajude a crescer nas suas competências, de forma a responder aos problemas de saúde atuais ou potenciais e a cumprir a suas funções de um modo mais saudável.

As práticas do enfermeiro de família centram-se em ações de promoção e proteção da saúde e prevenção da doença, e evidenciam-se pelas suas atividades de educação para a saúde,

manutenção e restabelecimento da saúde dos indivíduos e famílias. A Educação para a Saúde surge como um meio facilitador de preparar os indivíduos para um papel ativo nos seus processos de saúde/doença. Um dos seus principais objetivos é ajudar as pessoas a desenvolverem a sua capacidade de tomada de decisão, responsabilizando-as pela sua saúde (Araújo, 2014).

Para isso as ações do EF, regulam a promoção da saúde e prevenção da doença, através de atividades de educação, manutenção, restabelecimento da saúde, visando sempre o reforço dos recursos, das forças e as competências da família. Para isso, é importante estabelecer uma relação colaborativa de proximidade com as famílias, englobando-os no planeamento e execução das intervenções que visam o equilíbrio familiar. Assume-se, assim, como um profissional de referência para a família, relativamente à acessibilidade a cuidados globais, contínuos e integrados, pois é mais bem posicionado para avaliar globalmente as necessidades em cuidados de saúde dos indivíduos e suas famílias e para mobilizar recursos, internos e externos, adequando e rentabilizando os meios. Para o sucesso das suas intervenções, o enfermeiro de família deve respeitar as potencialidades dos utentes/famílias e dar apoio no sentido de ela encontrar as suas próprias soluções nos problemas identificados (Araújo,2014).

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, (Marques, 2019).

6. CONCLUSÃO

Este documento relata a aprendizagem desenvolvida no contexto da prática clínica, naquela que foi a aquisição de competências específicas do EEESF. O estágio de natureza profissional ofereceu a prática de cuidados à família e a aplicação de conhecimentos baseados na evidencia científica. Deste modo, constituiu-se uma experiência de evolução e de desenvolvimento profissional, possibilitando a planificação, a implementação bem como a avaliação dos objetivos propostos. Estes cuidados foram implementados, visando a capacitação e envolvimento de todos os elementos da família na promoção e conservação da saúde. De forma a proceder à avaliação familiar foi fundamental a aplicação de instrumentos, de maneira a organizar o pensamento sistémico e projetar intervenções de enfermagem, ajustada às necessidades e expectativas da família.

Verificamos que em algumas crianças inscritas na USF onde foi realizado o nosso estudo prevalece o excesso de peso e ou obesidade, pelo que devemos refletir sobre este resultado e enfatizar a necessidade de avaliação sistemática do peso nas consultas de saúde infantil, tal como preconizado, reforçando a necessidade de definição de estratégias de educação para a saúde alimentar, dirigidas aos pais durante as consultas de enfermagem de família. Os enfermeiros especialistas em saúde familiar devem avaliar comportamentos alimentares e hábitos de vida da família para poder aclarar meios de promover a saúde e bem-estar das crianças e das famílias, devendo para isso empoderar as famílias. Os nossos resultados mostram uma ingestão reduzida de vegetais bem como saladas e de fruta pelas crianças, o que implica uma abordagem educativa aos seus pais. A diversificação desta oferta torna-se mais importante ainda, uma vez que estas crianças se encontram numa fase importante para a experimentação alargada de alimentos, com diferentes sabores e texturas de modo a adquirirem hábitos saudáveis. Estes achados evidenciam a importância de uma intervenção alargada às famílias, pois os hábitos da criança nesta idade, refletem os hábitos da família.

As famílias devem procurar as melhores soluções através da melhoria dos conhecimentos, arranjar soluções para evitar o excesso de peso/obesidade infantil, ampliando a literacia em saúde alimentar. Sendo evidente desta forma a necessidade de intervenção do EF no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis no seio familiar, tornando-se necessário programas dirigidos aos pais.

Os pais percecionam o EF como profissional com conhecimentos, que esclarece sempre que necessário as dúvidas acerca da alimentação infantil. Conclui-se, assim, que este estudo constitui um contributo importante para ampliar o debate sobre o EF e as suas práticas de cuidados às crianças e famílias. Ao mesmo tempo, contribuiu para esclarecer a importância do papel do EF nas consultas de enfermagem, como elemento impulsionador de saúde através da educação para a

saúde, com o qual é instituída uma relação de confiança. Os achados deixam em aberto ideias para investigação futura, nomeadamente no que diz respeito ao planeamento de políticas no domínio da enfermagem de saúde familiar que contribuam para uma melhoria de boas práticas no âmbito da prestação da vigilância de saúde em cuidados de saúde primários.

6.1. Principais conclusões

De um modo geral podemos dizer que não existem muitos estudos acerca da literacia em saúde alimentar em Portugal, nesta faixa etária. Neste estudo foi abordada a literacia em saúde alimentar de pais com crianças em idade pré-escolar: contributo do enfermeiro de família.

Foi realizada a caracterização da família, bem como da criança, avaliado o seu IMC, dado ênfase ao conhecimento dos pais sobre a alimentação das crianças, por ser o cerne do nosso estudo. Também foi avaliada a perceção dos pais acerca do contributo que o enfermeiro de família pode prestar sobre uma alimentação saudável.

De uma amostra de 69 pais de crianças, com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos de idade, a partir da análise e discussão dos dados obtidos chegou-se às seguintes conclusões: em termos de excesso de peso e obesidade infantil ainda mantemos números elevados (31,8%), por outro lado, constatamos que 11,6% das crianças ainda possuem baixo peso. A caracterização dos conhecimentos sobre alimentação infantil revelou que 33,3% dos pais tinham conhecimentos suficientes, 34,8% bons e 31,9% insuficientes, o que nos leva a concluir que temos de capacitar os pais para uma escolha de uma alimentação saudável

A perceção dos pais acerca do contributo do EF no âmbito da alimentação saudável foi globalmente positiva sobre as suas intervenções. Ao considerarem que estes adotaram intervenções que os permitiu Apoiar, Ensinar e Informar, consideram que os profissionais de saúde se revelam de uma extrema importância no sentido de promover o *empowerment* da família em matéria de saúde alimentar, podendo esta ser uma das estratégias para a prevenção da obesidade infantil e obtenção de ganhos em saúde nesta faixa etária.

6.2. Limitações do estudo

A principal limitação prende-se com a natureza da nossa amostra, pois o seu carácter não probabilístico levanta questões relativas à sua representatividade. Nesta perspetiva, podemos

considerar que este é um grupo simbólico das crianças em idade pré-escolar e respetivos pais, pelo que os resultados apresentados devem ser analisados apenas no contexto e na população em estudo.

Por outro lado, o facto de se tratar de um estudo de corte transversal remete-nos para um único período de avaliação e, tal como refere Fortin (2009), os estudos transversais espelham apenas a prevalência do fenómeno, o que pode constituir um conhecimento limitado no que diz respeito à temática em estudo, ou seja, à avaliação de conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil.

Estando perante uma pandemia por SARS-CoV-2 COVID-19, e sendo a deslocação de pais e crianças bastante limitada às unidades de cuidados de saúde primários, não foi simples obter uma colaboração eficaz no preenchimento dos questionários.

6.3. Implicações para a prática profissional /propostas de alteração de práticas profissionais

Os resultados deste estudo mostram os hábitos alimentares de crianças em idade pré-escolar, e o nível dos conhecimentos dos pais acerca da alimentação infantil, permitindo depreender algumas implicações para a prática profissional, nomeadamente:

- A necessidade de os enfermeiros de família desenvolverem competências para a melhor compreensão dos hábitos alimentares das famílias e respetivo aconselhamento;
- Enfoque que deve ser atribuído na continuidade de cuidados no âmbito da literacia alimentar para o acompanhamento das famílias e avaliação dos seus hábitos, estabelecendo com as mesmas estratégias e metas para a mudança ou ajuste alimentar, consoante as situações identificadas;
- A importância da formação aos enfermeiros de família acerca da avaliação da alimentação infantil;
- A necessidade de criação de um manual de boas práticas para a abordagem dos enfermeiros de família, no âmbito da promoção da saúde alimentar em crianças em idade pré-escolar;
- A avaliação das necessidades das famílias em matéria de literacia em saúde alimentar, assim como o desenvolvimento de meios de comunicação eficazes para promover a literacia nesta área, por forma a que cada cidadão tome decisões responsáveis conducentes à adoção de uma alimentação equilibrada e hábitos de vida saudáveis.

É perentório o papel do EEESF, que cuida as famílias nos seus contextos de desenvolvimento, entendendo as dimensões familiares estrutural, de desenvolvimento e funcional, com capacidades individuais para alcançar o cuidar, principalmente nas famílias com filhos em idade pré-escolar. Desta forma o EEESF, reconhece nas famílias capacidades e competências, devendo ser um mediador para a excelência do cuidar e capacitação destas, de forma a disponibilizarem um conhecimento que pode contribuir para ganhos em saúde.

Seria importante proceder a um estudo mais abrangente e mais aprofundado acerca da literacia em saúde alimentar, procurando manifestar os seus encadeamentos nos cuidados de enfermagem de forma a empoderar as famílias, de uma forma geral, a fazerem escolhas alimentares e de vida saudáveis.

7. SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

Na nossa vida profissional, a motivação para aprender levou-nos a aprofundar conhecimentos e investir na formação frequentando o mestrado de enfermagem de saúde familiar. Este ciclo partilhado entre colegas de curso, utentes, equipa da USF, professores e orientadores deste relatório, revelou-se gratificante do ponto de vista pessoal, permitindo a aquisição e aprofundamentos de competências especializadas em enfermagem de saúde familiar. Assim, foram escolhidas as famílias com filhos em idade pré-escolar como foco de estudo empírico, para aprofundar conhecimento acerca da literacia alimentar dos pais, para posteriormente dinamizar intervenções de enfermagem dirigidas às famílias, cooperando para um cuidar mais personalizado.

No decorrer deste estágio consideramos importante obter e reforçar competências, aperfeiçoar e transformar atitudes e comportamentos, bem como aptidões que levaram a novos relacionamentos com as famílias e com os profissionais de saúde.

Espera-se que este estudo, emergente de um objetivo, conduzido e concluído com uma satisfação muito significativa pelo conhecimento destas famílias e suas crianças, possa conduzir a um cuidar de proximidade na USF Coimbra Centro, contribuindo para melhorar práticas no âmbito da capacitação dos pais. As famílias “acreditam” no enfermeiro de família com competências interpessoais, particularmente empatia e aptidão que seja um gestor de cuidados (dirigidos e planeados com a família), assumindo o papel de educador que preserve o acompanhamento de cuidados e visitação domiciliária; que seja simplificador da articulação com a comunidade, nomeadamente enquanto conciliador. O EF na sua área de intervenção, cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde (Dec. Lei nº 149-art.3)

Também na atual conjuntura de pandemia, a vulnerabilidade das crianças e suas famílias suportam o impacto negativo na saúde familiar, reforçando a pertinência deste estudo.

Este percurso permitiu-nos adquirir competências de nível especializado em enfermagem de saúde familiar, e ajustar o conhecimento, valorizando a família como um todo numa perspetiva sistémica.

Por outro lado, a frequência deste estágio revelou-se uma experiência bastante positiva, enriquecedora e aliciante de carácter pessoal e profissional.

Após a conclusão deste relatório assumimos o compromisso de apresentação à equipa da USF Coimbra Centro dos resultados obtidos neste estudo, contribuindo para a perceção da magnitude da problemática em estudo nesta amostra, tendo como objetivo a melhoria continua da intervenção personalizada às famílias de crianças em idade pré-escolar acerca da alimentação saudável.

Pretendemos igualmente a dinamização da equipa de saúde para a criação de um manual de educação alimentar dirigido aos pais com crianças em idade pré-escolar, como forma de orientar práticas e intervenções dos enfermeiros de família, na sua abordagem acerca dos hábitos alimentares, promovendo práticas promotoras da alimentação saudável da criança e família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarenga, W. de. A., Silva, M. E. D. da. C., Silva, S. S. & Barbosa, L. D. da. C. S. (2012). Ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros na escola: percepção de pais. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(4), 522-527. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-23934>
- Andrade, M. da. G. M. de. A. M. (2014). *Determinantes sociais e psicológicos do comportamento alimentar infantil* [Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/15441>
- Andrade, A. C., Machado, M. M. T., Kenner, C., & Lindsay, A. C. (2015). Prematurity, Overweighth and Obesity: A Problem That Merits Increased Recognition by Healthcare Practitioners and Researchers. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 15(4), 174-176. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2015.09.002>
- Araújo, C. F. G. de. (2014). *Enfermagem com famílias. Percepção dos utentes de uma unidade de saúde familiar dos cuidados do enfermeiro de família* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/77847>
- Baker, D. W. (2006) The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878-883. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x>
- Bardin, L. (1994). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barreta, N. (2012). *Plano de Intervenção para Combater e Evitar a Obesidade Infantil* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/14840>
- Correa, A. M. G., Pereira, A. D., Backes, D. S., Ferreira, C. L. de. L., Signor, E. & Obem, M. K. (2015). Percepção de Pais Acerca do Impacto de Tecnologias no Viver Saudável dos Seus Filhos. *Cogitare Enfermagem*, 20(4), 805-812. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.41127>
- Costa, M. da. G. F. A. (2012). *Obesidade Infantil: Práticas Alimentares e Percepção Materna de Competências* [Tese de doutoramento, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/9744>
- Costa, M. da. G. F. A., Nunes, M. M. de. J. C., Duarte, J. C. & Pereira, A. M. S. (2012). Conhecimento dos pais sobre alimentação: construção e validação de um questionário de alimentação infantil. *Revista de Enfermagem Referência*, Série III (nº 6), 55-68. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1158>

- Decreto-Lei nº 118/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: I série, n.º 149. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/8/5/p/dre/pt/html>
- Despacho nº 6860/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II série, n.º 135. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/6860-2018-115698613>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*. <https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada-pelo-governo.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável: Alimentação Saudável em Números – 2015*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/DGS_PNPAS2017_V7.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/DGS_PNPAS2017_V7.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Saúde Infantil e Juvenil*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-saude-infantil-e-juvenil-portugal-2018.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2019a). *Manual de boas práticas de literacia em saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2019b). *Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores*. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos/>
- Direção-Geral da Saúde (2020) <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2060991/Pages/default.aspx> consultado a 24 de novembro de 2020.
- Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. (2020). *Guia Orientador de Estágio*. Aveiro, Portugal. <https://www.ua.pt/>
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2016). *Literacia em Saúde em Portugal: relatório síntese*. Fundação Calouste Gulbenkian.

- Faria, M. C. C. S. (2012). Parentalidade Positiva e Empreendedora. <http://hdl.handle.net/10400.12/5467>
- Fawcett, S., Abeykoon, P., Arora, M., Dobe, M., Galloway-Gilliam, L., Liburd, L., & Munodawafa, D. (2010). Constructing an action agenda for community empowerment at the 7th Global Conference on Health Promotion in Nairobi. *Global Health Promotion*, 17(4), 52-56. <https://doi.org/10.1177/1757975910383933>
- Figueiredo, M. H. J. S., & Martins, M. M. F. P. S. (2009). Dos contextos da prática à (co)construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 615-621. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300017>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidata.
- Gonçalves, C., Dias, D., Ferreira, M., & Esteves, R. (2013). *Dúvidas, Problemas e Dificuldades na alimentação do seu filho*. Portugal: Associação Portuguesa dos Nutricionistas. Recuperado de <https://www.apn.org.pt/imagens/noticias/doc1155.pdf>
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família - Teoria, Prática e Investigação*. (2nd ed.). Portugal: Lusociência.
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2018). *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (10th ed.). Elsevier.
- Kelsey, M. M., Zaepfel, A., Bjornstad, P., & Nadeau, K. (2014). Age-related consequences of childhood obesity. *Gerontology*, 60(3), 222-228. <https://doi.org/10.1159/000356023>
- Kickbusch, I., Wait, S., Maag, D., McGuire, P., & Banks, I. (2006). *Navigating Health: The Role of Health Literacy*. International Longevity Centre-UK. <https://ilcuk.org.uk/navigating-health-the-role-of-health-literacy/>
- Leiras, E. M. do. V. (2015). *Comportamento alimentar da criança: a influência materna* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1287>
- Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., ..., Andersen, L. F. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório metodológico*. Universidade do Porto, Portugal. Recuperado de <https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IAN-AF%20Relatorio%20Metodol%C3%B3gico.pdf>
- Lourenço, M. (2015). *Obesidade Infantil: Prevenir é a melhor opção*. Leya.

- Luís, L. F. S. (2010). *Literacia em Saúde e Alimentação Saudável: Os novos produtos e a escolha dos alimentos* [Tese de doutoramento, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório da Universidade Nova de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10362/4264>
- Martins, R. C. (2016). *O comportamento alimentar e hábitos alimentares da criança em idade pré-escolar: relação com as estratégias parentais* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/27693>
- Marques, V. L. V. (2019). *Excesso de Peso em Idade Pré-Escolar: A Influência da Literacia em Saúde do Cuidador* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2271>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company. https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situati_on_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Melo, K. M., Cruz, A. C. P., Brito, M. F. S. F., & Pinho, L. (2017). Influência do Comportamento dos pais durante a refeição e no excesso de peso na infância. *Escola de Enfermagem Anna Nery*, 21(4). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0102>
- Ministério da Saúde. (2012). *Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP: Pressupostos para a sua implementação*. <https://docplayer.com.br/79720-Papel-do-enfermeiro-de-saude-familiar-nos-csp-pressupostos-para-a-sua-implementacao.html>
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2013). *Educação Alimentar e Nutricional: o direito humano a alimentação adequada e o fortalecimento de vínculos familiares nos serviços socioassistenciais – caderno de atividades*. <https://fpabramo.org.br/acervosocial/estante/educacao-alimentar-e-nutricional-o-direito-humano-alimentacao-adequada-e-o-fortalecimento-de-vinculos-familiares-nos-servicos-socioassistenciais-caderno-de-atividades/>
- Moura, J. W. S., Vasconcelos, E. M. R., Vasconcelos, C. M. R., Silva, A. A., Medeiros, K. S., Lemos, F. S., & Silva, M. G. M. S. (2021). Promoção da alimentação complementar saudável em menores de dois anos por enfermeiros: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde*. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20210019>

- Nogueira, H., Ferrão, M. M., Gama, A., Mourão, I., Marques, V. R., & Padez, C. (2012). Percepção parental do ambiente de residência e obesidade infantil no Distrito de Coimbra. *Antropologia portuguesa*, 29(1), 96-111. https://doi.org/10.14195/2182-7982_29_7
- Oliveira, M. N., Sampaio, T. M. T., & Costa, E. C. (2014) Educação nutricional de pré-escolares – um estudo de caso. *Oikos: Família e Sociedade em Debate*, 25(1), 93-113. <https://periodicos.ufv.br/oikos/article/view/3690>
- Oliveira, W. K. (2012). Hábitos alimentares contemporâneos e a elaboração de uma ética teológica em perspectiva. *Anais do Congresso da Faculdade EST*, 1(1), 1178-1194. <http://anais.est.edu.br/index.php/congresso/article/view/145>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-dos-padr%C3%B5es-de-qualidade-em-enfermagem-de-sa%C3%BAde-familiar-publicado-em-di%C3%A1rio-da-rep%C3%ABlica/>
- Ordem dos Enfermeiros(2019) Regulamento n.º 140/2019 Diário da República, 2.ª série -N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do *European Health Literacy Survey* em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259-275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Pedro, A. R. (2018). *Literacia em saúde: da gestão da informação à decisão inteligente* [Tese de doutoramento, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório da Universidade Nova de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10362/58232>
- Pedrosa, E. N. (2017). *Efeito da escolaridade dos pais sobre o estado nutricional dos filhos no Brasil* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Viçosa]. Locus Repositório Institucional da Universidade Federal de Viçosa. <https://locus.ufv.br//handle/123456789/14301>
- Pereira, T. R., Moreira, B., & Nunes, R. M. (2020) A importância da educação alimentar e nutricional para alunos de séries iniciais. *Lynx*, 1. <https://doi.org/10.34019/2675-4126.2020.v1.25591>
- Pestana, M. H., & Gajreiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6th ed.). Edições Sílabo.

- Pessoa, J. (2016). Obesidade Infantil: influência dos pais sobre a alimentação e estilo de vida dos filhos. *Temas em Saúde*, 16(2), 460-481. <https://doi.org/temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/16226.pdf>
- Pinho, G. B. B., & Godinho, J. S. L. (2017). Assistência de Enfermagem na Prevenção e Promoção da Saúde da Criança e Adolescente com Risco para Obesidade. *Revista Pró-univerSUS*, 8(2), 10-14. <http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/689>
- Pinto, L. P. (2017). *Conhecimento dos pais sobre alimentação infantil: relação com as características sociodemográficas e estado nutricional da criança* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4123>
- Rama, P., Breda, J., & Rito, A. (2010). Estatuto socioeconómico e o excesso de peso numa população escolar infantil em Portugal. *Nutricias*, 10, 8-10.
- Ríos-Castillo, I., Urriola, L., Centeno, A., Farro, K., Escala, L., & González-Madden, E. (2020). A short-term food and nutritional education pilot intervention for prevention of overweight among school-age children in Panama. *Revista Chilena de Nutrición*, 47(5), 713-723. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182020000500713>
- Rito, A., Sousa, R. C., Mendes, S., & Graça, P. (2017). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2016*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. <https://www.insa.min-saude.pt/childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi-portugal-relatorio-2016/>
- Rosas, R., Pimenta, F., Leal, I., & Schwarzer, R. (2018). FOODLIT-PRO: Desenvolvimento de Literacia Alimentar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19(1), 122-128. <https://doi.org/10.15309/18psd190118>
- Silva, S. P. (2015). Complexidade, conhecimento e educação: a emergência de um novo paradigma epistemológico no contexto contemporâneo. *Revista Educação*, 40(21), 375-388. <https://doi.org/10.5902/19846444>
- Silva, F. A., Candiá, S. M., Pequeno, M. S., Sartorelli, D. S., Mendes, L. L., Oliveira, R. M., Netto, P. N. & Cândido, A. P. C. (2017). Daily meal frequency and associated variables in children and adolescents. *Jornal de Pediatria*, 93(1), 79-86. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.04.008>
- Triches, R. M., & Giugliani, E. R. J. (2005). Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. *Revista Saúde Pública*, 39(4), 541-547. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000400004>

Vidgen, H. A., & Gallegos, D. (2014). Defining food literacy and its components. *Appetite*, 16, 50-59.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.010>

ANEXOS

ANEXO I- AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA

9

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Favorável	DESPACHO: <i>fiuolofado</i> <i>07 01 2021</i>
------------------------------------	--

Conselho Diretivo
da A.R.S. do Centro, L.P.

ASSUNTO:	<p>Título: Literacia em saúde alimentar de pais com filhos em idade pré-escolar: contributo do Enfermeiro de Família. Processo número 97/2020</p> <p>Autores: Carla Iolanda Prata dos Santos/Aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e Professoras Doutoras Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de Melo e Helena Maria Almeida Macedo Loureiro- Professoras da Universidade de Aveiro</p>
-----------------	--

[Assinatura]
Dr.ª Rosa Rosa Marques
Presidente

[Assinatura]
Dr. João Rodrigues
Vice-Presidente

[Assinatura]
Dr. André Raivo
Médico

As autoras com este um estudo com o objetivo geral de descrever os hábitos alimentares das crianças em idade pré-escolar, o conhecimento dos pais acerca da alimentação infantil, bem como, o contributo do enfermeiro de família para a literacia em saúde alimentar. Metodologicamente trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritivo e correlacional com desenho transversal.

População do estudo: pais com crianças em idade pré-escolar (3 e os 6 anos de idade) inscritas e a frequentar a consulta de vigilância de Saúde Infantil da USF Coimbra Centro, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego, Administração Regional de Saúde do Centro. Serão incluídos todos os pais que coabitem e tenham a seu cargo a responsabilidade de providenciar o regime alimentar a filhos em idade entre 3 e 6 anos, independentemente do tipo de estrutura familiar que assumam. A seleção da amostra será por conveniência, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: pais cujo agregado familiar esteja inscrito na USF Coimbra, cujo filho tenha realizado no mínimo uma consulta de Enfermagem no âmbito da vigilância de saúde infantil; pais de filho (s) que se apresentem na faixa etária entre os 3 e os 6 anos de idade. Os critérios de exclusão definidos são: pais que tenham filhos com patologia do foro digestivo e/ou restrição alimentar; pais que não dominem a língua portuguesa .

A colheita de dados será realizada através de um questionário, com três partes: caracterização sociodemográfica; questionário do “conhecimento da alimentação Infantil (QAI)”, construído e validado para a população portuguesa por Costa et al. (2012), tendo as autoras autorização para a sua utilização; terceira parte constituída por uma questão de resposta aberta sobre o contributo do enfermeiro de família na educação alimentar dos filhos das

[Assinatura]
Dr. Fernando Cerveira
Médico

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

peçoas inquiridas. Os dados serão colhidos pela primeira investigadora no momento da consulta de vigilância de saúde infantil, junto das pessoas que aceitarem voluntariamente preencher o questionário.

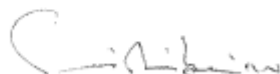
As autoras têm autorização para a realização do estudo da Coordenadora da USF Coimbra Centro O documento de consentimento informado consta do processo e corresponde aos requisitos exigidos por esta comissão de ética.

Em síntese, a análise dos documentos permite verificar que é garantida a participação livre, voluntaria e informada dos participantes; que os dados são anonimizados e que é garantida a confidencialidade dos mesmos. Não se identificam danos prováveis ou custos para os participantes. Assim, Estando assegurados os procedimentos éticos necessários em estudos desta natureza, propomos que o parecer seja favorável. Deve ser remetido relatório final do estudo a esta Comissão de Ética.

Coimbra, 13 de Dezembro de 2020

Relator: Maria da Conceição Saraiva da Silva Cota Bento

Presidente da Comissão de Ética da Saúde -ARSC



(Carlos Fontes Ribeiro)

**ANEXO II- AUTORIZAÇÃO DA
COORDENADORA DA USF COIMBRA CENTRO**

Exma. Senhora Professora Dr.ª Inês Rosendo
Coordenadora da USF Coimbra Centro

Assunto: Pedido de autorização para desenvolvimento de um estudo integrado no estágio, onde irei desenvolver as competências de Enfermeira de Saúde Familiar, intitulado:

Literacia em saúde alimentar de pais com filhos em idade pré-escolar: contributo do Enfermeiro de Família.

Eu, Carla Iolanda Prata dos Santos, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, pretendo desenvolver o meu Estágio nessa Unidade acompanhado de um estudo na área da literacia sobre alimentação infantil, sob orientação científica da Professora Doutora Elsa Melo e coorientação da Professora Doutora Célia Freitas e sob orientação Tutorial da Senhora Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária Cristina Neves.

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa do tipo descritivo e correlacional com desenho transversal. Para este estudo foram delineados os seguintes objetivos:

Descrever os hábitos alimentares das crianças em idade pré-escolar, o conhecimento dos pais acerca da alimentação infantil, bem como, o contributo do enfermeiro de família para a literacia em saúde alimentar.

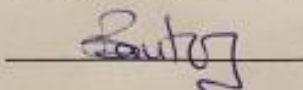
Será aplicado um questionário, após ser pedido consentimento informado constituído por 3 partes aos pais das crianças em idade pré-escolar que façam parte dos ficheiros da USF Coimbra Centro, e que recorram às consultas de vigilância de saúde infantojuvenil.

Neste âmbito venho por este meio solicitar a V.ª Ex.ª a emissão de um parecer favorável ao estudo, desde que este seja aprovado pela Comissão de Ética da ARS Centro e Diretor Executivo do ACeS Baixo Mondego, para a sua concretização na USF Coimbra Centro.

Agradeço a atenção dispensada e os melhores cumprimentos.

Pede deferimento,

Carla Iolanda Prata dos Santos



Coimbra, 02 de novembro de 2020

Inês Rosendo, Dra.
Coordenadora
USF Coimbra Centro

ANEXO III- AUTORIZAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE AVEIRO

Autorização

Para os devidos efeitos autorizo a estudante **Carla Iolanda Prata dos Santos**, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, a realizar o projeto de investigação intitulado: “Literacia em saúde alimentar de pais com filhos em idade pré-escolar: contributo do Enfermeiro de Família”, sob a orientação científica da Professora Doutora Elsa Melo e Professora Doutora Helena Loureiro.

Aveiro, 8 Novembro de 2020

O Diretor da Escola Superior de Saúde

Assinado por: **Rui Jorge Dias Costa**
Num. de Identificação: BI04474978
Data: 2020.11.10 22:13:14 +0000

Professor Doutor Rui Jorge Dias da Costa



ANEXO IV- AUTORIZAÇÃO DAS AUTORAS DO QUESTIONÁRIO

Cara investigadora/Mestranda na Universidade de Aveiro

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 fossem respeitadas algumas condições:

1. Obter o compromisso de receber os resultados finais do seu 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 nas publicações com ele relacionadas, devem incluir a citação da autoria do instrumento original, conforme indicado no cabeçalho deste documento.

Com os meus melhores cumprimentos,

Viseu, 29 de outubro de 2020



Graça Aparício, PhD

gaparicio5@hotmail.com

APÊNDICES

APÊNDICE I- QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE DE AVEIRO

Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

QUESTIONÁRIO

Carla Iolanda Prata dos Santos, enfermeira nº ordem 20185, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, pretendo desenvolver um estudo acerca de **“Literacia em saúde alimentar dos pais com filhos em idade pré-escolar: contributo do enfermeiro de família”**.

A sua participação é voluntária e toda a informação obtida é estritamente confidencial, dado que as respostas são anónimas com fins exclusivamente científicos.

O questionário é constituído por três partes.

Grata pela sua compreensão, participação e imprescindível colaboração!

PARTE I

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PAIS

1. Acompanhante da criança na consulta _____

2. Tipo de casal

Heterossexual

Homossexual

3. Idade _____ mãe/elemento parental _____ anos

4. Idade _____ pai/elemento parental _____ anos

5. Nível de escolaridade

Mãe:

Ensino básico

Ensino secundário

Ensino superior

Pai:

Ensino básico

Ensino secundário

Ensino superior

6. Estado civil

Casada/união de facto

Solteira

Viúva

Divorciado/separado

7. Profissão

Mãe/elemento parental _____

Pai/elemento parental _____

8. Tipo de família

- Nuclear
- Reconstituída
- Alargada
- Monoparental

9. Número de pessoas que constituem o agregado familiar _____

10. Número de filhos _____

11. Rendimento do agregado familiar (em salários mínimos) _____

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA

12. Idade da criança _____ anos ____ meses

13. Sexo _____

14. Posição na fratria _____

Dados antropométricos

15. Altura _____

16. Peso _____

Anamnese dos hábitos alimentares

17. Tipo de leite até aos 6 meses de idade

- Leite materno exclusivo
- Leite materno e suplemento
- Leite artificial

18. Amamentação até que idade _____ anos _____ meses

19. No caso de não ter sido amamentado, qual o motivo _____

20. Quando iniciou a alimentação diversificada

- Antes dos 6 meses
- Depois dos 6 meses

21. Qual o alimento que introduziu primeiro

- Papas sem glúten
- Papas com glúten
- Papas de fruta
- Sopa
- Outro, qual? _____

Atuais hábitos alimentares da criança

22. Ao almoço, normalmente a criança almoça onde e com quem?

- No Jardim infância
- Em casa, com quem? _____
- Noutro sítio _____ com quem? _____

23. Quantas refeições faz a sua criança diariamente (incluindo lanches)? _____

24. Habitualmente o pequeno almoço é constituído por _____

- Pão com _____
- Cereais de que tipo? _____
- Leite
 - Menos de meio litro
 - Mais de meio litro
- Iogurte
- Outros _____

25. As refeições principais são constituídas por:

- Sopa _____ quantas vezes por semana _____
- Carne _____ quantas vezes por semana _____
- Peixe _____ quantas vezes por semana _____
- Legumes _____ quantas vezes por semana _____
- Salada _____ quantas vezes por semana _____
- Arroz/massa/batatas/leguminosas _____ quantas vezes por semana _____
- Fruta _____ quantas vezes por semana _____
- Sobremesa _____ quantas vezes por semana _____
- Outros _____

26. Habitualmente o lanche é composto por:

27. O que costuma beber às refeições?

- Água
- Sumos de fruta naturais
- Sumos de polpa de fruta (tipo compal)
- Refrigerantes (coca cola, ice tea)
- Outros _____

28. Quantos copos de água bebe por dia? _____

29. Antes de ir dormir, costuma comer ou beber?

Sim O quê? _____

Não

30. A criança tem alguma restrição alimentar?

Sim Qual? _____

Não

31. Antes de dormir, costuma lavar os dentes?

Sim

Não

32. Com que idade a criança entrou na creche/jardim de Infância? _____

33. Quantas horas por dia, a criança passa no jardim de infância? _____ horas

PARTE II

Questionário de Alimentação Infantil (QAI)

O Questionário de Alimentação Infantil (QAI) é um instrumento a ser aplicado a Pais de crianças em idade pré-escolar e que pretende identificar os conhecimentos destes sobre alimentação infantil.

Por favor, leia cada afirmação que se segue, assinalando com uma cruz a opção que melhor se adequa àquilo <u>que faz ou pensa</u> , relativamente à alimentação do seu filho(a).		
Afirmações	Verdadeiro	Falso
1. A alimentação da criança não precisa 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 4 vezes por semana		
18. A obesidade na infância aumenta o risco de aparecimento de diabetes		
19. Incluir 3-4 vezes por semana bolacha 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 secos e o peixe são ricos em gorduras polinsaturadas		
31. Os alimentos pobres em calorias são os designados por “fast food”		
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		
39. Um copo de leite equivale a dois iogurtes sólidos		
40. Fazer as refeições a ver TV é desaconselhado		
41. A atividade física programada (desporto) é aconselhável, mesmo nas crianças fisicamente ativas		
42. A ingestão de bebidas açucaradas está associada ao aumento de peso		
43. As crianças não necessitam de ser fisicamente ativas		
44. As crianças podem ver TV ou jogar jogos de vídeo, em média 3 horas por dia		
45. As refeições em família são um ritual importante para pais e filhos(as)		
46. Não tomar o pequeno-almoço prejudica a aprendizagem na escola		
47. Deve permitir-se que as crianças colaborem na confeção das refeições em casa		
48. Na compra de alimentos deve ter-se em conta a lista de ingredientes existente no rótulo		
49. É menos preocupante uma criança ser gordinha do que ser magrinha		
50. As refeições em família devem obedecer a um horário regular		
51. É aconselhável que os pais saibam o que os filhos(as) comem no refeitório da escola		
52. Na compra dos alimentos deve atender-se à sua qualidade nutricional		
53. As crianças devem comer o que gostam, independentemente do valor nutritivo dos alimentos		
54. O peso das crianças deve ser avaliado pelo menos uma vez por ano		
55. As crianças que petiscam entre as refeições, fazem uma alimentação mais equilibrada		

PARTE III

Qual o contributo do enfermeiro de família na educação alimentar do seu filho?

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

APÊNDICE II- CONSENTIMENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO PARTICIPANTE

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Exmo. Sr.(a) Utente.

Eu, Carla Iolanda Prata dos Santos, Enfermeira inscrita na Ordem dos Enfermeiros com o Nº20185 no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, pretendo desenvolver um estudo subordinado ao tema: **Literacia em saúde alimentar de pais com filhos em idade pré-escolar: contributo do Enfermeiro de Família**. Esta investigação tem a orientação científica da Professora Doutora Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de Melo e da Professora Doutora Helena Maria Almeida Macedo Loureiro, da Universidade de Aveiro.

O estudo tem como objetivo geral: Descrever os hábitos alimentares das crianças em idade pré-escolar, o conhecimento dos pais acerca da alimentação infantil, bem como, o contributo do enfermeiro de família para a literacia em saúde alimentar.

A sua participação é absolutamente voluntária e anónima e as respostas são confidenciais.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade, estando disponíveis para esclarecer qualquer dúvida: Carla Iolanda Prata dos Santos (carla.iol.enf@gmail.com)

Eu, _____

declaro que compreendi os objetivos do estudo, foi-me dada oportunidade de esclarecer dúvidas sobre o assunto, foi-me garantida a confidencialidade e a possibilidade de desistir da participação a qualquer momento.

Assim, depois de devidamente informado(a) **autorizo a participação** neste estudo:

Localidade _____ Data __/__/____

APÊNDICE III- AFIRMAÇÕES
AGRUPADAS PELOS RESPETIVOS FATORES

Fator	Significado	Pressupostos	Afirmações	verdadeiro	falso
Fator 1	Alimentação e Saúde	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	14. A obesidade na infância aumenta o risco de obesidade na vida adulta	65	4
			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	66	3
			34. As frutas e legumes são alimentos ricos em vitaminas e sais minerais	66	3
			35. O pão de mistura ou escuro é o melhor para a alimentação	59	10
			36. Os produtos de salsicharia, folhados ou outros salgadinhos podem comer-se com frequência	69	0
			37. O pão de mistura ou escuro é fonte de energia e fibra	64	5
			38. Na alimentação da criança pode permitir-se o consumo de refrigerantes	64	5
			40. Fazer as refeições a ver TV é desaconselhado	65	4
			41. A atividade física programada (desporto) é aconselhável, mesmo nas crianças fisicamente ativas	69	0
			42. A ingestão de bebidas açucaradas está associada ao aumento de peso	65	4
44. As crianças podem ver TV ou jogar jogos de vídeo, em média 3 horas por dia	53	16			

			45. As refeições em família são um ritual importante para pais e filhos(as)	69	0
			46. Não tomar o pequeno-almoço prejudica a aprendizagem na escola	68	1
			47. Deve permitir-se que as crianças colaborem na confeção das refeições em casa	69	0
			48. Na compra de alimentos deve ter-se em conta a lista de ingredientes existente no rótulo	68	1
			49. É menos preocupante uma criança ser gordinha do que ser magrinha	67	2
			50. As refeições em família devem obedecer a um horário regular	68	1
			51. É aconselhável que os pais saibam o que os filhos(as) comem no refeitório da escola	69	0
			52. Na compra dos alimentos deve atender-se à sua qualidade nutricional	69	0
			53. As crianças devem comer o que gostam, independentemente do valor nutritivo dos alimentos	67	2
			54. O peso das crianças deve ser avaliado pelo menos uma vez por ano	61	8
			55. As crianças que petiscam entre as refeições, fazem uma alimentação mais equilibrada	67	2

Fator 2	Regras alimentares	Avalia algumas regras que estão na base do padrão alimentar	2. Uma alimentação saudável para as crianças inclui 5-7 refeições diárias	59	10
			3. Um bom pequeno- almoço favorece o desenvolvimento da inteligência	65	4
			4. O intervalo ideal entre as refeições é de cinco horas	66	3
			5. O leite e os derivados são a principal fonte de cálcio na alimentação	53	16
			7. É aconselhável que uma criança coma diariamente uma porção de doces ou bolos	68	1
			8. As refeições do almoço e jantar devem iniciar-se com sopa rica em hortaliças e legumes	68	1
			9. Os produtos lácteos gordos são mais recomendados para a criança	14	55
			11. As crianças devem comer preferencialmente cozidos e grelhados	58	11
			12. Na alimentação das crianças deve utilizar-se pouco sal	69	0
			13. As crianças precisam de comer refeições em grande quantidade para crescerem melhor	68	1
			18. A obesidade na infância aumenta o risco de aparecimento de diabetes	68	1
			20. As refeições diárias das crianças devem incluir carne, peixe e ovos	65	4

			22. As hortaliças, legumes e fruta são alimentos ricos em fibras	68	1
Fator 3	Crenças Alimentares Familiares	Avalia as crenças decorrentes da cultura ou da incorreta promoção alimentar.	1. A alimentação da criança não precisa ser variada 10. Para uma criança é suficiente ingerir diariamente 1 copo de leite ou derivados 19. Incluir 3-4 vezes por semana bolicão ou outros alimentos idênticos nos lanches das crianças, não prejudica a sua saúde 21. A alimentação equilibrada da criança não inclui a ingestão de água 23. Numa das refeições diárias, a sobremesa das crianças pode ser um doce 24. A gordura é um alimento necessário ao crescimento das crianças 26. Os alimentos de origem animal são ricos em gorduras saturadas e colesterol 31. Os alimentos pobres em calorias são os designados por “fast food” 43. As crianças não necessitam de ser fisicamente ativas	65 42 68 67 50 23 40 55 66	4 27 1 2 19 46 29 14 3
Fator 4	Variedade/ Diversidade no Padrão Alimentar	Avalia os conhecimentos e as práticas para a inclusão das diferentes porções e do valor alimentar dos diferentes	6. Uma criança deve comer diariamente 3-5 peças de fruta 15. A quantidade de sal recomendada é uma colher de chá rasa por dia,	47 56	22 13

		alimentos e variedade dentro do mesmo grupo.	distribuída por todas as refeições		
			17. As crianças devem comer alimentos ricos em proteínas vegetais (feijão, grão...) pelo menos 4 vezes por semana	57	12
			25. É aconselhado comer 5 porções diárias dos alimentos ricos em fibras, como as hortaliças, legumes e fruta	60	9
			27. Os cereais e as batatas são as principais fontes de energia	29	40
			28. Para que uma criança aceite um alimento novo é recomendável insistir em oferecê-lo entre 5-10 vezes	40	29
			29. A carne, peixe e ovos são importantes para o crescimento das células	65	4
			30. Os óleos vegetais, os frutos secos e o peixe são ricos em gorduras polinsaturadas	54	15
			32. Na escolha do pão e outros cereais, deve optar-se pelos menos refinados	67	2
			33. O feijão, grão e outras leguminosas, são ricos em proteínas vegetais	63	6
			39. Um copo de leite equivale a dois iogurtes sólidos		