

25.outubro.2021

**Vera Lúcia Gomes Sousa Excesso de Peso/Obesidade Infantil e
Conhecimento dos Pais sobre
Alimentação Infantil, em idade pré-
escolar: fatores determinantes**

25.outubro.2021

Vera Lúcia Gomes Sousa
Nº Mec: 46510

Excesso de Peso/Obesidade Infantil e Conhecimento dos Pais sobre Alimentação Infantil, em idade pré- escolar: fatores determinantes

Relatório de estágio de natureza profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, em consórcio com a Universidade de Aveiro e a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, sobre a orientação científica do Professor Doutor Manuel Brás e coorientação científica da Professora Doutora Eugénia Anes.

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos aqueles com quem posso contar nos momentos bons e nos mais difíceis. À minha família e amigos!

Agradecimento(s)

Dedico os meus especiais agradecimentos aos orientadores deste trabalho, Professor Doutor Manuel Brás (orientador) e Professora Doutora Eugenia Anes (coorientadora) por todo o apoio prestado ao longo deste percurso, bem como pela motivação para a sua concretização, numa altura em que atravessamos uma verdadeira prova à nossa capacidade de adaptação e resiliência, à enfermeira Cristina Marquês por ter permitido a operacionalização do meu estágio e pela sua disponibilidade, a todos os enfermeiros da USF + Carandá por terem colaborado na operacionalização do meu estudo e por me terem recebido de braços abertos, aos utentes e famílias que aceitaram participar no estudo pela disponibilidade demonstrada, aos colegas deste curso de mestrado pelo espírito de partilha e entreajuda que existiu ao longo deste tempo, por fim, ao meu marido, família e amigos, por toda a compreensão e apoio demonstrado durante todo este percurso, abdicando de muito do nosso tempo juntos.

A todos, muito obrigada!

Resumo

O excesso de peso e obesidade infantil são considerados um problema de saúde pública. Pelos riscos associados constituem uma área de intervenção prioritária dos Enfermeiros de Família. O conhecimento dos pais sobre esta temática poderá influenciar o comportamento dos filhos relativamente aos hábitos alimentares dado o reconhecido impacto que o microambiente familiar tem sobre as escolhas e ações das crianças. Conhecer o contexto familiar, escolar e social pode ser uma estratégia para desenvolver intervenções adaptadas a cada família, assim como para antecipar eventuais comportamentos de risco.

Objetivos: avaliar a relação do excesso de peso/obesidade infantil com o conhecimento dos pais sobre alimentação; avaliar a relação entre o excesso de peso/obesidade infantil com as variáveis sociodemográficas, clínicas e económicas; avaliar a associação entre o conhecimento dos pais sobre alimentação com as variáveis sociodemográficas, clínicas e económicas.

Metodologia: quantitativa, estudo descritivo-correlacional, transversal, desenvolvido em contexto de ensino clínico durante o 1º semestre do 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar do Instituto Politécnico de Bragança na Unidade de Saúde Familiar (USF) + Carandá. Procedeu-se a amostragem não probabilística por conveniência, obtendo-se uma amostra constituída por crianças em idade pré-escolar (3, 4 e 5/6 anos) e respetivos pais que cumpriam os critérios de inclusão.

Resultados: o maior conhecimento parental sobre alimentação está relacionado com um índice de massa corporal (IMC) mais baixo dos respetivos filhos; quanto maior o IMC das mães e superior a qualificação da profissão dos pais, maior o IMC dos filhos; quanto menor a prática de atividade física das crianças maior o seu IMC.

Palavras-chave: Excesso de peso infantil; Obesidade infantil; Enfermagem Familiar; Conhecimento alimentar; Alimentação saudável; Pais.

Abstrat

Children's overweight and obesity are public health problems. Due to the associated risks, they represent a priority area of intervention for family nurses. Parental knowledge about this topic may influence children's behavior regarding eating habits due to the well-known impact of the family microenvironment on children's choices and actions. Knowing the family, school, and social context can be a strategy to create interventions tailored to individual family realities, and to anticipate eventual risk behaviors.

Objectives: assess the relationship between childhood overweight and obesity and parents' knowledge about feeding; evaluate the relationship between childhood overweight and obesity with sociodemographic, clinical, and economic variables; assess the association between parents' knowledge about feeding with sociodemographic, clinical, and economic variables.

Methodology: quantitative, descriptive-correlational, cross-sectional study, developed in the context of clinical training at the USF + Carandá primary care facility in the 1st semester of the 2nd year of the Master's Degree in Family Health Nursing of the Polytechnic Institute of Bragança. A non-probabilistic convenience sampling was carried out, obtaining a sample consisting of children of pre-school age (3, 4 and 5/6 years) and their parents who met the inclusion criteria.

Results: parents' greater knowledge about feeding is related to lower body mass index (BMI) of the respective offspring; the higher the mothers' BMI and the parents' professional qualification, the higher the children's BMI; the lower the children's physical activity, the higher their BMI.

Keywords: Children overweight; Children obesity; Family Nursing; Nutritional knowledge; Healthy eating; Parents.

Abreviaturas e/ou siglas ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
ARS – Administração Regional de Saúde
CSP – Cuidados de Saúde Primários
ESF – Enfermagem de Saúde Familiar
H - Hipótese
IMC – Índice de Massa Corporal
MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
OMS – Organização Mundial de Saúde
QAI – Questionário de Alimentação Infantil
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS	16
1. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	17
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	22
CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	29
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	30
2. ENQUADRAMENTO TEÒRICO	33
2.1 Excesso de peso/obesidade infantil.....	33
2.1.1 Epidemiologia	34
2.1.2 Fatores determinantes.....	36
2.1.3 Papel do enfermeiro de família.....	37
2.2 Conhecimento dos pais sobre alimentação infantil.....	40
CAPÍTULO III – ESTUDO EMPIRICO	42
1. METODOLOGIA.....	43
1.1 Tipo de estudo.....	43
1.2 Questão(ões) de investigação/objetivos.....	43
1.3 Hipóteses/variáveis	44
1.4 População/amostra	48
1.5 Instrumentos de medida e/ou recolha de dados	49
1.6 Considerações éticas	52
1.7 Análise de dados	53
2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	54
2.1 Caraterização sociodemográfica, clínica e económica, e dos dados antropométricos das crianças e dos progenitores	54
2.2 Associação entre as características sociodemográficas, clínicas e económicas da criança e dos progenitores e o IMC percentilado das crianças.....	59
2.3 Relação entre o conhecimento dos pais sobre alimentação infantil e o IMC percentilado das crianças.....	62
2.4 Relação entre o conhecimento dos pais sobre alimentação infantil e as características sociodemográficas, clínicas e económicas dos progenitores.....	63

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	67
4. CONCLUSÃO.....	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77

APÊNDICES

APÊNDICE I - Formulário para caracterização sociodemográfica, clínica e econômica da criança e dos progenitores, e de avaliação do conhecimento dos pais sobre alimentação infantil

APÊNDICE II – Pedido de autorização ao ACES Cávado I – Braga para a realização do estudo

APÊNDICE III– Pedido de autorização à Comissão de Ética para a Saúde da ARSNorte

APÊNDICE IV – Pedido de autorização aos autores do Questionário de alimentação Infantil

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características observadas nas crianças da amostra.....	55
Tabela 2 - Características observadas nas mães da amostra.....	57
Tabela 3 - Características observadas nos pais da amostra	58
Tabela 4 - Características observadas nas famílias da amostra	59
Tabela 5 - Associações univariadas com o excesso de peso/obesidade da criança.....	60
Tabela 6 - Associações do IMC da família com a classe Graffar.....	61
Tabela 7 - Resultados do questionário de alimentação infantil	63
Tabela 8 - Associações dos resultados do questionário com as habilitações literárias da mãe	63
Tabela 9 - Associações dos resultados do questionário com as habilitações literárias do pai .	64
Tabela 10 - Associações dos resultados do questionário com a profissão da mãe.....	65
Tabela 11 - Associações dos resultados do questionário com a profissão do pai	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Indicadores demográficos da população inscrita na USF + Carandá a 31.12.2020	19
Quadro 2 – Significado e pressupostos dos quatro fatores do QAI.....	51
Quadro 3 - Caracterização profissional dos pais segundo classificação das profissões do INE	62

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pirâmide Etária da USF + Carandá – 31.12.2020	18
Figura 2 – Prevalência de obesidade (todos os níveis) e obesidade severa infantil aos 6 e 8 anos em Portugal, 2019	35

INTRODUÇÃO

No âmbito do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF) do Instituto Politécnico de Bragança (Escola Superior de Saúde de Bragança), em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (Escola Superior de Enfermagem de Vila Real) e a Universidade de Aveiro (Escola Superior de Saúde de Aveiro), foi desenvolvido um estágio de natureza profissional na Unidade de Saúde Familiar (USF) + Carandá, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Cávado I – Braga, Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte, do qual resultou o presente relatório.

Tendo em conta os conteúdos programáticos do referido curso, que têm por base a prestação de cuidados de enfermagem à família como um sistema, pretendeu-se que os mestrandos desenvolvessem o seu estágio profissional em USF ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), pois nestas unidades funcionais o enfermeiro encontra um contexto de excelência para a prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade (Ministério da Saúde, 2014).

Esta conceção da enfermagem centrada no trabalho com as famílias tem vindo a ser evidenciada desde a definição das metas de saúde para o século XXI, no entanto, foi com a Declaração de Munique (Conferência Ministerial da Organização Mundial de Saúde, 2000) que o enfermeiro de família se destacou enquanto elemento chave, integrado numa equipa multiprofissional, na prestação contínua de cuidados, ao longo da vida, envolvendo a promoção e proteção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou em estádios terminais de vida (Ministério da Saúde, 2012).

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), e a aposta na criação de unidades funcionais cujo foco é a saúde familiar, constituídas por equipas multiprofissionais (médico, enfermeiro e secretário clínico) com corresponsabilidade pela qualidade do desempenho e resultados atingidos, enfatizou o papel do Enfermeiro de Família nos cuidados dirigidos ao indivíduo/família (Ministério da Saúde, 2012). O Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto estabeleceu os princípios e o enquadramento da atividade do Enfermeiro de Família no âmbito das unidades funcionais USF e UCSP em CSP. De acordo com o mesmo, “o Enfermeiro de Família, 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. É, ainda, competência do enfermeiro de família contribuir para

a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, garantindo maior equidade no acesso aos cuidados de saúde” (Ministério da Saúde, 2014).

Durante o período de estágio desenvolvemos atividades que permitiram consolidar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso e, paralelamente, desenvolvemos um trabalho de investigação relacionado com a relação ente o conhecimento dos pais sobre alimentação e o Excesso de Peso/Obesidade infantil em idade pré-escolar.

A temática em apreço, tem grande impacto na atualidade devido às rápidas mudanças socioeconómicas e comportamentais dos indivíduos, que se repercutirão negativamente no futuro pelo risco de comorbilidades que pode acarretar.

A obesidade é um dos mais graves problemas de saúde pública e estima-se que cerca de 20% da população da Europa seja obesa sendo que estes valores se tornam mais alarmantes quando associados à idade pediátrica (OMS, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta ainda que a prevalência do excesso de peso/obesidade infantil tem aumentado nos últimos anos e que a maioria das crianças com sobrecarga ponderal (excesso de peso ou obesidade) vive agora nos países desenvolvidos, sobretudo, por causa do desequilíbrio no balanço energético (WHO, 2000).

O excesso de peso/obesidade infantil são um fenómeno multifatorial pelo que é fundamental conhecer os aspetos principais da vida de uma criança que contribuem para este processo. Pelos riscos e repercussões associados, e sobretudo pelo impacto que o excesso de peso e obesidade podem ter na vida adulta, é fundamental uma intervenção precoce por parte das equipas de saúde, junto das crianças e da sua família. Wabitsch (2006), defende que os pais são as principais referências de uma criança e como tal são o modelo de comportamento alimentar que uma criança vai seguir. Assim, o desenvolvimento estado-ponderal das crianças está diretamente relacionado com os hábitos dos pais/cuidadores uma vez que a capacidade de escolha da criança está amplamente condicionada.

Conhecendo os determinantes que podem estar associados ao excesso de peso/obesidade infantil permite aos enfermeiros de família planear intervenções mais dirigidas com base nas reais necessidades das famílias. Neste sentido, pela sua relação de proximidade, o Enfermeiro de Família assume uma posição privilegiada para a deteção e intervenção precoce, pois, tal como refere o Regulamento n.º126/2011 da Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro de Família, presta cuidados globais de enfermagem, a um grupo limitado de famílias, ao longo de todo o ciclo vital, com objetivo de prestar cuidados de enfermagem, com ênfase nas respostas da família a problemas de saúde reais e potenciais (Portugal & Ordem dos Enfermeiros, 2011). A promoção da literacia em saúde junto dos pais

e a sua capacitação para a importância do seu papel na vida da criança pode ser a chave para o combate ao que já se designa por epidemia do século XXI.

Neste sentido, definiu-se como objetivo principal deste documento evidenciar o trabalho desenvolvido na USF + Carandá, enquanto estudantes do curso de Mestrado em ESF a desenvolver estágio profissional, analisando de forma crítico-reflexiva as competências desenvolvidas, bem como algumas dificuldades e situações marcantes que surgiram. Procurar-se-á, também, apresentar o trabalho de investigação desenvolvido, integrado no referido estágio.

Face ao exposto anteriormente consideramos as seguintes questões de partida para o estudo:

- Quais os fatores determinantes para excesso de peso/obesidade infantil em idade pré-escolar nas crianças das USF + Carandá e Manuel Rocha Peixoto?
- Qual o nível de conhecimento dos pais sobre alimentação infantil que mais se relaciona com o excesso de peso/obesidade infantil em idade pré-escolar nas crianças das USF + Carandá e Manuel Rocha Peixoto?

Perante as questões de investigação definiram-se os seguintes objetivos:

- Avaliar a relação entre o excesso de peso/obesidade infantil em crianças em idade pré-escolar (3, 4, 5 e 6 anos) e o conhecimento dos pais em alimentação infantil;
- Avaliar a relação entre o excesso de peso/obesidade infantil em crianças em idade pré-escolar (3, 4, 5 e 6 anos) e as variáveis sociodemográficas, clínicas e económicas;
- Avaliar a relação entre o conhecimento dos pais sobre alimentação infantil e as variáveis sociodemográficas, clínicas e económicas.

O presente relatório, além introdução, apresenta, no primeiro capítulo, uma contextualização do local de estágio e uma análise crítico-reflexiva do desenvolvimento de competências. O segundo capítulo diz respeito ao enquadramento conceptual, onde será efetuada a contextualização do estudo, o enquadramento teórico da respetiva temática focando o “Excesso de peso/Obesidade Infantil” (onde será abordado a epidemiologia, determinantes, e o papel do Enfermeiro de Família), e os “Conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil”. O terceiro capítulo será constituído pelo estudo empírico com a apresentação da metodologia utilizada, sendo descrito o tipo estudo e os objetivos, as questões de investigação, as hipóteses/variáveis e população estudada, descrevendo os fatores de inclusão e de exclusão. A finalizar este capítulo, apresentamos os instrumentos de medida e/ou recolha de dados, bem como os procedimentos de análise dos mesmos, terminando com considerações

éticas e desenho de investigação, os resultados obtidos e consequente discussão. O trabalho encerra aludindo às principais conclusões que emergiram do estudo.

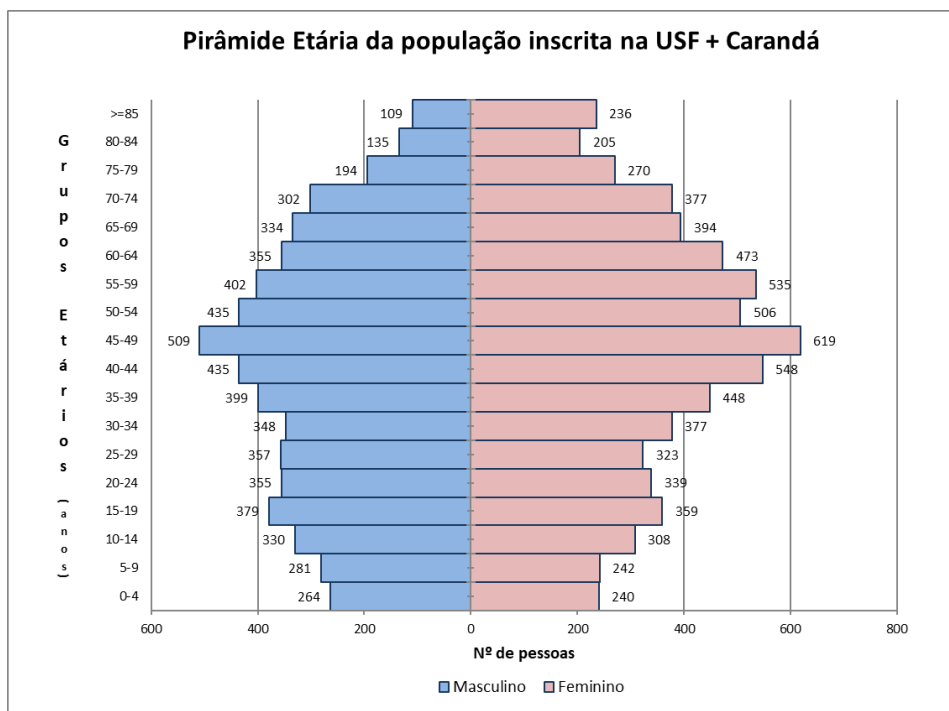
**CAPÍTULO I – ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO
DESENVOLVIMENTO DE COMPETENCIAS**

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

O Estágio Clínico que desenvolvemos no 2º ano do curso de Mestrado em ESF decorreu ao longo de 540 horas, distribuídas de outubro de 2020 a maio de 2021, e foi realizado na USF + Carandá. Esta unidade funcional é parte integrante do ACES Cávado I - Braga, pertencente à ARS do Norte, localiza-se no centro da cidade de Braga (freguesia S. Victor) e está em funções desde março de 2007 (primeira USF a iniciar funções em Braga). A USF desenvolve a sua atividade nos dias úteis das 8 às 20 horas, prestando cuidados de saúde definidos no seu Plano de Ação contratualizado anualmente com o ACES de Braga, onde estão incluídas as consultas de vigilância e acompanhamento de grupos de risco e vulneráveis, tratamentos de feridas, vacinação e consultas no domicílio para a prestação de cuidados aos utentes que, por limitações na mobilidade, não podem comparecer na unidade, ou para promoção de saúde (incentivo à vacinação em grupos de risco, visita à puérpera e ao recém-nascido, nomeadamente).

Atualmente a equipa é constituída por 7 médicos, 7 enfermeiros e 6 secretários clínicos. Os enfermeiros da USF + Carandá possuem uma lista de utentes pertencentes a uma determinada área geográfica, prestando todos os cuidados necessários ao longo de todo o ciclo vital. Os utentes da USF + Carandá são atendidos, preferencialmente, pelo seu Enfermeiro de Família, mas no caso da sua ausência a USF garante um sistema de intersubstituição para que o acesso a cuidados de enfermagem seja assegurado.

A 31 de Dezembro de 2020 na USF + Carandá encontravam-se inscritos 12 722 utentes, perfazendo uma média de cerca de 1817 utentes por enfermeiro. Podemos observar, através da pirâmide etária da população inscrita na USF + Carandá, apresentada na Figura 1, que a distribuição de utentes por sexo é relativamente equivalente já que 5923 são do sexo masculino (46,56%) e 6799 do sexo feminino (53,44%). Em qualquer um dos sexos a faixa etária entre os 45-49 representa o maior número de utentes.



Fonte: SINUS (2021)

Figura 1 – Pirâmide Etária da USF + Carandá – 31.12.2020

Relativamente aos indicadores demográficos da população inscrita, tal como se pode verificar no Quadro 1, cerca de 66,82% da população é ativa, o que se pode relacionar com a localização da unidade num meio urbano.

O Índice de Dependência Total atinge os 49,65%, dado este inferior aos dados nacionais, cujo valor é de 57% (PORDATA, 2021), e, quando comparado com os dados da cidade de Braga, o resultado é semelhante com este valor a chegar aos 47,1% (PORDATA, 2021).

De acordo com os dados mais recentes, em Portugal o Índice de Dependência de idosos é de 36,8% (PORDATA, 2021) e na população inscrita nesta unidade de saúde é de 30,07%. Relativamente ao Índice de Envelhecimento Portugal apresenta em 2021 o resultado de 182,1%, valor este bastante superior ao encontrado na unidade em causa (153,1%). Estes dados podem estar relacionados pelo facto de Braga ser considerada uma das mais jovens cidades da Europa.

No que diz respeito ao Índice de Dependência de jovens da população inscrita na USF o valor é de 19,59%, à semelhança do que verifica no panorama nacional (20,2%) e local (20,4%) (PORDATA,2021).

O Índice de longevidade na USF + Carandá é de 44,95%, dados estes igualmente compatíveis com o que se verifica a nível local (46,9%) e nacional (47,9) (PORDATA, 2021).

Indicadores Demográficos	%
<i>Índice de Dependência Total</i> [(Pop ≤14 anos + Pop ≥ 65 anos) / Pop 15-64 anos] x 100	49,65
<i>Índice de Dependência de Idosos</i> (Pop ≥65 anos/Pop 15-64 anos) x 100	30,07
<i>Índice de Dependência de Jovens</i> (Pop ≤14 anos/Pop 15-64 anos) x 100	19,59
<i>Índice de Longevidade</i> (Pop ≥75 anos/Pop ≥65 anos) x 100	44,95
<i>Índice de Envelhecimento</i> (Pop ≥65 anos/Pop ≤14 anos) x 100	153,51
<i>População Ativa</i> (Pop 15-64 anos/Pop total) x 100	66,82

Fonte: SINUS (2021)

Quadro 1 – Indicadores demográficos da população inscrita na USF + Carandá a 31.12.2020

Assim, após esta breve caracterização do local onde desenvolvemos o estágio profissional, segue-se o enquadramento do mesmo no âmbito do Mestrado em ESF relativamente aos objetivos e competências a alcançar enquanto estudantes.

Concluídos os dois anteriores semestres do Mestrado, em que foram desenvolvidas competências teóricas inerentes à prática da ESF, este estágio profissional representa a oportunidade de consolidar todos os conhecimentos adquiridos, transpondo-os e adaptando-os a um dos reais contextos de prestação de cuidados através do Enfermeiro de Família.

O desenvolvimento deste estágio assume como principais objetivos:

- Cuidar a família como uma unidade de cuidados;

- Prestar cuidados específicos ao longo do ciclo vital e nas diferentes fases de prevenção (primária, secundária e terciária);
- Mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando-a perante as exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- Identificar precocemente os determinantes da saúde familiar;
- Trabalhar em parceria com a família na gestão, promoção, manutenção e recuperação da sua saúde, identificando e mobilizando os recursos necessários para a promoção da sua autonomia;
- Elaborar o presente relatório;
- Transferir para a prática clínica os resultados que emergem do estudo e que sustentem intervenções suscetíveis de promover ganhos em saúde na população estudada.

Ao cuidar a família como uma unidade de cuidados procura-se que esta seja reconhecida em toda a complexidade, globalidade, e auto-organização do seu sistema familiar, características que tornam a sua organização estrutural tão específica (Figueiredo & Martins, 2009). Perspetivar a família como unidade de cuidados pressupõe entendê-la como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas que, naturalmente, decorrem dos seus processos de desenvolvimento inerentes ao ciclo vital.

A família passa por várias mudanças ao longo de todo o ciclo vital que podem afetar o sistema familiar, pelo que é esperado que os enfermeiros acompanhem e facilitem as transições saúde/doença, desenvolvimentais, situacionais e organizacionais vivenciadas pelos indivíduos e suas famílias (Meleis, 2010, as cited in Figueiredo, 2011). Para Figueiredo, 2009, o Enfermeiro de Família assume um papel de gestor e organizador, contribuindo para a capacitação e maximização do potencial de saúde de cada família, auxiliando-a a mobilizar recursos internos e externos de forma a promover a sua autonomia e fortalecer a sua saúde.

Realizando uma adequada avaliação do funcionamento do sistema familiar e dos recursos de que ele dispõe para fazer face aos momentos de crise, é esperado que se desenvolva um processo de cuidados, em parceria com a família, e que se estimule a sua participação na resolução dos momentos de transição. Para ser possível prestar cuidados específicos à família nas diferentes fases do seu ciclo de vida, e nos diferentes níveis de prevenção, primária, secundária e terciária, é necessário avaliar as famílias em todos os

contextos de prestação de cuidados e nas suas diferentes dimensões (estrutura, desenvolvimento e funcionamento). É fundamental valorizar a avaliação da família enquanto unidade de cuidados, mas também a avaliação de cada um dos seus elementos como seres individuais e com características próprias. Esta nova visão do indivíduo, complexo, multidimensional e integrado na sua família, revela uma nova posição da enfermagem, associando a prestação de cuidados à família (Hanson, 2005).

A avaliação familiar é otimizada com a aplicação dos diferentes instrumentos que permitem a sua sistematização tendo uma grande importância para a gestão dos cuidados no que diz respeito às etapas de planeamento, intervenção e avaliação do plano de cuidados. Como permite fazer o levantamento e análise de dados a diferentes níveis, como a estrutura e constituição familiar, a organização e interação dos seus membros entre si e com o meio, os problemas de saúde, as situações de risco e os padrões de vulnerabilidade, serve de base para melhor definir a estrutura funcional das famílias permitindo intervenções de enfermagem mais efetivas e eficientes (Sousa, Figueiredo, & Erdmann, 2010).

Após uma correta avaliação é expectável a devida análise dos dados objetivos e subjetivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados seguros à família, reconhecendo situações de especial complexidade que comprometam o desenvolvimento familiar, antecipando uma resposta adequada a cada situação. Nestas situações torna-se crucial implementar e avaliar intervenções que promovam e facilitem o processo de mudança ao normal funcionamento do sistema familiar priorizando os problemas de acordo com a perceção da família sobre a importância da resolução dos mesmos, promovendo o seu comprometimento e a sua participação de acordo com recursos internos e externos de que dispõe.

Para além do enriquecimento de competências inerentes à prestação de cuidados à família, este estágio foi a oportunidade para o desenvolvimento de ferramentas de investigação, já que, como foi referido anteriormente, a USF constituiu o campo para a colheita de dados do trabalho de investigação apresentado neste relatório.

Ao longo do percurso e de forma a alcançarmos os objetivos definidos e desenvolvermos as competências desejadas foi fundamental a orientação do Professor Doutor Manuel Brás como docente orientador e da Enfermeira Cristina Marquês como tutora do estágio.

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

As atividades desenvolvidas ao longo deste período permitiram-nos, de uma forma geral, alcançar os objetivos definidos para este estágio, ainda que, este tenha decorrido no período crescendo da pandemia e tenha sido afetado pela redução da atividade assistencial presencial. Este estágio desenvolvido na USF + Carandá realizou-se em circunstâncias muito particulares, fruto da pandemia que todo o mundo enfrenta e que, por razões óbvias, condicionou o mesmo e os resultados obtidos, pelo que este é um fator que tem que ser mencionado neste relatório.

Também a duração do estágio se assume como uma limitação que merece ser sublinhada. Todo o acompanhamento familiar, com constantes e contínuas avaliações e consequentes intervenções, se assume como um processo evolutivo demorado e que exige bastante tempo. A reorganização que as unidades funcionais se viram obrigadas a efetuar devido à pandemia dificultou o contacto de proximidade com as famílias, o que obrigou também a um prolongamento do prazo de término do estágio.

Uma vez que trabalhamos numa USF desde 2009 foi difícil separar a atividade diária enquanto profissionais de enfermagem, e o papel de alunos do Mestrado de ESF, no que diz respeito ao desenvolvimento das competências na área da enfermagem familiar, uma vez que foi um processo paralelo de desenvolvimento das mesmas nos dois diferentes contextos. A perceção dos cuidados a prestar às famílias no âmbito da ESF, fruto dos novos conhecimentos adquiridos ao longo deste curso, é, obrigatoriamente diferente e aprofundada, contudo, toda a experiência e conhecimentos prévios assumem-se, de facto, como facilitadores e potenciadores de todo este processo de aprendizagem. Paralelamente, a realização deste estágio estimulou, com base em novos conhecimentos, uma análise crítica de toda a nossa atuação ao longo dos últimos anos como Enfermeiros de Família, o que, por si só, se revelou, também, enriquecedor. Devido à pandemia podemos afirmar que trabalhar numa USF facilitou a aplicação na prática de alguns conhecimentos adquiridos no 1º ano do Mestrado uma vez que com atividade assistencial reduzida as oportunidades são mais diminutas.

O facto de trabalharmos em CSP entre 2007-2009 num modelo de tarefa, e no contexto de USF desde 2009, permite-nos analisar criticamente ambas as realidades e afirmar a importância das equipas de saúde na prestação de cuidados de saúde de proximidade e ao longo de todo o ciclo vital. Hoje, conseguimos reconhecer a importância do desenvolvimento de competências na área da enfermagem de saúde familiar, que nos permitem perceber de outra forma o potencial dos cuidados do Enfermeiro de Família. Araújo, (2010a), afirma que é

competência do profissional de saúde atualizar regularmente os seus conhecimentos e, por consequência, as suas práticas, apostando nas intervenções autónomas. Desta forma, este curso fez-nos questionar sobre algumas das nossas intervenções, abordagens e decisões, levando-nos a refletir sobre a prática, num processo de desenvolvimento contínuo da nossa autoconsciência com reconhecimento das potencialidades e dos pontos fracos. Sendo o Enfermeiro de Família o profissional de proximidade, representa um elemento chave para responder às necessidades da família, identificando os fatores que interferem com a dinâmica familiar, reconhecendo o potencial da família na promoção da sua própria saúde, atuando como parceiro na gestão da saúde familiar, mobilizando os recursos necessários para promover a máxima autonomia da família e funcionando como elo de ligação entre a família e outros profissionais, quando necessário (Ministério da Saúde, 2012).

Assim, este novo enquadramento conceptual fez com que fôssemos desenvolvendo as várias atividades inerentes à prestação de cuidados de um Enfermeiro de Família, perspetivando sempre o sistema familiar como uma unidade crucial para o bem-estar do indivíduo e família.

No Guia Orientador do Estágio, encontram-se definidas as unidades de competência, que são propostas ao estudante desenvolver durante o período de estágio e que seguidamente procuraremos analisar e refletir. É importante salientar que algumas dessas unidades de competência estão intimamente interligadas, e que dissociar o desenvolvimento dessas competências enquanto alunos do Mestrado e o desenvolvimento das mesmas enquanto enfermeiros numa USF, constitui por si só um desafio.

Unidade de Competência “Estabelece uma relação com a família para promover a saúde, a prevenção de doenças e controlo de situações complexas”.

Cada família só dá a conhecer de si o que quer, e como tal, só partilha os seus valores, dinâmicas e interações com aqueles com quem consegue estabelecer uma relação de confiança. Por vezes, a complexidade de todo o sistema familiar, a forma como se organiza e as relações entre os seus membros são difíceis de perceber por quem está de fora. Neste sentido, a nossa prática profissional permite validar estas afirmações uma vez que conseguimos junto das famílias com quem trabalhamos estabelecer esta relação de confiança e partilha, dando abertura e disponibilidade para que nos possam procurar quer seja para a promoção da saúde, prevenção da doença ou como agente facilitador de um qualquer processo

de transição. Enquanto alunos do Mestrado pudemos perceber o que ao longo dos anos os nossos alunos do curso base nos diziam, a dificuldade em estabelecer uma relação terapêutica com utentes/famílias que construíram essa relação com o seu Enfermeiro de Família. O estabelecimento e manutenção desta relação com a família é um trabalho que é necessário construir ao longo de todo o ciclo vital e sedimentar a cada etapa de desenvolvimento da mesma, uma vez que as perspectivas das próprias famílias se vão alterando ao longo dos tempos, e as necessidades dos seus membros também são diferentes. Neste sentido, as mudanças no funcionamento familiar implicam novas histórias, novas relações e novos comportamentos e para que ocorram de forma positiva é importante que o Enfermeiro de Família planeie as intervenções em conjunto com a família, envolvendo-a ao longo de todo o processo de plano de cuidados. A este propósito, Figueiredo refere que a família, “enquanto grupo, evolui de acordo com as suas finalidades, face às quais desenvolve determinadas funções que se transformam ao longo do seu ciclo de vida, sujeito às transições normativas e acidentais” (2012, p.68). O Enfermeiro de Família deve considerar os recursos internos e externos da família, potenciando as suas forças, porque assim, demonstra que a mudança é viável e obtém um processo de negociação e de comprometimento da família com os cuidados mais eficaz, possibilitando a promoção da capacitação familiar para os seus próprios cuidados de saúde. Desta forma, durante a nossa prática, procuramos cuidar o utente/família numa lógica de parceria e colaboração entre as partes, focando a atenção nas suas competências e recursos, potenciando as forças e minimizando as fraquezas; incentivando-os a assumirem um papel proactivo na adoção de atitudes e comportamentos promotores de mudança, e que resultem no fortalecimento do sistema familiar.

É fundamental não esquecer que ao considerar a família como um sistema biunívoco e interligado, é atender que a personalidade, o comportamento e situações vivenciadas por cada elemento da família vão ter repercussões no equilíbrio do sistema familiar, e provocar impacto em cada um dos seus membros. Assim, a alteração do bem-estar num dos membros, como ser individual, vai refletir-se nos restantes e conseqüentemente na família em geral (Figueiredo, 2012).

Unidade de competência “Colhe dados pertinentes para o estado de saúde da família”

Para Hanson (2005), o processo de enfermagem de família constitui-se como “um processo contínuo de comunicação bidirecional na interação entre família e enfermeiro,

englobando cinco fases: avaliação, que se reporta à recolha de dados; análise, que integra os diagnósticos de enfermagem de família e os diagnósticos de enfermagem ao indivíduo; planeamento, que inclui a determinação das prioridades e objetivos; implementação e avaliação dos resultados. A utilização do processo familiar permite elaborar um plano de cuidados mais dirigido às necessidades de cada família e de acordo com as características de cada um dos seus membros.

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), desenvolvido por Figueiredo (2009) e adotado pela Ordem dos Enfermeiros em 2011, constitui-se como um referencial teórico e operativo para o desenvolvimento de práticas direcionadas à família. Este modelo surge, então, como um instrumento facilitador e orientador das práticas, permitindo operacionalizar, de forma organizada e estruturada, os conhecimentos e intervenções de enfermagem, possibilitando, paralelamente, a monitorização dos respetivos ganhos em saúde. Desta forma, a aplicação da sua matriz operativa permitirá direccionar o enfermeiro para uma avaliação familiar mais eficaz, identificando, desta forma, forças e dinâmicas familiares que poderão ser mobilizadas (Figueiredo, 2012). A sua aplicação e o recurso a instrumentos de avaliação familiar são úteis para conhecer a situação familiar na sua globalidade, permitindo identificar os problemas da família, os seus recursos e as suas fragilidades, propondo intervenções adequadas às necessidades identificadas.

A operacionalização deste processo de cuidados à família no dia a dia de uma USF é, no entanto, bastante difícil uma vez que o sistema informático existente, SClínico®, embora contemple o processo individual e o processo familiar, não permite a interligação entre os dois processos, dificultando a consulta do processo de enfermagem e a continuidade de cuidados de forma mais segura. Assim, consideramos como limitações para a sua aplicação o facto de ser bastante complexo e moroso na avaliação e planificação dos cuidados à família. Na prática este modelo não é utilizado sistematicamente porque os registos no SClínico® são demorados e, de acordo com a atual parametrização, não refletem de todo o trabalho realizado em contexto prático. O sistema permite efetuar uma avaliação familiar, no processo familiar, mas com campos de registo reduzidos e relativamente aos instrumentos de avaliação familiar é possível utilizar a Escala de APGAR Familiar e a Escala de Graffar, não permitindo elaborar/registar o Genograma e o Ecomapa. Relativamente às etapas do ciclo vital, o MDAIF utiliza a classificação de Relvas e o SClínico® a classificação de Duvall.

Pessoalmente gostaríamos de salientar que enquanto Enfermeiros de Família a aquisição de conhecimentos nesta área despertou a importância da utilização de instrumentos de avaliação familiar. Consideramos que a avaliação familiar, com recurso a instrumentos de

avaliação, permite ao enfermeiro o conhecimento e a compreensão da família, promovendo um aumento da qualidade dos cuidados a prestar à mesma, em todas as suas dimensões.

Unidades de Competência “Desenvolve a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica.” e “Envolve-se de forma ativa e intencional na prática de enfermagem de saúde familiar”.

Relativamente a estas unidades de competência consideramos prestar cuidados tendo por base uma prática crítico-reflexiva, questionando regularmente o nosso desempenho. O desenvolvimento da autoconsciência, a capacidade de reconhecer limitações e potencialidades, numa busca permanente de reflexão sobre a prática, permite perceber se o nosso desempenho é o mais adequado ou de que forma pode melhorar.

Procuramos obter sempre informação em fontes credíveis, não tendo a cultura do fazer por fazer ou porque vimos alguém fazê-lo de determinada forma. Recorrer à evidência científica mais atual faz com que a nossa tomada de decisão seja consciente e nos permita acrescentar qualidade aos cuidados de saúde prestados.

Sempre foi nossa preocupação investir na formação contínua, não adotando uma postura inerte após a conclusão da Licenciatura em Enfermagem. Esta forma de estar garante-nos a prestação de cuidados de enfermagem mais seguros, e a nossa proatividade incentiva-nos a continuar desta forma por acreditar que podemos abrir novos caminhos na Enfermagem.

Envolvidos no processo de reforma dos CSP desde 2008, consideramos desde sempre afirmar a figura do Enfermeiro de Família muito antes da sua regulamentação. O nosso interesse por fazer formação superior nesta área prende-se com a intenção de querer continuar a promover o papel do Enfermeiro de Família como gestor e organizador de famílias, contribuindo para a sua capacitação e maximização do seu potencial de saúde, auxiliando-as a mobilizar recursos internos e externos de forma a promover a sua autonomia e fortalecer a sua saúde (M. Figueiredo & Martins, 2009). Enquanto unidade sistémica, a família é o espaço privilegiado para a intervenção do EF exigindo a sua capacidade para compreender as interações entre os diferentes membros da família e os recursos do meio em que se inserem (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

É nossa intenção utilizar as ferramentas que adquirimos para promover a mudança de mentalidades e algumas práticas, numa lógica de incentivar os colegas a olharem cada utente como um membro de uma família, inserido num determinado contexto facilitador ou prejudicial para o seu desenvolvimento.

Unidades de competência “Monitoriza as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas”, “Intervém, de forma eficaz na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas”, “Facilita a resposta da família em situação de transição complexa.” e “Formaliza a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem.”

Relativamente às unidades de competência acima descritas consideramos que o contexto pandémico atual não facilitou a mobilização para a prática clínica dos conhecimentos teóricos adquiridos. A diminuição do número de consultas presenciais, e o próprio receio dos utentes em irem à USF, fez com que estas competências, que consideramos exigirem um maior tempo de contacto e uma maior disponibilidade quer do Enfermeiro de Família quer da própria família, não fossem adquiridas na totalidade.

A situação pandémica originou novas prioridades em saúde e, conseqüentemente, uma necessidade de reorganização urgente dos serviços de saúde. As dinâmicas de trabalho tiveram que ser reestruturadas: as teleconsultas passaram a ser uma realidade constante (com todas as limitações associadas) e o tempo de exposição dos utentes (e profissionais) foi diminuído, entre outros. As avaliações não presenciais dificultam, como é evidente, o estabelecimento de uma relação de confiança e uma avaliação mais completa, que se assumem como a base para uma intervenção eficaz (a comunicação verbal perde, neste contexto, toda a sua preponderância), e os recursos na comunidade tornaram-se, nesta fase específica, escassos e limitados. Na verdade, os serviços de saúde e a própria conceptualização dos cuidados de enfermagem (e a sociedade em geral) não se encontram, de facto, formatados para atuar numa realidade tão excepcional quanto esta, com limitações notórias.

Face ao cenário vivido e às conseqüentes necessidades em saúde, o papel do enfermeiro de família nas unidades de saúde saiu fora do âmbito das competências do enfermeiro especialista pois houve necessidade de reajustar e adaptar a sua intervenção. Colaborar com a saúde pública nos inquéritos epidemiológicos, efetuar o acompanhamento dos doentes em vigilância ativa, implementar medidas de isolamento profilático e colaborar com o Centro de Vacinação Covid-19, foram atividades desenvolvidas durante este período que, pela sua importância e pelo tempo que exigiram, merecem ser sublinhadas neste documento.

No entanto, é possível refletir sobre o possível impacto da pandemia sobre as famílias. Esta situação causou alterações nas próprias famílias, que também elas se tiveram de adaptar

face à nova realidade, com limitações dos apoios sociais e informais e, conseqüentemente, aumentando a importância e exigência das nossas intervenções. O aumento do desemprego, a diminuição temporária dos rendimentos familiares pelos lay-off, a telescola *versus* teletrabalho e tudo o que o acarretam, entre muitos outros fatores, abalam com certeza a estrutura familiar, podendo gerar aumento de conflito entre os seus elementos.

De forma a melhor compreendermos a família como unidade de cuidados, torna-se fundamental recorrermos a modelos conceituais (Figueiredo & Martins, 2009) como o MDAIF, uma vez que se vem assumindo como um referencial teórico de destaque para o efeito. Seguramente que nos próximos tempos o nosso foco tem que passar pela avaliação do impacto da pandemia nas famílias, e uma atenção redobrada à sua Saúde Mental. O próprio conceito e percepção de bem-estar de cada utente e família acabou por ser, direta ou indiretamente, influenciado por todos estes fatores envolventes. Assim, facilmente se compreende a família como uma unidade em constante transformação, sujeita a transições (normativas ou não) decorrentes dos seus processos desenvolvimentais e influenciadas, também, por todos os sistemas que a envolvem.

Concluindo, esta etapa, por todos os diversos momentos de aprendizagem que nos proporcionou, revelou-se enriquecedora do processo de formação em saúde familiar e que nos permitirá, conseqüentemente, crescer profissionalmente e prestar melhores cuidados aos utentes e famílias. Tal como refere Araújo (2010), é imperativo formar enfermeiros com competências que promovam a saúde das famílias, visando uma intervenção coerente e ultrapassando a perspectiva reducionista e centrada no indivíduo, apostando numa perspectiva integral, sistémica e relacional, centrada na ecologia social da família ou redes complexas em que esta interage, vive e se desenvolve.

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Na última década, o estudo COSI Portugal (2019), desenvolvido pelo Departamento de Alimentação e Nutrição do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge e integrado na Childhood Obesity Surveillance Initiative da Organização Mundial da Saúde-Europa, tem vindo a mostrar uma tendência invertida da prevalência de obesidade e excesso de peso infantil em Portugal (-8,3% entre 2008 e 2019). No entanto, ainda uma em cada três crianças apresenta excesso de peso e 10,6% obesidade infantil, sendo por isso uma preocupação atual no sector da saúde. Esta preocupação está patente no Plano Nacional de Saúde Extensão 2020, uma vez que contempla os Programas de Saúde Prioritários “Promoção da Alimentação Saudável e “Promoção da atividade física” (Ministério da Saúde & Direção-Geral da Saúde, 2015).

Sabe-se que 60% das crianças obesas serão adultos obesos, e que a obesidade infantil observa-se mais frequentemente em famílias com obesidade ou com comorbilidades associadas (INSA, 2020), muito pela efeito de replicação de comportamento que se vivencia no seio de cada família.

A família é caracterizada como um espaço privilegiado para a aprendizagem e desenvolvimento das capacidades essenciais ao estabelecimento e manutenção de relações interpessoais e afetivas (Alarcão, 2006, as cited in Martins et al., 2017). Assim, é fundamental considerar a interdependência que existe entre a saúde da família, enquanto sistema funcional, e a saúde dos seus membros pelo que os cuidados de saúde serão tanto mais eficazes quanto maior for o foco no sistema familiar como unidade de cuidados (Figueiredo, 2009).

Embora a genética tenha uma forte influência na ocorrência de excesso de peso, o aumento da sua incidência na idade infantil deve-se a um conjunto de fatores ambientais que envolvem o contexto onde as crianças se inserem, a influencia exercida pela família, pelos pares e pelos media.

Vários autores referem que existe uma forte relação direta entre a obesidade e fatores de risco ambientais, nomeadamente: existência de obesidade dos pais, baixo nível socioeconómico, baixa escolaridade, abandono precoce do aleitamento materno, proveniência de meios rurais. Schuch et al., (2013) e Santiago et al., (2012), concluíram que crianças com elevado peso ao nascer têm maiores taxas de excesso de peso na infância, e segundo Goto et al., (2019) a escolaridade da mãe, a condição física na gravidez e a situação laboral são fatores determinantes para o excesso de peso/obesidade infantil. A família desempenha um papel muito importante na prevenção desta doença, os pais são considerados os primeiros

educadores nutricionais, interferindo nas escolhas alimentares das crianças, bem como nos seus hábitos alimentares.

A problemática da obesidade infantil é alargada a vários campos de intervenção que além da saúde podemos salientar a área da educação. Também a escola desempenha um importante papel na promoção de hábitos alimentares e de atividade física saudáveis, uma vez que além de permitir atingir um elevado número e um vasto espectro de intervenientes, desde a criança, aos educadores, aos cuidadores, à família e aos membros da comunidade, é o local onde uma grande percentagem de crianças passa muitas horas do seu dia e realiza um número significativo de refeições (Rêgo et al., 2019).

De salientar que as crianças em idade pré-escolar têm uma grande permeabilidade à modulação dos seus comportamentos, sobretudo se a informação for veiculada em ambiente de grupo, partilhada entre pares e apresentada de uma forma lúdica, educativa e interativa (Krashen, 1982; Kohn, 2004; WHO-CINDI, 2008 cited in Rêgo et al., 2019). Esta partilha de responsabilidades é uma das estratégias para o combate a esta pandemia, uma vez que a criança tende a reproduzir os comportamentos daqueles que considera o modelo a seguir, sejam eles os pais, educadores, professores, avós ou avós. É fundamental que estejam todos em sintonia na promoção do bem-estar físico e mental da criança, pois atitudes contraditórias dos diferentes “modelos”, ou do mesmo “modelo” em situações distintas, irão criar conflitos internos na criança que esta ainda não tem capacidade para lidar ou gerir.

As crescentes mudanças no estilo de vida, a globalização da televisão com acesso rápido a plataformas digitais, a possibilidade das crianças partilharem jogos online, e acederem ao mundo sem sair de casa, retiram tempo à prática de atividade física regular (Almeida, 2016). Além das consequências psicossociais associadas a este “isolamento”, existe relação entre o consumo e a visualização publicitária de alimentos/bebidas açucaradas uma vez que o marketing das indústrias deste tipo de produtos é dirigido às crianças que, não identificando o objetivo persuasor da publicidade, são influenciadas pela mesma nas suas preferências alimentares. Acresce ainda o facto de os hábitos alimentares, o estilo de vida e os comportamentos estabelecidos nesta idade se estenderem até à idade adulta.

Portanto, não é possível dissociar os aspetos biopsicossociais, afetivos, económicos, comportamentais e relacionais na abordagem desta problemática pelo que o desafio do EF passa por conhecer os comportamentos e hábitos de cada família de forma a identificar riscos e investir em cuidados antecipatórios promotores de hábitos de vida saudáveis.

Assim, partindo da problemática apresentada, o contacto particular da prestação de cuidados do Enfermeiro de Família às crianças em idade pré-escolar pareceu pertinente

enquanto alvo da investigação, no sentido de averiguar se existe relação entre o excesso de peso/obesidade infantil e alguns fatores sociodemográficos, clínicos e económicos das crianças e dos pais, e se conhecimento dos pais sobre alimentação é fator determinante para o aparecimento deste problema de saúde.

Este estudo foi desenvolvido na USF + Carandá e USF Manuel Rocha Peixoto (USFMRP), do ACES de Braga, da ARS Norte, de Outubro de 2020 a Maio de 2021. Optamos pela aplicação do estudo também na USF MRP pela vantagem conhecida da obtenção de uma amostra mais alargada. A USF MRP apresenta características sociodemográficas muito semelhantes à USF + Carandá, está localizada em pleno centro de Braga (meio urbano), e a 31 de Dezembro de 2020 tinha cerca de 15 000 utentes.

A colheita de dados foi uma etapa deste processo integrada no estágio de natureza profissional ocorrido na USF +Carandá.

Tendo em consideração as questões de investigação do estudo defiram-se os seguintes objetivos:

- Avaliar a relação entre o excesso de peso/obesidade infantil em crianças em idade pré-escolar (3, 4, 5 e 6 anos) e o conhecimento dos pais em alimentação infantil;
- Avaliar a relação entre o excesso de peso/obesidade infantil em crianças em idade pré-escolar (3, 4, 5 e 6 anos) e as variáveis sociodemográficas, clínicas e económicas;
- Avaliar a relação entre o conhecimento dos pais sobre alimentação infantil e as variáveis sociodemográficas, clínicas e económicas.

Neste capítulo do trabalho são definidos quais os meios utilizados e procedimentos seguidos na realização do estudo, de forma a dar resposta às questões de investigação e aos objetivos estabelecidos, bem como apresentados e discutidos os seus resultados e traçadas as conclusões acerca dos mesmos. Assim, depois de realizada a devida contextualização e o enquadramento teórico do estudo, são descritos: o tipo de estudo, os objetivos e as variáveis, a população e amostra em estudo, as hipóteses, os instrumentos e procedimentos de recolha de dados, os procedimentos éticos e de análise de dados. Posteriormente, são apresentados e discutidos os resultados obtidos, terminando-se com as principais conclusões que emergiram do estudo.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A revisão bibliográfica assume-se como a base para o desenvolvimento de qualquer trabalho científico e, segundo Fortin (2009), além de permitir obter a informação necessária para a formulação do problema de investigação, contribui, ainda para a resolução deste.

Neste sentido, de forma a efetuar o devido enquadramento conceptual das questões de investigação, será abordada, a problemática do excesso de peso/obesidade infantil na idade pré-escolar, no que diz respeito à epidemiologia, fatores determinantes e o papel do Enfermeiro de Família no combate a esta doença. Por último, abordar-se-á a temática do conhecimento dos pais sobre alimentação infantil, que é a base de desenvolvimento deste estudo.

2.1 Excesso de peso/obesidade infantil

A OMS (2016), define como excesso de peso e obesidade a acumulação anormal de gordura corporal que pode resultar no agravamento das condições de saúde dos indivíduos. O facto dessa gordura corporal se acumular no organismo afeta severamente a saúde pois uma vez instalada ela tende a perpetuar-se tornando-se numa doença crónica.

Oliveira (2009), considera a obesidade como um síndrome complexo de etiologia diversa em que os fatores ambientais, as alterações alimentares, o sedentarismo, o stress e as alterações comportamentais se interligam com os fatores genéticos. Sendo uma patologia multicausal a sua abordagem é muito abrangente sendo necessário avaliar criteriosamente cada uma das suas possíveis causas para o sucesso do plano de intervenção.

A obesidade é um dos principais fatores de risco para o aparecimento de várias doenças crónicas e, embora seja considerado um problema dos países desenvolvidos, tem vindo aumentar, juntamente com o excesso de peso em países de baixo e médio rendimento per capita (World Health Organization, 2018). O desequilíbrio decorrente entre o consumo de calorias e as calorias gastas, associado ao elevado número de produtos industrializados disponíveis no mercado, é potenciado pelos baixos valores nutritivos e maior adição de açúcar, gorduras e conservantes. Tudo isto aliado ao aumento do sedentarismo decorrente da modernização e uso de tecnologia (vídeo jogos) tem contribuído para o aumento da gordura corporal (OECD, 2019).

O Centre for Disease Control and Prevention, (2015), considera o excesso de peso/obesidade infantil com base no registo do Índice de Massa Corporal (IMC) nas curvas de

percentis, em relação à idade e ao sexo, em que o excesso de peso corresponde a um percentil entre 85 e 95 e a obesidade a um percentil > 95. Apesar da sua credibilidade, o IMC não é suficiente para identificar o grau de risco de uma criança com excesso de peso/obesidade, pelo que é fundamental uma avaliação global da criança no que diz respeito ao seu contexto familiar, ao seu padrão de crescimento ao longo do tempo e a qualquer outra informação clínica que se assuma como relevante (Allen, Vessey & Schapiro, 2010 as cited in Rocha, 2017).

Além dos riscos futuros, como a hipertensão, diabetes, dislipidemia, problemas osteoarticulares, apneia de sono (Pulgarón, 2013) as crianças obesas sofrem de problemas emocionais graves, baixa autoestima, isolamento, insucesso escolar, distúrbios alimentares, distorção da imagem corporal, e marcadores precoces de doenças cardiovasculares e dificuldade respiratória (World Health Organization, 2018). Distúrbios psicológicos como depressão, distúrbios alimentares, distorção da imagem corporal, baixa autoestima e prejuízos no convívio social são descritos por Collingwood (2016) as cited in Jonas (2018), como castradores no bem-estar físico e mental dos indivíduos.

O impacto da obesidade na criança pode ser avaliado pelo recurso aos serviços de saúde, pelo absentismo escolar e pela sua qualidade de vida. Nestas crianças é perceptível as limitações na prática desportiva e a dificuldade no estabelecimento e manutenção de relações interpessoais salutogénicas vivenciando por vezes sentimentos de marginalização, depressão e isolamento (Pinto, 2017).

A prevenção do excesso de peso/obesidade infantil é a melhor forma de garantir a inexistência de complicações a longo prazo, pelo que é fundamental antecipar eventuais comportamentos ou fatores de risco para o desenvolvimento de excesso de peso/obesidade infantil, sendo que a intervenção deve começar pela promoção o mais precoce possível de hábitos de vida saudáveis (Pandita et. al., 2016 as cited in Rocha, 2017).

2.1.1 Epidemiologia

De acordo com a OMS, em 2016 mais de 1,9 biliões de adultos apresentavam excesso de peso e destes 650 milhões eram obesos. Os dados mais recentes apontam que em Portugal na população adulta em 2015, 1,9 milhões de portugueses (28,7%) eram obesos. Segundo o Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge (2018), a obesidade foi mais frequente nas mulheres (32,1%), no grupo etário dos 65-74 anos (41,8%), nos indivíduos sem atividade profissional (40,0%) e nos indivíduos com menos escolaridade (43,1%).

Portugal é um dos países com mais prevalência de excesso de peso/obesidade na idade pediátrica. Ainda assim os últimos dados do Childhood Obesity Surveillance Initiative Portugal 2019 (COSI, 2019) demonstram uma tendência invertida da prevalência de excesso de peso e obesidade infantil. Verificou-se, de 2008 para 2019, uma redução de 8,3% na prevalência de excesso de peso infantil (37,9% para 29,6%) e de obesidade infantil de 15,3% para 12,0% (menos 3,3%) em 2019. No entanto, verificou-se também que a prevalência de obesidade infantil aumenta com a idade.

Estudos mais antigos confirmam estes dados, onde a prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) ocorre em cerca de 30% das crianças, sendo transversal à idade pediátrica, entre 1-15 anos e acrescentam uma informação importante que é o seu início muito precoce, entre 1-3 anos (Rego, 2012).

Lopes et al. (2017), apresentaram os resultados do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física 2015-2016 e obtiveram dados muito semelhantes (excesso de peso 25% em crianças e adolescentes) concluindo que a obesidade e excesso de peso são mais prevalentes entre 5 e os 9 anos de idade (38,1%), mas não corrobora no início precoce (entre os 0-4 anos = 6,7%).



Fonte: Childhood Obesity Surveillance Initiative (2019)

Figura 2 – Prevalência de obesidade (todos os níveis) e obesidade severa infantil aos 6 e 8 anos em Portugal, 2019

A implementação do Programa Nacional para Alimentação Saudável (DGS, 2017) pode ter sido um grande contributo para uma maior preocupação com a modificação da disponibilidade alimentar e desta forma, é possível o acesso mais facilitado a escolhas saudáveis a todos os indivíduos, independentemente do seu estatuto económico ou nível de educação.

Neste seguimento é publicado em 2019 um manual sobre alimentação dos 0 aos 6 anos de idade (Rêgo et al., 2019), para profissionais e educadores, que vem clarificar os conceitos sobre a temática da obesidade infantil, e orientar no sentido da promoção de hábitos alimentares saudáveis ajustados a cada faixa etária.

2.1.2 Fatores determinantes

A obesidade infantil é um grave problema de saúde pública, é a doença nutricional mais prevalente a nível mundial, e como tal constitui um dos eixos de intervenção no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – extensão 2020 (Ministério da Saúde & Direção-Geral da Saúde, 2015). Os objetivos passam por reforçar e intensificar os programas de combate e prevenção da obesidade infantil, controlar a prevalência de excesso de peso na população infantil e escolar assim como monitorizar de forma mais periódica os indicadores e determinantes de saúde.

O excesso de peso/obesidade nas crianças tem uma influência de vários fatores nomeadamente comportamentais (influência parental e cultural), biológicos (predisposição genética), sociais (comportamento dos pais, publicidade e marketing alimentar) e ambientais (casa, escola, comunidade, ambiente envolvente, disponibilidade e custo dos alimentos) (Seal & Broome, 2011; Sancho et. al., 2014 as cited in Rocha, 2017).

Na literatura estão descritos vários determinantes ou eventuais causas que podem estar relacionados com a obesidade infantil. Pais obesos, estatuto socioeconómico baixo, elevado peso à nascença, sedentarismo, tipo de família e hábitos alimentares inadequados são defendidos como tendo uma relação causa efeito muito direta sobre o excesso de peso ou obesidade em idade pediátrica. O excesso de peso em crianças pode estar relacionado com fatores externos ao seu ambiente, no entanto não se devem dissociar da influência que o contexto familiar tem no comportamento alimentar em idades precoces (Pulgarón, 2013).

Os pais, os cuidadores, os educadores são o modelo para o desenvolvimento da personalidade de uma criança e como tal também o comportamento alimentar será influenciado pelo contexto onde está inserida (Ogata, 2017 as cited in Rego et al., 2019).

O ambiente familiar é apontado como fator decisivo no estado nutricional das crianças (Martins, 2016). As crianças com relações familiares menos coesas apresentam, em média, um percentil de IMC mais elevado, assim como há relação entre uma maior funcionalidade familiar e o estilo de alimentação mais saudável. A influência familiar pode ser em diversas áreas nomeadamente os hábitos de atividade física, história familiar prévia de obesidade e conhecimentos dos pais/cuidadores sobre hábitos alimentares saudáveis (Coelho & Pires, 2014). É fundamental que a família reconheça no excesso de peso/obesidade um problema de saúde que pode afetar negativamente o desenvolvimento da criança para que seja um aliado na definição e manutenção do plano de cuidados.

A família é responsável pela formação do comportamento alimentar da criança pois é no seio familiar que esta conhece os alimentos, os seus sabores e desenvolve as suas preferências. De acordo com a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura, os indivíduos aprendem o comportamento social adequado observando e imitando pessoas de referência. Através da observação, a criança imita e replica os comportamentos dos seus modelos sociais (pais e professores, por exemplo) e é através do *feedback* destes que se inicia o processo de aprendizagem (Marques, 2019).

Outro aspeto a ter em consideração relaciona-se com a literacia em saúde e neste âmbito nem sempre o maior conhecimento sobre aspetos da nutrição se faz acompanhar por uma mudança efetiva de comportamento. Sabe-se que um nível inadequado de literacia em saúde acarreta muitos custos para o sistema e que é fator de risco para o desenvolvimento de várias doenças crónicas incluindo a obesidade (Pedro, 2018). É necessário que se avalie a perceção e conhecimento dos pais sobre a alimentação dos filhos para que seja possível agir atempadamente numa área que pode ser controlada por todos os intervenientes (DGS, 2017).

Tal como já foi referido, em termos de contexto ambiental são vários os fatores que se relacionam com o excesso de peso/obesidade infantil, nomeadamente aqueles que dizem respeito ao seu microambiente. Segundo Costa (2012), a importância que a família atribui ao momento das refeições, os padrões alimentares e de exercício da família, o tempo de ecrã, as horas de sono e a perceção dos pais acerca da imagem corporal dos filhos são os fatores relacionados com o microambiente da criança que mais influenciam o excesso de peso/obesidade infantil.

2.1.3 Papel do enfermeiro de família

No contexto das metas definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na “Saúde 21”, teve início um conjunto de novos desafios para os enfermeiros. A ideia de uma enfermagem de saúde familiar centrada no trabalho com a família como uma unidade de cuidados é antiga, mas é na Conferência Europeia de Munique, no ano de 2000, que recebeu um novo impulso. Neste sentido, a enfermagem de família pode abordar a família como contexto, como um todo, como um sistema ou, ainda, como um componente da sociedade (Hanson, 2005).

Assim, com a Declaração de Munique, reconheceu-se a família como unidade central na produção de saúde, onde se aprendem (ou não) comportamentos e atitudes que conduzem à

adoção de estilos de vida saudáveis (WHO, 2000). Desta forma, a família é encarada como uma importante unidade de estudo, sendo caracterizada pelas relações entre os seus elementos, dentro da sua organização, estrutura e funcionalidade específicas. Pode ainda ser compreendida como um conjunto de indivíduos interligados, com funções sociais bem definidas e em constante interação com o exterior (Figueiredo, 2009).

Figueiredo e Martins (2009) defendem que a enfermagem de família se baseia numa filosofia de parceria entre o enfermeiro e a família, onde o primeiro procura apoiá-la na procura de soluções para os problemas identificados, envolvendo-a em todo o processo de definição dos planos de cuidados.

Assim, o enfermeiro de família assume um papel fundamental na avaliação e monitorização do excesso de peso/obesidade infantil uma vez que acompanha a criança desde o nascimento até à idade adulta, detetando precocemente eventuais comportamentos de risco (Correia, 2016).

De acordo com as competências do enfermeiro especialista na área da saúde familiar, definidas pela Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro “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” (Diário da República, 2018, p. 19355). Assim, deve estabelecer uma relação com a família de modo a promover comportamentos de procura de saúde e prevenção da doença numa perspetiva de agente facilitador e promotor de hábitos de vida saudáveis. O contacto privilegiado que os Enfermeiros de Família têm com a criança/família/cuidador permite avaliar o ambiente em que a criança se desenvolve, perceber qual a influência da família/cuidador nos seus estilos de vida, e assim conseguir desenvolver, em conjunto com a equipa multidisciplinar, ações destinadas a promover “empowerment” da família/cuidador no problema de saúde da criança.

O papel do enfermeiro de família deve começar na antecipação de eventuais comportamentos ou condições de risco que a criança possa ter para que a intervenção seja sempre o mais precoce possível. Rêgo e Peças, 2012 as cited in Pinto, 2017, sugere que a prevenção deve começar ainda *in útero*, durante a gravidez, o que corrobora as recomendações da Childhood Obesity Task Force as cited in Pinto, 2017, que propõe quatro áreas principais na abordagem da prevenção da obesidade infantil: história clínica, exame físico, caracterização do comportamento alimentar e de atividade física. Esta abordagem permite uma visão mais concreta e real das causas ou riscos para o excesso de peso/obesidade infantil em determinadas famílias, pois permite avaliar o período da gravidez (diabetes gestacional), identificar crianças com baixo ou alto peso ao nascer, avaliar o IMC dos

progenitores e irmãos, conhecer terapêutica regular efetuada pela criança e no caso das meninas caracterizar a idade da menarca e regularidade dos ciclos menstruais. Compete por isso ao Enfermeiro de Família a elaboração de uma completa anamnese, um exame físico completo que deve incluir a avaliação do peso e estatura da criança, com obtenção do respetivo IMC, registo dos resultados na tabela dos percentis e avaliação da tensão arterial. A identificação precoce de eventuais desvios nestes valores poderá antecipar uma evolução menos favorável do crescimento da criança. Na abordagem do comportamento alimentar é muito importante que desde cedo o Enfermeiro de Família alerte para a importância do momento da refeição e da preparação da mesma como sendo um momento de família e do estabelecimento de regras no horário das refeições. É igualmente importante quantificar o consumo de bebidas açucaradas e outros produtos refinados dando especial importância aos lanches que as crianças levam para a escola que, pela minha experiência na consulta, os pais nem refletem nos alimentos que diariamente colocam à disposição dos seus filhos. Na abordagem à atividade física é importante promover a deslocação a pé ou de bicicleta para a escola, no entanto, também este comportamento tem influência cultural e ainda não está muito enraizado na nossa população. O incentivo à atividade física deve ser uma prioridade alertando as crianças e os pais para a participação em atividades de desporto escolar que atualmente são uma realidade em quase todas as escolas e têm a vantagem de não ter qualquer custo para os pais. Desafiar os pais a contabilizar as horas de ecrã dos filhos é a forma deles tomarem consciência que efetivamente é muito superior ao recomendado.

Também Lourenço (2015) considera que a relação que os enfermeiros estabelecem com os pais nos diferentes tipos de consulta, constituem por si só momentos únicos de oportunidade para fornecer aos pais a informação mais apropriada, incentivando-os a eventuais mudanças de estilo de vida, sobretudo nas famílias com os fatores de risco preditivos para excesso de peso/obesidade infantil

Assim, o Enfermeiro de Família de família deve sustentar a sua intervenção em programas ajustados à realidade de cada família, integrando a visão global da mesma desde a dimensão individual e biológica, passando pela dimensão coletiva e social, sem nunca descurar as dimensões política, cultural e económica (Leiras, 2015). A abordagem do Enfermeiro de Família deve ser então ajustada às necessidades de cada criança, tendo em conta todo o seu ambiente familiar, escolar e social e apoiada por outros profissionais quando o Enfermeiro de Família reconhece que o limite da sua intervenção estará a esgotar-se. Refiro-me ao apoio dos profissionais da nutrição e psicologia cuja resposta muita das vezes a resposta não é no tempo útil adequado à necessidade da criança/família.

Se ao Enfermeiro de Família compete a função de reforçar a capacidade da família e promover o seu desenvolvimento, é da responsabilidade dos pais fazer as melhores escolhas para que sirvam de bom exemplo para os filhos. Assim, é na permanente capacitação e envolvimento da criança/família que a construção do conhecimento, a mudança de comportamentos e a adoção de atitudes promotoras de saúde pode ser uma realidade (Pinto, 2017).

2.2 Conhecimento dos pais sobre alimentação infantil

Os pais e a família desempenham de um modo geral um papel muito importante na aprendizagem do “saber comer” porque, à semelhança do que acontece noutras áreas do saber, as crianças não estão dotadas de conhecimentos para escolher os alimentos em função do seu benefício e valor nutricional. Assim, a família fornece o principal ambiente onde os comportamentos saudáveis podem ser introduzidos, aceites e mantidos uma vez que as crianças apreendem os hábitos alimentares através da observação dos adultos, vivenciando a escolha, preparação e confeção dos alimentos (Araujo, 2012).

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

Vários estudos têm sido efetuados sobre o impacto do comportamento alimentar da família nas escolhas e comportamento alimentar dos filhos, mas pouco se tem estudado acerca das bases que sustentam as decisões dos pais para a aquisição de bens alimentares no dia-a-dia. As evidências têm revelado que os conhecimentos em nutrição e hábitos alimentares saudáveis não se apresentam fortemente correlacionados uma vez que a aquisição do conhecimento em saúde não assegura a sua reprodução comportamental quando o indivíduo não sabe como o aplicar (Almeida, 1997; Kearney et al., 2000, cit. por EUFIC, 2005 as cited in Costa et al., 2012). Certo é que o insuficiente conhecimento sobre alimentação e nutrição, os comportamentos alimentares inadequados e o aumento da inatividade física por parte dos pais contribuem para a manutenção de hábitos alimentares pouco saudáveis (Susana Gomes, Espanca, Gato, & Miranda, 2010).

Pinto (2017), num estudo efetuado com crianças em idade pré-escolar e escolar, verificou que existe relação entre os níveis de literacia em saúde dos pais e o IMC das

crianças, em que os pais com níveis de literacia mais altos têm filhos com IMC mais baixos. A mesma autora defende, porém, que mais importante que o nível de conhecimento dos pais em alimentação infantil é a sua capacidade de mobilizar esses conhecimentos de forma efetiva na adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

Outros autores corroboram que há grande influência dos hábitos dos cuidadores nos comportamentos adotados pelas crianças (Almeida, 2016) e que o que as crianças aprendem em casa sobre alimentação saudável irá influenciar as suas escolhas quando estão na escola ou vão a um restaurante (Jonas, 2018).

A análise do conhecimento dos pais sobre alimentação saudável assume particular importância pelo papel que a família tem para o desenvolvimento do comportamento alimentar da criança. São diversas as orientações sobre práticas e atitudes parentais adequadas face alimentação das crianças, no entanto pouco se intervém na mudança de hábitos alimentares na família pela dificuldade em modificar comportamentos por vezes muito enraizados (Leiras, 2015). A educação para a saúde constitui uma dimensão fundamental para a obtenção de maiores níveis de literacia como veículo da promoção de saúde, o que reforça a ideia de que a educação para estilos de vida saudáveis é um assunto cada vez mais importante na prevenção da obesidade infantil.

CAPÍTULO III – ESTUDO EMPIRICO

1. METODOLOGIA

“A investigação científica constitui o método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos” (Fortin, 2009, p. 4).

Assim, será descrita, de seguida, a tipologia deste estudo, assim como as questões de investigação, os objetivos, hipóteses e variáveis, população e amostra, os instrumentos de medida e, ainda, os procedimentos de recolha de dados, éticos e de análise dos dados.

1.1 Tipo de estudo

Tendo em conta os objetivos do estudo e a natureza do problema definiu-se uma metodologia quantitativa, estudo do tipo descritivo-correlacional e transversal.

A escolha pelo método quantitativo justifica-se pelo facto de se tratar de um processo baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e fenómenos reais, isto é, um processo com recolha sistemática de dados observáveis e quantificáveis, onde o investigador não tem qualquer interferência (Fortin, 2009). Enquadra-se num estudo do tipo correlacional, uma vez que se pretende relacionar variáveis, avaliando as suas interações e correlações entre elas. Assim, o método a utilizar é descritivo-correlacional no sentido de ao longo do processo ser possível explorar as relações de diferentes variáveis em simultâneo (Fortin, 2009). Trata-se de um estudo transversal uma vez que os dados são relativos a um determinado período de tempo.

1.2 Questão(ões) de investigação/objetivos

Um problema de investigação, segundo Fortin (2009) é uma situação problemática, causadora de inquietação e que necessita de uma solução ou elucidação.

Este estudo tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento de conhecimento na área do excesso de peso/obesidade infantil em idade pré-escolar no que diz respeito aos principais determinantes que podem estar na origem deste problema. Para tal, consideramos as seguintes questões de partida para o estudo:

- Quais os fatores determinantes para excesso de peso/obesidade infantil em idade pré-escolar nas crianças das USF + Carandá e Manuel Rocha Peixoto?

- Qual o nível de conhecimento dos pais sobre alimentação infantil que mais se relaciona com o excesso de peso/obesidade infantil em idade pré-escolar nas crianças das USF + Carandá e Manuel Rocha Peixoto?

Para dar resposta estas questões, definiram-se os seguintes objetivos:

- Avaliar a relação entre o excesso de peso/obesidade infantil em crianças em idade pré-escolar (3, 4, 5 e 6 anos) e o conhecimento dos pais em alimentação infantil.

- Avaliar a relação entre o excesso de peso/obesidade infantil em crianças em idade pré-escolar (3, 4, 5 e 6 anos) e as variáveis sociodemográficas, clínicas e económicas.

- Avaliar a relação entre o conhecimento dos pais em alimentação infantil e as variáveis sociodemográficas, clínicas e económicas.

1.3 Hipóteses/variáveis

Neste estudo foram definidas as seguintes hipóteses (H):

H1: O excesso de peso/obesidade infantil em crianças em idade pré-escolar (3, 4, 5 e 6 anos) é diferente segundo o conhecimento dos pais sobre alimentação infantil.

H2: O excesso de peso/obesidade infantil em crianças em idade pré-escolar (3, 4, 5 e 6 anos) é diferente segundo as variáveis sociodemográficas, clínicas e económicas.

H3: O conhecimento dos pais sobre alimentação infantil é diferente segundo as variáveis sociodemográficas, clínicas e económicas.

Segundo Fortin (2009), a **variável dependente** é aquela cujo comportamento se quer averiguar em função das oscilações das variáveis independentes pelo que neste estudo são o **Excesso de peso/obesidade infantil** e o **Conhecimento dos Pais sobre Alimentação Infantil**. Estas duas variáveis são operacionalizadas da seguinte forma:

Excesso de Peso/Obesidade Infantil – A classificação do excesso de peso/obesidade infantil em crianças efetua-se segundo avaliação do peso, estatura e determinação do IMC. Mas dadas as características particulares desse crescimento, estes dados têm que ser percentilados e comparados com curvas de referência que habitualmente utilizam os indicadores antropométricos como o peso/idade, altura/idade e IMC/idade por sexo. O

percentil indica a posição relativa do valor de IMC do indivíduo, relativamente a uma população do mesmo sexo e idade. É uma variável qualitativa ordinal, pois existe a possibilidade de uma ordenação com possibilidade de resposta a 4 categorias, de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013):

Baixo peso – $< p3$ (percentil de IMC < 3)

Peso Normal – $p3 < \text{IMC} < p85$ (percentil de IMC entre 3-85)

Excesso de peso – $p85 \leq \text{IM} < p97$ (percentil de IMC entre 85-97)

Obesidade – $\geq p97$ (percentil de IMC ≥ 97)

Questionário sobre conhecimento em alimentação infantil – variável qualitativa ordinal, uma vez que o resultado obtido vai-se traduzir em numa escala de níveis de conhecimento, em que o conhecimento dos pais sobre alimentação infantil pode ser:

Insuficiente – se score ≤ 37

Suficiente – se score entre 38-41

Bom – se score ≥ 42

As **variáveis independentes** são aquelas que afetam o efeito da variável dependente e permitem ser observadas ou manipuladas para se averiguar a relação entre suas variações (Fortin, 2009). Nesta investigação as variáveis independentes são:

Estado civil - variável qualitativa nominal uma vez que que não existe uma ordenação das categorias.

Solteiro

Casado

Divorciado

União de facto

Outro

Local de residência - variável qualitativa nominal uma vez que que não existe uma ordenação das categorias.

Rural

Urbano

Habilitações literárias: variável qualitativa ordinal, pois existe a possibilidade de uma ordenação com possibilidade de resposta a 6 categorias:

Sem habilitações

1º Ciclo do Ensino básico (antiga 4ª classe)

2º Ciclo do Ensino básico (Ensino Preparatório - antigo 6º ano)

3º Ciclo do Ensino básico (Curso Geral dos Liceus - 9º ano)

Ensino Secundário (Curso Complementar dos Liceus)

Ensino Superior e Pós-Licenciatura/Mestrado/Doutoramento).

Profissão: variável qualitativa ordinal, pois existe a possibilidade de uma ordenação com possibilidade de resposta a 10 categorias (segundo a classificação nacional de profissões (Instituto Nacional de Estatística, 2011)):

Profissões das Forças Armadas

Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos

Especialistas das atividades intelectuais e científicas

Técnicos e profissões de nível intermédio

Pessoal administrativo

Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores

Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta

Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artificies

Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem

Trabalhadores não qualificados

Índice Massa Corporal progenitores (IMCp): variável qualitativa ordinal, pois existe a possibilidade de uma ordenação com possibilidade de resposta a 5 categorias. Este valor será calculado pelo sistema de informação existente na unidade (SCLínico) que tem por base a fórmula de Quelet: $IMC = \text{peso (Kg)} / \text{altura}^2 \text{ (m)}$.

<18 kg/m²- Baixo peso

18,5-24,9 - Peso normal

≥25 kg/m² – Excesso de Peso

25-29,9 kg/m² – Pré Obesidade

≥30 - Obesidade

Tipo de família – variável qualitativa nominal uma vez que não existe uma ordenação das categorias.

Monoparental – só mãe ou pai e filhos

Alargada – Avós, pais e filhos

Reconstruída – Nova união após reformulação

Nuclear – Casal com ou sem filhos

Outras

APGAR familiar - variável qualitativa ordinal pois existe a possibilidade de uma ordenação com possibilidade de resposta a 3 categorias:

Família altamente funcional (7-10 pontos)

Família com moderada disfunção (4-6 pontos)

Família com disfunção acentuada (0-3 pontos)

Escala de Graffar modificada – variável qualitativa ordinal pois existe a possibilidade de uma ordenação com possibilidade de resposta a 4 categorias:

Resultados entre 5 e 9 – Classe I – Classe Alta

Resultados entre 10 e 13 – Classe II – Classe Média Alta

Resultados entre 14 e 17 – Classe III – Classe Média

Resultados entre 18 e 21 – Classe IV – Classe Média Baixa

Resultados entre 22 e 25 – Classe V – Classe Baixa

Como **variáveis atributo**, ou seja, variáveis que caracterizam a amostra e permitem traçar um perfil das características dos indivíduos que participam no estudo (Fortin, 1999), considero:

Idade: variável quantitativa contínua

Sexo: variável qualitativa nominal com duas possibilidades de resposta (feminino e masculino);

Peso: variável nominal contínua - é avaliada em números que são resultados de medições e, por isso, podem assumir valores com casas decimais e devem ser medidas por meio de algum instrumento.

Altura/Estatura: variável nominal continua - é avaliada em números que são resultados de medições e, por isso, podem assumir valores com casas decimais e devem ser medidas por meio de algum instrumento.

1.4 População/amostra

A população para aplicação deste estudo era à partida as crianças em idade pré-escolar inscritas na USF + Carandá (n=370), mas para obter uma amostra maior aplicamos o estudo na mesma população na USF Manuel Rocha Peixoto (n=498), onde desempenho funções de enfermeira (população total = 868 crianças).

A amostra foi obtida a partir da coorte das crianças nascidas em 2014, 2015, 2016 e 2017 cujos pais aceitaram participar no estudo.

Definiram-se como **critérios de inclusão**:

- Crianças com inscrição ativa na unidade onde o estudo se vai desenvolver.
- Crianças nascidas nos anos 2014, 2015, 2016 e 2017, e os seus progenitores.

Como **critérios de exclusão** definiram-se:

- Crianças cujo o cuidador principal não aceitou participar no estudo.
- Crianças institucionalizadas ou aos cuidados de outros que não os progenitores.
- Crianças cujos progenitores não dominem a língua portuguesa.

Por cuidador principal entende-se aquele que acompanha a criança na consulta (pai ou mãe ou tutor legal, se progenitor). No caso de estar presente mais do que um cuidador no momento da consulta foram os próprios a decidir quem considerar o cuidador principal. Atendendo à situação de pandemia houve também necessidade de solicitar a autorização para participação no estudo via telefone, e solicitar a resposta ao formulário com recurso à via digital assegurando a confidencialidade dos dados.

A técnica de amostragem utilizada para este estudo foi não probabilística por conveniência, o que significa que esta não é representativa da população, dado que esta ocorre quando a participação é voluntária ou os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência.

No final, após a aplicação dos critérios de exclusão obteve-se um total de 262 crianças para a participação no estudo (cerca de 30% da população inicial).

1.5 Instrumentos de medida e/ou recolha de dados

Tendo em conta os objetivos do estudo e as características da amostra foi aplicado um Formulário para Caracterização Sociodemográfica, Clínica e Económica da Criança e dos Progenitores, e de Avaliação do Conhecimento dos Pais sobre Alimentação Infantil (Apêndice D). Este formulário é constituído por 3 partes:

PARTE I – Dados para caracterização sociodemográfica e clínica da criança e dos progenitores

PARTE II – Escalas de Avaliação Familiar

Foi efetuado o levantamento dos dados relativamente ao APGAR Familiar que permite perceber as relações e interações emocionais, comunicacionais e sociais entre a pessoa e a sua família (Silva, 2014). O acrónimo APGAR significa:

A – ADAPTAÇÃO (adaptation) – refere-se à partilha de recursos, bem como ao grau de satisfação face à atenção que considera receber;

P – PARTICIPAÇÃO (participation) – abarca as tomadas de decisão em conjunto, bem como a comunicação familiar aquando da resolução de problemas;

G – CRESCIMENTO (growth) – refere-se essencialmente à concretização do crescimento emocional, pela liberdade disponível no seio familiar relativamente à mudança de papéis;

A – AFECTO (affection) – abarca a satisfação do individuo relativamente à intimidade entre os membros da família e às interações familiar;

R – RESOLUÇÃO (resolution) – refere-se à partilha de tempo e à satisfação face aos compromissos que os membros da família estabelecem.

Embora deva ser aplicado a cada elemento da família individualmente, neste estudo foi aplicado ao progenitor que respondeu ao formulário.

De igual modo foi aplicada a Escala de Graffar, que permite avaliar as condições socioeconómicas da família tendo como resultado a identificação da sua classe social. Possibilita, ainda, prever situações de risco, bem como as alterações a nível de comportamentos de saúde e desenvolvimento psicossocial (Amaro, 2016).

Na aplicação desta escala são avaliados cinco critérios: profissão, nível de instrução, fontes de rendimentos familiares, conforto e habitação, aspetos do bairro onde reside e cada um deles pode ser avaliado entre 1 e 5 graus. O resultado final revela cada uma das seguintes classes socioeconómicas:

Resultados entre 5 e 9 – Classe I – Classe Alta

Resultados entre 10 e 13 – Classe II – Classe Média Alta

Resultados entre 14 e 17 – Classe III – Classe Média

Resultados entre 18 e 21 – Classe IV – Classe Média Baixa

Resultados entre 22 e 25 – Classe V – Classe Baixa

PARTE III – Avaliação do Conhecimento dos Pais em Alimentação Infantil

Para avaliar o conhecimento dos pais em alimentação infantil foi utilizado um questionário que foi desenvolvido para ser aplicado à população em idade pré-escolar e foi validado para a população portuguesa por Costa, Nunes, Duarte, & Pereira (2012).

O Questionário de Alimentação Infantil (QAI) é composto por 55 questões, e é um instrumento que pretende identificar os conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil. As afirmações abordam aspetos relacionados com a identificação dos diferentes grupos alimentares e as suas características, regras para adoção de comportamentos alimentares, crenças e mitos relacionados com alimentação e conhecimento sobre alimentação infantil (Costa et al., 2012).

Cada item é pontuado com 1 (resposta verdadeira, isto é, demonstra conhecimento sobre alimentação infantil) ou 0 (resposta errada, ou seja, demonstram conhecimentos incorretos face à temática). Para evitar tendências de resposta, algumas questões foram construídas de forma a representarem conceitos positivos e outras, negativos, e os itens, 1, 4, 7, 9, 10, 13, 19, 22, 24, 31, 33, 38, 40, 46, 47, 52, são pontuados inversamente.

Quanto maior for o *score* obtido maior o nível de conhecimentos demonstrados, sendo a classificação dos conhecimentos dos pais categorizado em 3 níveis:

Conhecimento Insuficiente: se *score* ≤ 37

Conhecimento Suficiente: se *score* entre 38-41

Conhecimento Bom: se *score* ≥ 42

Os autores agruparam os itens em 4 fatores, como se pode observar no Quadro 2:

Fator	Significado	Pressupostos
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.
2	Regras Alimentares	Avalia algumas regras que estão na base do padrão alimentar.
3	Crenças Alimentares Familiares	Avalia as crenças decorrentes da cultura ou da incorreta promoção alimentar.
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.

Fonte: Costa (2012)

Quadro 2 – Significado e pressupostos dos quatro fatores do QAI

Fator 1 – Alimentação e Saúde – engloba 22 itens (14, 16, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55) – nesta dimensão pode obter o máximo de 22 pontos;

Fator 2 – Regras Alimentares – constituído por 13 itens (2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 18, 20, 22) – nesta dimensão pode obter o máximo de 13 pontos;

Fator 3 – Crenças Alimentares Familiares – composto por 9 itens (1, 10, 19, 21, 23, 24, 26, 31, 43) – nesta dimensão pode obter o máximo de 9 pontos;

Fator 4 – Variedade/Diversidade no Padrão Alimentar - abarca 11 itens (6, 15, 17, 25, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 39) – nesta dimensão pode obter o máximo de 11 pontos.

A recolha de dados foi efetuada entre outubro de 2020 e janeiro de 2021 em ambas as unidades.

A obtenção da listagem da coorte de 2014, 2015, 2016 e 2017 foi efetuada por nós com recurso aos sistemas de informação existentes (MIMuf). Para a identificação das crianças elegíveis para o estudo, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão definidos, foi solicitada a colaboração dos Enfermeiros de Família.

Algumas crianças elegíveis para o estudo já tinham tido consulta de vigilância pelo que os progenitores foram contactados via telefone para solicitar autorização para a participação no estudo.

Para a obtenção de dados, como contactos telefónicos e de email, foi utilizada a informação disponível nos sistemas de informação (SCLínico e SINUS).

1.6 Considerações éticas

Segundo Fortin (2009), a investigação impõe desafios éticos complexos que exigirão do investigador responsabilidade, de forma a garantir o respeito pela proteção dos direitos de cada um dos intervenientes.

Desta forma, durante a realização deste estudo foram considerados os seguintes princípios éticos e deontológicos:

- Princípio da não maleficência, garantindo não terão qualquer prejuízo com a investigação, podendo desistir em qualquer momento do estudo;
- Princípio da autonomia, na medida em que as crianças e os seus progenitores participarão voluntariamente, sendo previamente e devidamente informados;
- Princípio da beneficência e justiça, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos dados dos participantes, tratando-os com respeito e dignidade.

Foi solicitado o parecer para a implementação do projeto ao Diretor Executivo do ACES Cávado I – Braga, (Apêndice II), e à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte (através do preenchimento do modelo próprio da Administração Regional do Norte - Apêndice III).

Para utilização do questionário QAI foi obtida a autorização aos autores para a sua aplicação no presente estudo (Apêndice IV).

Ao longo de todo o processo de investigação foi respeitada, de forma rigorosa, a confidencialidade dos dados, e o acesso aos resultados serão unicamente utilizados para fins de investigação.

Em síntese, foram observados os pressupostos consagrados na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo relativamente à investigação com seres humanos.

Considero que não existe qualquer risco para os intervenientes e todos os dados e informações recolhidas serão, no final do estudo, destruídos.

1.7 Análise de dados

A análise de dados foi conduzida com o programa SPSS, versão 22.

Na caracterização da amostra foram calculadas frequências absolutas (n) e percentagens (%) nas variáveis categóricas, e médias e desvios padrão para as variáveis contínuas após confirmar a simetria das distribuições.

Esta avaliação foi realizada com observação dos histogramas e do coeficiente de assimetria [-2; 2].

A associação do IMC das crianças com as variáveis de interesse foi avaliada com modelos logísticos para observar a maior ou menor *chance* de excesso de peso/obesidade. Foram em primeiro lugar construídos modelos univariados, cujo propósito foi fazer uma avaliação inicial dos potenciais fatores de risco para o excesso de peso/obesidade nas crianças. Foram depois incluídos num modelo multivariável todos os fatores de risco com resultado marginalmente significativo ($p < ,10$) ou estatisticamente significativo ($p < ,05$) nos modelos univariados.

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

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

- Caracterização sociodemográfica, clínica e económica, e dos dados antropométricos das crianças e dos progenitores;
- Associação entre as características sociodemográficas, clínicas e económicas da criança e dos progenitores e o IMC percentilado das crianças;
- Relação entre o conhecimento dos pais sobre alimentação infantil e o IMC percentilado das crianças;
- Relação entre o conhecimento dos pais sobre alimentação infantil e as características sociodemográficas, clínicas e económicas dos progenitores

2.1 Caracterização sociodemográfica, clínica e económica, e dos dados antropométricos das crianças e dos progenitores

Os resultados referem-se às 262 crianças que participaram no estudo e aos seus progenitores.

No que diz respeito às crianças (Tabela 1) e, relativamente ao sexo, 54,6% era do sexo masculino e 45,4% do sexo feminino, apresentando média de idades de 4,70 anos (DP=1,01), que variou entre 3 e 6 anos.

O infantário assegurava quase a totalidade dos cuidados diários das crianças (n=250; 95,4%), ficando os restantes 12 (4,6%) com familiares, ama ou outros.

Relativamente à alimentação, 49,6% das crianças fizeram leite materno exclusivo até aos 6 meses, 39,3% crianças foram alimentadas com leite materno e suplemento de leite artificial e 11,1% apenas com leite artificial. A maioria destas crianças iniciou alimentação diversificada depois dos 6 meses de idade (57,7%).

Cerca de dois terços dos inquiridos praticavam atividade física (n=174; 66,4%), distribuídas por 1 vez por semana (n=78; 44,3%), 2 vezes por semana (n=75; 42,6%) e mais de 2 vezes por semana (n=23; 13,1%). O número médio de horas de exercício por semana foi

de 1,86h (DP=1,02). Os tipos de atividade física mais praticados foram a ginástica (n=51) e a natação (n=28); 54 crianças praticavam mais de duas atividades físicas.

A grande maioria das crianças não tem qualquer problema de saúde (91,6%). Foram identificadas 22 crianças com problemas relacionados com o foro respiratório, alérgico e dermatológico (atopia).

Tabela 1 – Características observadas nas crianças da amostra

Características da criança	
Sexo	
Feminino	119 (45,4%)
Masculino	143 (54,6%)
Problemas de saúde	
Não	240 (91,6%)
Sim	22 (8,4%)
Tipo de leite até aos 6 meses de vida	
Leite Materno Exclusivo	130 (49,6%)
Leite Materno + Suplemento Leite Artificial	103 (39,3%)
Leite Artificial	29 (11,1%)
Início da alimentação diversificada	
Antes dos 6 meses de idade	110 (42,3%)
Depois dos 6 meses de idade	150 (57,7%)
Cuidados diários	
Familiar/Ama/Outro	12 (4,6%)
Infantário	250 (95,4%)
Atividade física	
Não	88 (33,6%)
Sim	174 (66,4%)
Número de vezes que pratica exercício por semana	
1 vez	78 (44,3%)
2 vezes	75 (42,6%)
>2 vezes	23 (13,1%)
Número de horas de exercício por semana	
	1,86 (1,02)

Resultados apresentados no formato n (%) para variáveis categóricas e M (DP) para variáveis contínuas
 Percentagens calculadas sem incluir os dados omissos no denominador

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

O peso médio atual é de 18,77Kg (DP=3,72). A distribuição pelos percentis de peso foi de <P3 (n=3; 1,1%), \geq P3 < P85 (n=195; 74,4%), \geq P85 < P97 (n=43; 16,4%) e \geq P97 (n=21; 8,0%). A média da estatura atual foi de 1,08m (DP=0,09). O intervalo de percentil de estatura mais prevalente foi o \geq P3 < P85 (n=191; 72,9%); foram observadas 14 (5,3%) crianças com percentil < 3, 38 (14,5%) com percentil entre 85 e 97, e 19 (7,3%) com percentil \geq P97. O IMC médio atual foi de 16,10 (DP=2,17). A distribuição dos percentis de IMC

identificou 168 (64,4%) crianças com peso normal, 13 (5,0%) crianças com baixo peso, 51 (19,5%) crianças com sobrepeso e 29 (11,1%) crianças com obesidade.

Na Tabela 2 é possível analisar os dados relativos às mães da amostra cuja idade média foi de 37,49 anos (DP=5,01) com mínimo de 19 e máximo de 51 anos.

Relativamente ao estado civil as mães eram maioritariamente casadas (n=241; 92,0%), residentes em locais urbanos (n=190; 72,5%) e no que diz respeito à escolaridade 72,5% têm o ensino superior. Ainda assim, 7,6% (n=20) das mães não têm no momento a escolaridade obrigatória por lei.

O peso médio foi de 64,83Kg (DP=12,50), a altura média foi de 1,64m (DP=0,06). O IMC médio foi de 24,20 (DP=4,18), principalmente de peso normal (n=174; 66,4%); a pré-obesidade obteve uma prevalência de 24,4% (n=64) e a obesidade de 8,4% (n=22).

O peso médio antes de engravidar foi de 61,75Kg (DP=10,95), com aumento de peso na gravidez até 9Kg em 48 (18,3%) mães, entre 9-12 Kg em 74 (28,4%) mães e > 12Kg em 139 (53,3%) mães.

Foram identificadas 48 (18,3%) mães com problemas de saúde. O problema de saúde mais frequente foi de natureza respiratório (n=19), seguido por gástrico (n=7), endócrino (n=5), outro (n=5) e cardiovascular (n=4); os restantes problemas obtiveram uma frequência igual ou inferior a 2.

Mais de dois terços das mães não praticavam atividade física, 25 (9,5%) praticavam uma vez, 34 (13,0%) praticavam duas vezes e 24 (9,2%) praticavam mais de duas vezes. O tipo de atividade física mais frequente foi o ginásio (n=31), seguido pela ginástica (n=11). Nas praticantes, o número médio de horas de atividade física foi de 1,80h (DP=1,02).

O hábito de ler os rótulos das embalagens estava presente em 107 (40,8%) mães, 106 (40,5%) referiram ter esse hábito às vezes e 49 (18,7%) não tinham esse hábito.

A maior parte das mães via o peso do seu filho como peso normal (n=228; 87,0%)

Tabela 2 - Características observadas nas mães da amostra

Características da mãe	
Idade da mãe	37,63 (4,45)
Estado civil	
Casado/União de facto	241 (92,0%)
Solteiro	8 (3,1%)
Divorciado	13 (5,0%)
Local de residência	
Rural	72 (27,5%)
Urbano	190 (72,5%)
Habilitações literárias	
Ensino básico	20 (7,6%)
Ensino secundário	52 (19,8%)
Ensino superior	190 (72,5%)
Peso	64,83 (12,50)
Altura	1,64 (0,06)
IMC	24,20 (4,18)
Categorias de IMC	
18,5-24,9 - Peso normal	174 (66,4%)
<18 kg/m ² -Baixo peso	2 (0,8%)
25-29,9 kg/m ² -Pré Obesidade	64 (24,4%)
≥30 -Obesidade	22 (8,4%)
Problemas de saúde	
Não	214 (81,7%)
Sim	48 (18,3%)
Peso antes de engravidar	61,75 (10,95)
Aumento de peso na gravidez	
Até 9Kg	48 (18,3%)
9-12Kg	74 (28,4%)
>12Kg	139 (53,3%)
Atividade física	
Não	179 (68,3%)
1 vez	25 (9,5%)
2 vezes	34 (13,0%)
> 2 vezes	24 (9,2%)
Nº horas de atividade física	1,80 (1,02)
Hábito de ler rótulos das embalagens	
Não	49 (18,7%)
Às vezes	106 (40,5%)
Sim	107 (40,8%)
Como vê o peso do filho(a)	
Peso normal	228 (87,0%)
Baixo peso	20 (7,6%)
Excesso de peso	14 (5,3%)

Resultados apresentados no formato n (%) para variáveis categóricas e M (DP) para variáveis contínuas
 Percentagens calculadas sem incluir os dados omissos no denominador

Na Tabela 3 são apresentadas as características dos pais da amostra. A idade média do pai foi de 39,13 anos (DP=4,96), compreendida entre os 21 e 56 anos.

A maior parte dos pais eram casados (n=242; 92,7%) e residentes em zona urbana (n=190; 72,8%). Cerca de metade (n=131; 50,2%) possuía o ensino superior, seguido pelo ensino secundário (n=71; 27,2%) e ensino básico (n=59; 22,6%).

O peso médio dos pais foi de 81,30 Kg (DP=10,93), com altura média de 1,76m (DP=0,07) e IMC médio de 26,25 (DP=3,15). Mais de metade dos pais da amostra tinha pré-obesidade (n=130; 50,8%), 101 (39,5%) tinha baixo peso e 29 (9,8%) tinha obesidade.

Foram identificados 35 (13,5%) pais com problemas de saúde, principalmente respiratórios (n=7), cardiovasculares (n=5), endócrinos (n=5) ou gástricos (n=5).

Mais de metade dos pais (n=138; 52,7%) não praticavam atividade física, 46 (17,6%) praticavam uma vez, 37 (14,1%) praticavam duas vezes e 41 (15,6%) praticavam mais de duas vezes. O ginásio (n=33) e os jogos coletivos (n=21) foram as mais referenciadas. O número médio de horas de atividade física foi de 2,08 h (DP=1,26).

Cerca de metade dos pais tinham hábito de ler rótulos das embalagens, nomeadamente às vezes (n=72; 28,1%) ou com mais frequência (n=56; 21,9%).

A maior parte dos pais via o seu filho como tendo um peso normal (n=216; 91,1%).

Tabela 3 - Características observadas nos pais da amostra

Características do pai	
Idade do pai	39,13 (4,96)
Estado civil	
Casado/União de facto	242 (92,7%)
Solteiro	8 (3,1%)
Divorciado	11 (4,2%)
Local de residência	
Rural	71 (27,2%)
Urbano	190 (72,8%)
Habilitações literárias	
Ensino básico	59 (22,6%)
Ensino secundário	71 (27,2%)
Ensino superior	131 (50,2%)
Peso	81,30 (10,93)
Altura	1,76 (0,07)
IMC	26,25 (3,15)
Categorias de IMC	
18,5-24,9 - Peso normal	101 (39,5%)
<18 kg/m ² -Baixo peso	0 (0,0%)
25-29,9 kg/m ² -Pré Obesidade	130 (50,8%)
≥30 -Obesidade	25 (9,8%)
Problemas de saúde	
Não	224 (86,5%)
Sim	35 (13,5%)
Atividade física	
Não	138 (52,7%)
1 vez	46 (17,6%)
2 vezes	37 (14,1%)
> 2 vezes	41 (15,6%)
Nº horas de atividade física	2,08 (1,26)

Características do pai

Hábito de ler rótulos das embalagens	
Não	128 (50,0%)
Às vezes	72 (28,1%)
Sim	56 (21,9%)
Como vê o peso do filho(a)	
Peso normal	216 (91,1%)
Baixo peso	8 (3,4%)
Excesso de peso	13 (5,5%)

Resultados apresentados no formato n (%) para variáveis categóricas e M (DP) para variáveis contínuas
 Percentagens calculadas sem incluir os dados omissos no denominador

As famílias do tipo nuclear foram as mais presentes na amostra (n=186; 71,0%), seguidas pelas alargadas e monoparentais, ambas com 33 (12,6%) respostas.

O APGAR familiar foi na sua maioria altamente funcional (n=236; 90,1%).

Na escala de Graffar observou-se uma distribuição mais predominante nas classes mais altas, com classe alta (n=112; 42,7%) e classe média alta (n=95; 36,3%); a classe média foi observada em 48 (18,3%) famílias e 7 (2,7%) famílias tinham classe média baixa (Tabela 4).

Tabela 4 - Características observadas nas famílias da amostra

Características da família	n (%)
Tipo de família	
Nuclear – Casal com ou sem filhos	186 (71,0%)
Alargada – Avós, pais e filhos	33 (12,6%)
Reconstruída – Nova união após reformulação	6 (2,3%)
Monoparental – só mãe ou pai e filhos	33 (12,6%)
Outras	4 (1,5%)
APGAR familiar	
Família altamente funcional	236 (90,1%)
Família com moderada disfunção	23 (8,8%)
Família com disfunção acentuada	3 (1,1%)
Escala de Graffar	
Classe I - Classe Alta	112 (42,7%)
Classe II - Classe Média Alta	95 (36,3%)
Classe III - Classe Média	48 (18,3%)
Classe IV - Classe Média Baixa	7 (2,7%)

2.2 Associação entre as características sociodemográficas, clínicas e económicas da criança e dos progenitores e o IMC percentilado das crianças.

Na Tabela 5 são apresentadas as associações logísticas univariadas das variáveis independentes consideradas com o IMC das crianças, separado em peso normal/ baixo peso e excesso de peso/ obesidade.

Foram observadas associações estatisticamente significativas com o IMC da mãe ao nível da pré-obesidade, com maior chance de excesso de peso/ obesidade da criança nas mães com esta característica (OR=1,99; p=,026).

Foram detetadas marginalmente significativas para a associação do excesso de peso/ obesidade da criança com a sua frequência de prática de exercício físico para mais de duas vezes por semana, atuando como fator protetor (OR=0,31; p=,073).

Não foi detetada qualquer relação com significado estatístico entre as habilitações literárias dos progenitores e o IMC das crianças.

Tabela 5 - Associações univariadas com o excesso de peso/obesidade da criança

Variável Independente	Peso normal/ baixo peso	Excesso de peso/ obesidade	OR	p-valor
Sexo				
Feminino	87 (48,1%)	32 (40,0%)	1	1
Masculino	94 (51,9%)	48 (60,0%)	1,38	p=,368
Peso ao nascer				
	3,21 (0,93)	3,14 (0,68)	0,41	p=,624
Tipo de leite até aos 6 meses de vida				
Leite Materno Exclusivo	93 (51,4%)	37 (46,3%)	1	1
Leite Materno + Suplemento Leite Artificial	71 (39,2%)	32 (40,0%)	1,13	p=,665
Leite Artificial	17 (9,4%)	11 (13,8%)	1,63	p=,261
Cuidador				
Infantário	171 (94,5%)	78 (97,5%)	1	1
Familiar/Ama/Outro	10 (5,5%)	2 (2,5%)	0,44	p=,295
Prática de exercício físico da criança				
Não pratica	57 (31,5%)	28 (35,0%)	1	1
1 vez	48 (26,5%)	30 (37,5%)	1,27	p=,462
2 vezes	56 (30,9%)	19 (23,8%)	0,69	p=,293
> 2 vezes	20 (11,0%)	3 (3,8%)	0,31	p=,073†
Conhecimentos QAI				
Alimentação e saúde	97,49 (4,24)	96,08 (6,93)	0,95	p=,061†
Regras alimentares	93,67 (6,29)	92,41 (7,08)	0,97	p=,152
Crenças alimentares familiares	84,29 (11,88)	81,95 (11,37)	0,98	p=,140
Variedade/ diversidade no padrão alimentar	80,56 (14,24)	77,05 (16,43)	0,99	p=,082†
Pontuação total	91,04 (4,66)	89,09 (6,20)	0,93	p=,007*
IMC mãe				
Peso normal ou baixo peso	130 (71,8%)	46 (57,5%)	1	1
Pré-obesidade	37 (20,4%)	26 (32,5%)	1,99	p=,026*
Obesidade	14 (7,7%)	8 (10,0%)	1,62	p=,313
IMC pai				
Peso normal ou baixo peso	77 (42,5%)	29 (36,3%)	1	1
Pré-obesidade	86 (47,5%)	44 (55,0%)	1,36	p=,284
Obesidade	18 (9,9%)	7 (8,8%)	1,03	p=,948
Local de residência da mãe				
Rural	47 (26,0%)	24 (30,0%)	1	1
Urbano	134 (74,0%)	56 (70,0%)	0,82	p=,500
Maior habilitação do agregado				
Ensino básico	11 (6,1%)	4 (5,0%)	1	1
Ensino secundário	34 (18,8%)	19 (23,8%)	1,54	p=,509
Ensino superior	136 (75,1%)	57 (71,3%)	1,15	p=,814
Aumento de peso na gravidez				
Até 9Kg	29 (16,0%)	18 (22,8%)	1	1
9-12Kg	52 (28,7%)	22 (27,8%)	0,68	p=,330
>12Kg	100 (55,2%)	39 (49,4%)	0,63	p=,190

Variável Independente	Peso normal/ baixo peso	Excesso de peso/ obesidade	OR	p-valor
APGAR familiar				
Família altamente funcional	166 (91,7%)	69 (86,3%)	1	1
Família com moderada disfunção	14 (7,7%)	9 (11,3%)	1,55	p=,333
Família com disfunção acentuada	1 (,6%)	2 (2,5%)	4,81	p=,203
Escala de Graffar				
Classe I - Classe Alta	78 (43,1%)	34 (42,5%)	1	1
Classe II - Classe Média Alta	68 (37,6%)	27 (33,8%)	0,91	p=,761
Classe III - Classe Média	30 (16,6%)	17 (21,3%)	1,3	p=,474
Classe IV - Classe Média Baixa	5 (2,8%)	2 (2,5%)	0,92	p=,918

Regressões logísticas univariadas com cálculo de Odds Ratios (OR) e p-valor; †p<,10; *p<,05

Relativamente ao nível socioeconómico da família (Tabela 6) não se observou relação estatisticamente significativa entre esta variável e o IMC da criança (p=.087), da mãe (p=.137) e do pai (p=.085).

Tabela 6 - Associações do IMC da família com a classe Graffar

	Classe I – Classe Alta	Classe II – Classe Média Alta	Classe III – Classe Média	Classe IV – Classe Média Baixa	ANOVA
IMC da criança	15.85 (1.91)	16.03 (1.90)	16.78 (3.02)	16.52 (1.93)	p=.087
IMC da mãe	23.73 (3.79)	24.09 (3.62)	25.29 (5.76)	25.59 (3.66)	p=.137
IMC do pai	25.76 (2.88)	26.62 (3.49)	26.43 (2.91)	28.44 (3.02)	p=.085

Analisando por grupos profissionais, constatamos que, no global da amostra, predomina o grupo dos pais com profissões qualificadas/intelectuais (Especialistas das atividades intelectuais e científicas – 40,84%), os trabalhadores qualificados da indústria, construção e artificies representam 14,12% e, por último, 11,45% insere-se no grupo dos técnicos e profissões de nível intermédio, não muito distante do grupo dos trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (10,31%).

Analisando por sexos, verificamos que as mães se concentram nas profissões qualificadas (Especialistas das atividades intelectuais e científicas – 48%; Técnicos e profissões de nível intermédio – 12%), seguido dos grupos do Pessoal Administrativo e Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores com 11% e 10%, respetivamente.

Os pais concentram-se nas profissões Especialistas das atividades intelectuais e científicas com 34%, seguido dos Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artificies com 20% do total da amostra. 11% representam os Técnicos e profissões de nível

intermédio e os Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (à semelhança das mães).

		MÃES		PAIS	
		n	%	n	%
Grupo 0	PROFISSÕES DAS FORÇAS ARMADAS	0	0	0	0
Grupo 1	REPRESENTANTES DO PODER LEGISLATIVO E DE ÓRGÃOS EXECUTIVOS, DIRIGENTES, DIRECTORES E GESTORES EXECUTIVOS	14	53,4	22	8,4
Grupo 2	ESPECIALISTAS DAS ACTIVIDADES INTELECTUAIS E CIENTÍFICAS	125	47,7	89	33,97
Grupo 3	TÉCNICOS E PROFISSÕES DE NÍVEL INTERMÉDIO	31	11,8	29	11
Grupo 4	PESSOAL ADMINISTRATIVO	28	10,69	15	5,72
Grupo 5	TRABALHADORES DOS SERVIÇOS PESSOAIS, DE PROTECÇÃO E SEGURANÇA E VENDEDORES	25	9,5	29	11
Grupo 6	AGRICULTORES E TRABALHADORES QUALIFICADOS DA AGRICULTURA, DA PESCA E DA FLORESTA	0	0	0	0
Grupo 7	TRABALHADORES QUALIFICADOS DA INDÚSTRIA, CONSTRUÇÃO E ARTÍFICES	21	8,01	53	20,23
Grupo 8	OPERADORES DE INSTALAÇÕES E MÁQUINAS E TRABALHADORES DA MONTAGEM	2	0,76	4	1,53
Grupo 9	TRABALHADORES NÃO QUALIFICADOS	2	0,76	9	3,44
Outros	Outra	14	5,3	12	4,58

Quadro 3 - Caracterização profissional dos pais segundo classificação das profissões do INE

2.3 Relação entre o conhecimento dos pais sobre alimentação infantil e o IMC percentilado das crianças.

Na Tabela 7 são apresentados os resultados do questionário de alimentação infantil. Foram convertidas as pontuações brutas em pontuações padronizadas, com variação de 0 a 100% de proporção de respostas corretas.

De acordo com as categorias definidas pelos autores do QAI, 99,2% dos inquiridos apresenta um nível de conhecimento “Bom” acerca da alimentação infantil. A pontuação mais elevada foi obtida no fator de alimentação e saúde, com média de 97,07% (DP=5,23) de respostas corretas. Seguiu-se a pontuação no fator regras alimentares, com média de 93,28% (DP=6,54), depois nas crenças alimentares familiares, com 83,59% (DP=11,74) e por fim a pontuação mais baixa no fator variedade/diversidade no padrão alimentar, com 79,46% (DP=14,98). A média da pontuação total foi de 90,44% (DP=4,24).

Tabela 7 - Resultados do questionário de alimentação infantil

	Alimentação e saúde	Regras alimentares	Crenças alimentares familiares	Variedade/diversidade no Padrão Alimentar	Pontuação total
Pontuação					
Bruta	21,35 (1,15)	12,13 (0,85)	7,52 (1,06)	8,74 (1,65)	49,74 (2,88)
Convertida (0-100)	97,07 (5,23)	93,28 (6,54)	83,59 (11,74)	79,46 (14,98)	90,44 (5,24)
Categorias*					
Insuficiente					1 (0,4%)
Suficiente					1 (0,4%)
Bom					260 (99,2%)

*de acordo com o definido por Costa et al. (2012)

2.4 Relação entre o conhecimento dos pais sobre alimentação infantil e as características sociodemográficas, clínicas e económicas dos progenitores

Nas tabelas 8 e 9, são apresentados os resultados do QAI relativamente à escolaridade das mães e pais, respetivamente. Os conhecimentos sobre alimentação e saúde ($p < .001$), crenças alimentares familiares ($p < .001$), variedade/ diversidade no padrão alimentar ($p = .015$) e pontuação total ($p < .001$) associaram-se com níveis mais elevados de escolaridade da mãe, em particular com o ensino superior.

Tabela 8 - Associações dos resultados do questionário com as habilitações literárias da mãe

	Ensino básico	Ensino secundário	Ensino superior	ANOVA
Alimentação e saúde	93.86 (11.91)	93.97 (5.88)	98.25 (3.01)	p < .001
Regras alimentares	92.31 (7.06)	92.60 (7.61)	93.56 (6.18)	p = .510
Crenças alimentares familiares	75.56 (19.28)	79.70 (11.37)	85.50 (10.17)	p < .001
Variedade/diversidade no padrão alimentar	71.82 (17.43)	77.10 (14.23)	80.91 (14.65)	p = .015
Pontuação total	86.09 (6.94)	87.94 (5.26)	91.59 (4.53)	p < .001

Resultados similares foram encontrados na associação dos resultados do questionário com as habilitações literárias do pai.

Tabela 9 - Associações dos resultados do questionário com as habilitações literárias do pai

	Ensino básico	Ensino secundário	Ensino superior	ANOVA
Alimentação e saúde	94.99 (8.13)	96.73 (4.56)	98.19 (3.32)	p<.001
Regras alimentares	92.31 (6.85)	93.50 (6.96)	93.66 (6.14)	p=.404
Crenças alimentares familiares	77.21 (14.94)	83.88 (10.75)	86.18 (9.36)	p<.001
Variedade/diversidade no padrão alimentar	76.27 (16.46)	77.21 (15.36)	81.96 (13.62)	p=.018
Pontuação total	87.70 (5.79)	89.96 (5.36)	91.91 (4.33)	p<.001

Quanto à profissão das mães (Tabela 10), os Especialistas das atividades intelectuais e científicas, Técnicos e profissões de nível intermédio e Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos foram as profissões que se associaram com maior conhecimento ao nível da alimentação e saúde ($p<.001$).

Os Especialistas das atividades intelectuais e científicas e pessoal administrativo revelaram maior conhecimento nas crenças alimentares familiares ($p<.001$).

Os Especialistas das atividades intelectuais e científicas, Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos, Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices e outras profissões obtiveram pontuações mais elevadas nos conhecimentos sobre variedade/diversidade no padrão alimentar ($p=.027$).

Os Especialistas das atividades intelectuais e científicas e os Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos destacaram-se pela positiva na pontuação total ($p<.001$).

Tabela 10 - Associações dos resultados do questionário com a profissão da mãe

	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	Pessoal Administrativo	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	Técnicos e profissões de nível intermedio	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artificies	OUTRO	ANOVA
Alimentação e Saúde	98.47 (2.83)	95.45 (5.10)	97.40 (3.44)	98.24 (3.25)	95.45 (5.25)	93.51 (11.73)	93.94 (6.43)	p<.001
Regras alimentares	94.16 (5.64)	92.31 (5.92)	94.51 (5.59)	92.81 (6.86)	92.31 (7.69)	92.31 (7.69)	91.03 (9.60)	p=.355
Crenças alimentares familiares	86.49 (9.53)	86.11 (9.86)	81.75 (12.78)	79.21 (11.01)	82.67 (11.15)	77.78 (16.85)	76.55 (15.66)	p<.001
Variedade e Diversidade no padrão alimentar	82.33 (14.01)	73.38 (15.83)	80.52 (13.74)	75.08 (13.06)	75.27 (18.09)	80.52 (16.08)	80.30 (14.71)	p=.027
Pontuação Total	92.26 (4.17)	88.77 (5.02)	90.78 (5.31)	89.21 (4.83)	88.58 (5.29)	88.05 (6.92)	87.68 (6.59)	p<.001

Relativamente à profissão dos pais (Tabela 11), os Especialistas das atividades intelectuais e científicas, Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos, Técnicos e profissões de nível intermédio e Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices foram as profissões que se associaram com maior conhecimento ao nível da alimentação e saúde ($p<.001$).

Os Especialistas das atividades intelectuais e científicas, Pessoal administrativo, Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos e Técnicos e profissões de nível intermédio revelaram maior conhecimento nas crenças alimentares familiares ($p<.001$).

Os Especialistas das atividades intelectuais e científicas, Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos, Técnicos e profissões de nível intermédio e Pessoal administrativo obtiveram resultados mais elevados na pontuação total ($p<.001$).

Tabela 11 - Associações dos resultados do questionário com a profissão do pai

	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	Pessoal Administrativo	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	Técnicos e profissões de nível intermedio	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	Trabalhadores qualificados da industria, construção e artificies	OUTRO	ANOVA
Alimentação e Saúde	98.16 (3.19)	98.18 (5.10)	97.36 (3.67)	97.18 (4.61)	93.89 (9.43)	97.08 (5.13)	94.89 (5.96)	p=.005
Regras alimentares	93.35 (6.26)	94.87 (6.92)	95.04 (4.23)	92.31 (6.17)	93.90 (7.80)	92.74 (6.82)	90.39 (8.19)	p=.276
Crenças alimentares familiares	85.52 (9.39)	86.67 (8.61)	85.66 (11.89)	85.06 (11.98)	78.55 (15.97)	80.30 (10.37)	83.33 (16.73)	p=.024
Variedade e Diversidade no padrão alimentar	82.43 (14.29)	77.58 (9.00)	79.47 (15.38)	80.57 (12.08)	79.31 (16.46)	75.13 (16.06)	77.27 (18.78)	p=.192
Pontuação Total	91.81 (4.44)	91.39 (4.74)	91.32 (4.89)	90.72 (4.49)	88.46 (6.38)	88.92 (5.00)	88.41 (7.65)	p=.004

Relativamente ao local de residência não foram observadas associações com o maior ou menor conhecimento dos pais sobre alimentação infantil.

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao longo desta parte procura-se, fundamentalmente, relacionar os resultados obtidos na investigação com a revisão da literatura efetuada sobre a temática em causa.

Tendo em conta os objetivos do estudo pretendemos conseguir perceber se os fatores sociodemográficos, clínicos, económicos e familiares se correlacionam com prevalência do excesso de peso e obesidade nas crianças, assim como se o conhecimento dos pais sobre alimentação infantil se correlaciona com o peso das crianças em idade pré-escolar.

A população alvo do estudo foram as crianças nascidas nos anos 2014, 2015, 2016 e 2017, apresentando no momento da recolha dos dados uma média de idades de 4,70 anos (DP=1,01). O total da amostra é de 262 crianças em que 119 (45,4%) são do sexo feminino e 143 (54,6) são do sexo masculino.

A maior parte das crianças que participaram no estudo frequentavam o jardim de infância (95,4%), o que pode ser justificado por estarmos a falar de um meio urbano em que há uma grande oferta de instituições de ensino no pré-escolar (n=100) (PORDATA, 2019). Estatisticamente não há relação entre o cuidador (infantário, ama, familiar, outro) e o IMC da criança. No entanto, este resultado alerta-nos para a importância das escolas na educação alimentar das crianças, uma vez que é o local onde estas passam a maior parte do seu dia.

Relativamente ao tipo de leite que efetuaram até aos 6 meses, 49,6% das crianças fizeram aleitamento materno exclusivo, resultado acima dos dados obtidos no Inquérito Nacional de Saúde em 2014, em que este foi de 32,3%. À semelhança de Almeida, 2016 e de Silva, 2012 as cited in Almeida, 2016, também neste estudo não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre o aleitamento materno exclusivo e o IMC da criança. No entanto, num estudo desenvolvido por Caldeira, Souza, & Souza, 2015, o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses ou mais, foi associado à ausência de excesso de peso ou obesidade infantil. Também Kaul et al. (2018) e Arenz et al. (2004) as cited in Marques (2019) concluíram que um maior tempo de aleitamento materno parece ser um fator protetor para o excesso de peso/obesidade infantil.

A diversificação alimentar iniciou-se após os 6 meses em 57,7% das crianças, que seria o mais adequado segundo a evidência da altura. As recomendações mais atuais consideram que a diversificação alimentar não deve ser introduzida antes dos 4 meses, mas também não deve ser protelada após os 6 meses isto porque embora o aleitamento materno exclusivo assegure o aporte de todos os nutrientes necessários até aos 6 meses de vida, em

alguns latentes poderá não ser suficiente e ser necessário a suplementação de ferro (ESPGHAN, 2019).

No que diz respeito à atividade física, cerca de dois terços dos participantes fazem algum tipo de exercício físico (n=174; 66,4%). A maioria das crianças refere praticar exercício físico 1 vez por semana (n=78; 44,3%), o que podemos inferir que será feito em contexto escolar atendendo ao currículo do ensino pré-escolar na maioria das escolas do concelho. De referir, que a atividade física praticada nas escolas tem um caráter mais lúdico do que propriamente de grande desgaste energético (Almeida, 2016). Cerca de 43% das crianças (n=75) praticavam atividade física 2 vezes por semana, e apenas 13,11% (n= 23) têm uma carga semanal de exercício físico superior a 2 vezes por semana. O número médio de horas de exercício por semana foi de 1,76h (DP=1,02). Neste estudo, foram detetadas relações marginalmente significativas para a associação do excesso de peso/ obesidade da criança com a sua frequência de prática de exercício físico para mais de duas vezes por semana, atuando como fator protetor (OR=0,31; p=,073). Este resultado vai de encontro ao evidenciado por Almeida (2016), que conclui que a prática desportiva regular, isto é, com uma carga horária superior a 2h por semana, é um fator diferenciador e preponderante nas características antropométricas das crianças.

As recomendações globais sobre a prática de atividade física nas crianças saudáveis, no sentido de melhorar as suas condições cardiovasculares e metabólicas, defendem a prática de pelo menos 60 minutos diários, seguidos ou intervalados, de atividade física intensa moderada a vigorosa (World Health Organization, 2010).

As crianças da nossa amostra não revelam problemas de saúde de maior, sendo que 91,6% não tem qualquer patologia associada.

Relativamente à prevalência de excesso de peso e obesidade nas crianças da amostra verifica-se que 30,6% apresenta excesso de peso e obesidade (19,5% excesso de peso e 11,1% obesidade), o que vai de encontro aos resultados encontrados na literatura, nomeadamente nos resultados apresentados pela Plataforma contra a Obesidade que num estudo desenvolvido em 2015 concluiu que cerca de 30% da população infantil em Portugal apresentava excesso de peso (DGS, 2015).

Destaque para um estudo realizado no concelho de Sintra por Lourenço, Santos e Carmo (2014), que constataram que 30,6% das crianças em idade pré-escolar que participaram no estudo tinha excesso de peso (13,6% pré-obesidade e 17,0% obesidade). Também Costa (2012) apurou, no seu estudo efetuado nas escolas do pré-escolar da região do

Dão-Lafões que 31,3% das crianças tinha excesso de peso (18,9% pré-obesidade e 12,4% obesidade).

Outros estudos efetuados em Portugal corroboram os resultados relativos à prevalência de excesso de peso e obesidade infantil (Leiras, 2015; Camarinha, Graça, & Nogueira, 2016). Um estudo mais antigo efetuado na região da Beira Interior chegou a conclusões muito semelhantes em que a prevalência de crianças com excesso de peso era de 15,66% e obesidade 12,06% (Duarte, 2008).

Os dados relativos às mães revelaram que estas tinham idades compreendidas entre os 19 e os 51 anos, sendo a idade média de 37,49 anos (DP=5,01).

Relativamente ao estado civil eram maioritariamente casadas (n=241; 92%), residentes em locais urbanos (n=190, 72,5%), e no que diz respeito à escolaridade 72,5% têm ensino superior. Este último dado é bastante mais positivo, quando comprado com o resultado dos censos 2011, em que em Braga apenas 22,1% das mulheres tinha escolaridade superior, número este que baixa para 15,9% quando alargado ao território nacional (PORDATA, 2015). Devo, ainda, salientar que 7,6% (n= 20) das mães não tem a escolaridade obrigatória por lei neste momento (ensino secundário), número este, ainda assim, inferior aos valores nacionais (Pordata, 2015).

No que diz respeito aos dados antropométricos das mães verificou-se que o peso médio foi de 64,83Kg (DP=12,50), a altura média foi de 1,64m (DP=0,06) e o IMC médio foi de 24,20 (DP=4,18). O peso normal foi observado em 66,4% das mães, a pré obesidade obteve uma prevalência de 24,4% e a obesidade de 8,4%. Estes dados são muito semelhantes ao obtidos por Leiras (2015), em que, num estudo cujo objetivo era perceber a influência materna no comportamento alimentar da criança, obteve uma prevalência de pré-obesidade de 26,9% e de obesidade de 6,7%. Estes resultados vão de encontro às conclusões do estudo EPACI (Rego, 2012), que aponta para uma elevada prevalência de excesso de peso em mães que integraram um estudo representativo nacional (25,1% pré- obesidade e 12,8% obesidade), e do estudo de Costa (2012), no qual a maioria das mães (56,7%) apresentava um peso normal, 31,1% apresentava pré-obesidade e 10,2% obesidade.

Neste estudo verificou-se relação estatisticamente significativa entre o IMC da mãe ao nível da pré-obesidade e o excesso de peso/obesidade das crianças (OR=1,99; p=,026). Outros estudos obtiveram os mesmos resultados, como o realizado por Nazareth et al (2014) as cited in Marques, 2019, que concluiu que o sobrepeso das crianças era influenciado pela peso dos pais, sendo que essa associação era mais evidente quando a obesidade existia na mãe ou

coexistia em ambos os progenitores. Goto et al., (2019), corrobora estes resultados, encontrando relação estaticamente significativa entre fatores maternos, como o IMC superior a 25, e o excesso de peso/obesidade nas crianças. Leiras (2015), verificou uma correlação estatisticamente significativa positiva muito baixa entre o IMC das mães e o IMC das crianças ($r=0,185$; $sig= 0,044$). Por sua vez Correia (2016) chegou a resultados muito parecidos, neste caso em relação aos dois progenitores com uma correlação muito significativa, entre o percentil de IMC da criança/adolescente e o IMC dos pais.

Perante estes resultados é possível realçar a influência da mãe no comportamento e desenvolvimento da criança, muito relacionado com o papel que ainda hoje a sociedade lhe atribui no que diz respeito à seleção e aquisição de produtos e confeção das refeições (Viana, Franco, & Morais, 2011).

Relativamente à escolaridade materna não foram encontrados resultados com valor estatístico significativo, o que não corrobora com os resultados obtidos por Leiras (2015) e Marques (2019) que verificou que à medida que aumenta a escolaridade da mãe diminui a proporção de crianças com excesso de peso e obesidade. Também Correia, 2016 obteve resultados similares aos anteriores verificando uma correlação estatisticamente significativa entre o IMC das crianças e a escolaridade dos progenitores em que quanto menor nível de escolaridade mais alto é o IMC das crianças.

No que concerne à atividade física, verificou-se neste estudo que não é um hábito dentro do grupo de mães. Cerca de dois terços não praticavam qualquer tipo de exercício físico, mas tal facto não tem significado estatístico ($p=.192$).

Os resultados obtidos relativamente aos pais revelaram que a idade média do pai foi de 39,13 anos ($DP=4,96$), compreendida entre os 21 e 56 anos.

A maior parte dos pais eram casados ($n=242$; 92,7%) e residentes em zona urbana ($n=190$; 72,8%). Relativamente à escolaridade cerca de metade ($n=131$; 50,2%) possuía o ensino superior, seguido pelo ensino secundário ($n=71$; 27,2%) e ensino básico ($n=59$; 22,6%). Estes resultados são superiores aos dados dos censos 2011 em que apenas 16% dos homens tinha escolaridade superior e 18% tinha completado o ensino secundário. Os resultados obtidos são bem diferentes do panorama nacional em que apenas 11,6% dos homens tem formação superior (Pordata, 2015).

O peso médio dos pais foi de 81,30 Kg ($DP=10,93$), com altura média de 1,76m ($DP=0,07$) e IMC médio de 26,25 ($DP=3,15$). Mais de metade dos pais da amostra tinha pré-obesidade ($n=130$; 50,8%) e 29 (9,8%) tinha obesidade. Ainda assim, 101 (39,5%) tinha baixo

peso. Os resultados obtidos neste estudo relativamente à pré-obesidade paterna vão de encontro ao descrito na literatura em que 53,3% dos homens têm pré-obesidade e 10,9% têm obesidade (DGS, 2016).

Foram identificados 35 (13,5%) pais com problemas de saúde, principalmente respiratórios (n=7), cardiovasculares (n=5), endócrinos (n=5) ou gástricos (n=5). A realidade portuguesa mostra que 44% dos casos de diabetes, 23% dos casos de doença isquémica e entre 7 e 41% dos casos de cancros são atribuíveis à obesidade e pré-obesidade (DGS, 2016).

Perante estes resultados a preocupação aumenta quando mais de metade dos pais (n=138; 52,7%) não praticavam atividade física, 46 (17,6%) praticavam uma vez, 37 (14,1%) praticavam duas vezes e 41 (15,6%) praticavam mais de duas vezes. O ginásio (n=33) e os jogos coletivos (n=21) foram as mais referenciadas. O número médio de horas de atividade física foi de 2,08 h (DP=1,26).

No que diz respeito ao interesse pelo valor nutricional dos produtos alimentares, nomeadamente pela leitura dos rótulos dos produtos, apenas cerca de metade dos pais tinham hábito de ler rótulos das embalagens, nomeadamente às vezes (n=72; 28,1%) ou com mais frequência (n=56; 21,9%), sendo que 50% dos inquiridos não tem essa prática. Estes números são bastante inferiores aos maternos que quando questionadas se têm o hábito de ler os rótulos das embalagens, 40,8% responde “sim”, 40,5% responde “às vezes” e apenas 18,7% responde “não”. Estes resultados são muito semelhantes aos obtidos por Marques (2019) em que a maioria das mães afirmou ter o hábito de ler os rótulos das embalagens de alimentos (46,8%), 41,5% afirmaram ler “às vezes, havendo 11,7% das mães não os lê.

Num estudo sobre a atitude dos consumidores portugueses face à rotulagem alimentar, Gomes et al. (2017), concluíram que 59% dos inquiridos revelam ler os rótulos alimentares dos produtos com regularidade ou mesmo sempre. À semelhança dos nossos resultados, as mulheres leem os rótulos alimentares com maior frequência (61%) do que os homens (52%), sendo que a categoria dos alimentos que mais procuram analisar o rótulo, são os produtos para crianças. No mesmo estudo, os investigadores apontam que 11,2% dos inquiridos não fazem a análise da rotulagem alimentar, valores muito semelhantes aos resultados encontrados na nossa amostra das mães. No nosso estudo, os homens têm níveis de escolaridade ligeiramente inferiores aos das mulheres o que pode justificar o desinteresse pela leitura dos rótulos uma vez que pessoas mais escolarizadas apresentam maior capacidade e facilidade de interpretação dos rótulos e, como tal, estão mais propensas e consciencializadas para o fazer (Marques, 2019).

Quando avaliada a percepção das mães e dos pais acerca da imagem corporal dos filhos, a maior parte considera o peso do seu filho como peso normal (n=228; 87,0% e n=216; 91,1% respetivamente). Este resultado fica ligeiramente abaixo do obtido por Andrade, Barros e Ramos (2011) as cited in Pinto, 2017, que conclui que 94% das mães das crianças com pré-obesidade e obesidade as classificaram como tendo peso normal. Esta noção desajustada do real peso dos filhos faz com que estas não identifiquem e reconheçam o excesso de peso e obesidade como um problema. Este facto pode influenciar negativamente abordagem necessária para a mudança de comportamentos e adoção de hábitos de vida saudáveis.

Relativamente à composição do agregado familiar os dados obtidos são concordantes com o contexto familiar nacional onde predomina o tipo de família nuclear (71%). O APGAR familiar foi na sua maioria altamente funcional (n=236; 90,1%).

Na escala de Graffar observou-se uma distribuição mais predominante nas classes mais altas, com classe alta (n=112; 42,7%) e classe média alta (n=95; 36,3%); a classe média foi observada em 48 (18,3%) famílias e 7 (2,7%) famílias tinham classe média baixa. Relativamente o impacto do *status* socioeconómico das famílias no excesso de peso e obesidade infantil neste estudo não se verificou qualquer relação com significado estatístico entre a classe social e o IMC das crianças. Estes dados não vão de encontro aos resultados obtidos por Rito et al. 2015, em que num estudo efetuado para perceber o impacto do status socioeconómico no excesso de peso e obesidade infantil, concluíram que pais com profissões não qualificadas ou pouco qualificadas, e com nível de escolaridade mais baixo tinham alta probabilidade de ter filhos obesos.

Estes dados parecem dar indícios da mudança de paradigma e da necessidade urgente de alterações na abordagem à prevenção do excesso de peso e obesidade infantil.

Em relação ao conhecimento dos pais na alimentação infantil concluímos que 99,2% têm um nível “Bom” de conhecimentos nesta área. Os resultados obtidos pelos autores do questionário, Costa et al. (2012), aquando da sua validação, foram ligeiramente inferiores tendo concluído que, para o global da amostra, a maioria dos pais apresentava “Bom” conhecimento (52,1%), sobretudo as mães (52,4%), enquanto 33,3% dos pais revelou conhecimentos insuficientes. Pinto (2017), num estudo similar chegou a dados distintos, em que 43,9% do total da amostra apresentava conhecimentos suficientes, 30,7% bons conhecimentos e 25,4% tinha conhecimentos insuficientes. Marques (2019) num estudo efetuado com crianças em idade pré-escolar, e utilizando a mesma escala dos autores

anteriores, concluíram que os pais das crianças com peso normal apresentavam valores médios mais elevados no QAI, enquanto os pais das crianças com excesso de peso obtiveram valores médios mais baixos, com diferenças significativas nos percentis de peso normal e obesidade.

Os nossos resultados talvez possam ser justificados pelas habilitações académicas dos nossos inquiridos.

Analisando o QAI nas suas quatro áreas, concluímos que o conhecimento nos fatores de alimentação e saúde (OR=0,95; p=,061) e variedade/ diversidade no padrão alimentar (OR=0,99; p=,082) associa-se a uma menor chance de excesso de peso/ obesidade infantil. Os conhecimentos decorrentes da cultura alimentar e de exercício físico, e a opção por hábitos de vida saudáveis, influenciam o IMC das crianças.

Com este estudo foi possível corroborar os resultados obtidos por Marques (2019), concluindo que as crianças necessitam de uma alimentação variada e diversificada, e de uma prática regular de atividade física, minimizando ao máximo o número de horas de ecrã e consequente sedentarismo.

Relativamente ao efeito da profissão dos pais no conhecimento sobre alimentação infantil concluímos que efetivamente aqueles que têm profissões mais qualificadas demonstram um maior conhecimento nesta temática.

4. CONCLUSÃO

Concluído o presente relatório é possível fazer um balanço positivo de todo este trajeto.

De um modo geral os objetivos do estágio foram alcançados. A realização do estágio em plena pandemia foi um desafio, mas sem dúvida constituiu um momento chave de aprendizagem e de mobilização de conhecimento teóricos para a prática clínica.

Por outro lado, o estágio permitiu perceber o quão os serviços ainda não estão adaptados às exigências do regulamento para a prática da enfermagem de saúde familiar, nomeadamente no que diz respeito aos sistemas de informação.

Certos de que o caminho ainda agora começou tudo faremos para que ele seja o menos sinuoso possível contribuindo sempre de forma construtiva para a sedimentação da Enfermagem de Saúde Familiar. Este estágio foi o culminar de dois anos intensos de aquisição de conhecimentos na área da Enfermagem de Saúde Familiar que, com certeza, farão a diferença no nosso dia a dia na prestação de cuidados de enfermagem.

O trabalho de investigação desenvolvido ao longo do estágio permitiu responder às questões de partida para a investigação. Nesse sentido foi possível aplicar o estudo em duas unidades em Braga, através da aplicação do instrumento de recolha de dados, sendo possível obter uma amostra de cerca de 30% da população inicial.

Como conclusões do estudo pode referir-se que alguns fatores sociodemográficos, económicos e clínicos dos progenitores e o conhecimento dos mesmos sobre alimentação infantil se correlacionam com o excesso de peso/obesidade infantil:

- Quanto maior o conhecimento sobre alimentação infantil menor o IMC da criança.
- Quanto maior o IMC das mães maior o IMC das crianças.
- Quanto menor a prática de atividade física das crianças maior o seu IMC.
- Quanto maior a qualificação da profissão dos pais, maior o conhecimento sobre alimentação infantil.

Os resultados obtidos confirmam que as atitudes dos pais face aos alimentos e escolhas alimentares influem o processo de aprendizagem social da criança. Outra conclusão deste estudo é que as crianças necessitam de uma alimentação variada e diversificada, e que a cultura e crenças familiares devem ser alvo de intervenção dos enfermeiros no âmbito da assistência às crianças e famílias. Os pais devem ser os responsáveis por disponibilizar à

criança refeições saudáveis, com os nutrientes adequados à idade, tendo também o papel de supervisionar as escolhas da criança, dando-lhe alguma liberdade de escolha, sem imposições e sem usar a alimentação como moeda de troca ou como veículo de negociação.

Os pais precisam por isso ensinar aos filhos o significado de uma alimentação saudável e equilibrada, mas sobretudo adotarem essa prática uma vez que a criança aprende com conversas, mas sobretudo com o que observa do comportamento dos adultos.

Em algumas variáveis os nossos resultados são distintos dos descritos na literatura, o que nos leva a refletir acerca da abordagem da temática ao nível dos cuidados de saúde, nomeadamente nos CSP. Obter resultados de obesidade infantil tão elevados em populações à partida mais diferenciadas é indicativo de que estamos a atravessar uma fase de problemas socioculturais bastante graves, onde o problema não está só na aquisição dos bens alimentares, mas nas escolhas dos mesmos. As escolhas são muitas vezes efetuadas com base na pressão do tempo e na pressão dos filhos que estão sujeitos à influência da publicidade, entrando num ciclo vicioso difícil de gerir. Avaliar as características psico-emocionais dos pais poderá ser o ponto de partida para conseguirmos perceber estes valores de obesidade infantil e definir novas estratégias para que o conhecimento gere comportamento.

Consideramos, ainda assim, que os resultados obtidos são extremamente relevantes para a reflexão e intervenção na prática clínica, proporcionando elementos indispensáveis ao desenho de um plano de intervenção a nível do concelho em parceria com os recursos existentes na comunidade. A Enfermagem deve integrar o seu saber numa relação de parceria multidisciplinar atenta ao que existe disponível a nível comunitário e como tal também a Enfermagem e Saúde Familiar deve aliar-se a estes parceiros para chegar mais perto das suas crianças e famílias. Muitas vezes a nossa maior dificuldade são os recursos, mas ao juntarmos o nosso conhecimento aos recursos comunitários existentes, conseguiremos mais facilmente dar resposta às necessidades das nossas famílias.

O papel do Enfermeiro de Família passa pela promoção da saúde ao longo de todas as etapas do ciclo vital, mas é na infância que poderemos antecipar muitos comportamentos para a vida adulta. Ajudar a família a alcançar transições saudáveis salienta a importância da promoção de práticas parentais adequadas, capacitando para a importância dos seus comportamentos no desenvolvimento das crianças. As medidas preventivas devem ser tomadas o mais precoce possível, de preferência nos primeiros anos em que a criança inicia o seu processo de socialização, e devem passar pela promoção de hábitos alimentares saudáveis, mas também da prática de atividade física regular.

Deste modo, aquando da avaliação do desenvolvimento infantil é necessário reportar à teoria bioecológica de Bronfenbrenner, lembrando que o indivíduo deve ser entendido como parte integrante do ambiente e do contexto em que está inserido. A boa prática de cuidados nesta área passará pela abordagem multidisciplinar, com definição de um plano de cuidado adequado e dirigido, em conjunto com a família e a escola.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A. Araujo. (2012). *A Alimentação Saudável em Idade Escolar: “Saber comer para melhor crescer.”*
- Almeida, E. T. de. (2016). *Obesidade em crianças do pré-escolar e 1º ciclo de Arouca* (Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da universidade do Porto). Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/347c/1c125d5603e08cd1978110f058ce2c0df0ad.pdf>
- Amaro, P. M. M. (2016). *Referenciais para a construção do processo de enfermagem na consulta de saúde mental e psiquiatria na infância e adolescência - o processo de implementação* (Universidade de Évora). Retrieved from [https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/18926/1/relatório de estágio Pedro Amaro 33874.pdf](https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/18926/1/relatório%20de%20estágio%20Pedro%20Amaro%2033874.pdf)
- Araújo, I. M. B. (2010a). Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem. *Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Da Universidade Do Porto*, 1–334. Retrieved from <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45001/2/TeseDoutIsabel.pdf>
- Araújo, I. M. B. (2010b). Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem. Universidade do Porto.
- Caldeira, K. M. S., Souza, J. M. P. de, & Souza, S. B. de. (2015). Overweight and Its Relationship With Duration of Breastfeeding in Preschoolers. *Journal of Human Growth and Development*, 25(1), 89. <https://doi.org/10.7322/jhgd.96786>
- Camarinha, B., Graça, P., & Nogueira, P. J. (2016). A prevalência de pré-obesidade/obesidade nas crianças do ensino pré-escolar e escolar na autarquia de Vila Nova de Gaia, Portugal. *Acta Medica Portuguesa*, 29(1), 31–40. <https://doi.org/10.20344/acta%20med%20port.v29i1.6688>
- Centre for Disease Control and Prevention. (2015). Acerca del índice de masa corporal para niños y adolescentes. Retrieved May 21, 2020, from https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/childrens_bmi/acerca_indice_masa_corporal_ninos_adolescentes.html
- Coelho, H. M., & Pires, A. P. (2014). Relações Familiares e Comportamento Alimentar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30, 45–52.
- Correia, C. M. S. (2016). *Prevalência da obesidade infanto-juvenil na USF Sta Joana: contributo do enfermeiro de família*. Retrieved from

- [https://ria.ua.pt/bitstream/10773/19035/1/Prevalência da Obesidade Infanto-Juvenil na USF Sta. Joana Contributo do Enfermeiro de Família.pdf](https://ria.ua.pt/bitstream/10773/19035/1/Prevalência%20da%20Obesidade%20Infanto-Juvenil%20na%20USF%20Sta.%20Joana%20Contributo%20do%20Enfermeiro%20de%20Família.pdf)
- COSI. (2019). Childhood Obesity Surveillance Initiative Portugal 2019. Retrieved from http://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/07/COSI2019_FactSheet.pdf
- Costa, M. (2012). *Obesidade infantil: práticas alimentares e percepção materna de competências*.
- Costa, M., Nunes, M., Duarte, J., & Pereira, A. (2012). Conhecimento dos pais sobre alimentação: construção e validação de um questionário de alimentação infantil. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 6), 55–68. <https://doi.org/10.12707/riii1158>
- DGS. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. In *DGS*. <https://doi.org/10.4324/9781315071299-30>
- DGS. (2015). Plataforma contra a obesidade. Retrieved January 20, 2008, from www.plataformacontraobesidade.dgs.pt
- DGS. (2016). Processo Assistencial Integrado da Pré-obesidade no Adulto. In *Norma Da Direção - Geral Da Saúde* (Vol. 1). Retrieved from <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i018596.pdf>
- DGS. (2017). Programa Nacional para a Promoção Alimentação Saudável. Retrieved from https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1507564169PNPAS_DGS2017.pdf
- Diário da República. (2018). Diário da República, 2.ª série — N.º 33 — 16 de julho de 2018. *Diário Da República, 2ª série*(135), 19354–19356.
- Figueiredo, M. H. de J. S. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Figueiredo, M., & Martins, M. (2009). Dos contextos da prática à (co)construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. *Revista Da Escola de Enfermagem Da Universidade de São Paulo*, 43(3), 612–618. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300017>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusociência.
- Gomes, Sandra, Nogueira, M., Ferreira, M., & Gregório, M. J. (2017). Atitudes dos Consumidores Portugueses face à Rotulagem Alimentar. *Nutrimento*.
- Gomes, Susana, Espanca, R., Gato, A., & Miranda, C. (2010). Obesidade em idade pré-escolar: Cedo demais para pesar demais! *Acta Medica Portuguesa*, 23(3), 371–378.

- Goto, M., Yamamoto, Y., Saito, R., Fujino, Y., Ueno, S., Kusuhara, K., & Nakajima, K. (2019). The effect of environmental factors in childcare facilities and individual lifestyle on obesity among Japanese preschool children; A multivariate multilevel analysis. *Medicine (United States)*, 98(41), 1–5. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017490>
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. (2ª; E. . (2a). L. E. L. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Ed.). Loures.
- INSA. (2020). Covid 19 e Obesidade Infantil.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). Classificação Portuguesa das Profissões 2010. In *Lisboa: INE*. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Classificação+Portuguesa+das+Profissões+2010#0>
- Jonas, A. (2018). O Aumento Da Obesidade Em Crianças E Adolescentes. *Psicologia.Pt*, 1–9.
- Jorge, I. N. D. R. (2018). Infográficos INSA - Obesidade infantil e nos adultos. Retrieved from <http://www.insa.min-saude.pt/infograficos-insa—obesidade-infantil-e-nos-adultos/>
- Leiras, E. M. do V. (2015). Comportamento alimentar da criança: a influência materna (Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Retrieved from http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1287/1/Elsa_Leiras.pdf
- Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., & Guiomar, S. (2017). Inquerito Alimentar Nacional e de Atividade Física 2015-2016. Retrieved from https://ciafel.fade.up.pt/modules/file_repository/data/Site/relatorio_resultados_ian_af.pdf
- Lourenço, M. (2015). *Obesidade infantil. Prevenir é a melhor opção* (U. C. Portuguesa, Ed.). Lisboa.
- Marques, V. (2019). *Excesso de peso em idade pré-escolar: a influência da literacia em saúde do cuidador*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Martins, R. C. (2016). O comportamento alimentar e hábitos alimentares da criança em idade pré-escolar relação com as estratégias parentais. Retrieved from https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/27693/1/ulfpie051273_tm.pdf
- Ministério da Saúde. (2014). Decreto-lei nº 118/2014 de 5 de agosto. *Diário Da República*, 1(149), 4069–4072. Retrieved from <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>
- Ministério da Saúde, & Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

- OECD. (2019). Health at a Glance 2019. Retrieved from <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1578156343&id=id&accname=guest&checksum=68877CACD6ADD8C159EDE1865F3C4343>
- Oliveira, M. J. M. de. (2009). *Maria João Mendes de Oliveira O Olhar da Criança sobre a Obesidade Infantil*. Universidade do Minho.
- OMS. (2000). Declaração de Munique.
- OMS. (2016). Obesidade. Retrieved from <http://who.int/topics/obesity/es/>
- Pedro, A. R. (2018). Literacia em saúde: Da Gestão de Informação à decisão Inteligente (Escola Nacional de Saúde Pública). <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.07.001>
- Pinto, L. P. (2017). *Conhecimento dos pais sobre alimentação infantil: relação com as características sociodemográficas e estado nutricional da criança*. (Instituto Politecnico de Viseu). Retrieved from https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4428/1/Tese_Final_Inácio.pdf?fbclid=IwAR3TyQoFw2uz3ubypv6iO23-oamCwlld7lkOwacDLw7OGKniG4E1I0MqzB4
- Pordata. (2015). Base de dados de Portugal. Retrieved October 9, 2021, from [https://www.pordata.pt/Municipios/População+residente+do+sexo+feminino+com+15+e+mais+anos+por+nível+de+escolaridade+completo+mais+elevado+segundo+os+Censos+\(percentagem\)-382](https://www.pordata.pt/Municipios/População+residente+do+sexo+feminino+com+15+e+mais+anos+por+nível+de+escolaridade+completo+mais+elevado+segundo+os+Censos+(percentagem)-382)
- PORDATA. (2019). Dados Estatísticos Município de Braga. Retrieved October 21, 2021, from <https://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Braga>
- PORDATA. (2021). Dados Estatísticos Município de Braga. Retrieved December 21, 2021, from <https://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Braga>
- PORDATA. (2021). Dados Estatísticos Município de Portugal. Retrieved December 21, 2021, from <https://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/>
- Portugal & Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento n.º 126/2011*.
- Pulgarón, E. R. (2013). Childhood Obesity: A Review of Increased Risk for Physical and Psychological Co-morbidities. Retrieved from US National Library of Medicine National Institutes of Health website: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3645868/>
- Rego, C. (2012). EPACI Portugal 2012. Retrieved from http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1445005594EPACI2013.pdf
- Rêgo, C., Lopes, C., Durão, C., Pinto, E., Mansilha, H., Pereira-da-Silva, L., ... Vale, S. (2019). Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos. In *Programa Nacional para a Promoção*

- da Alimentação Saudável*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos-linhas-de-orientacao-para-profissionais-e-educadores-pdf.aspx>
- Rego, C., Lopes, C., Durão, C., Pinto, E., Mansilha, H., Silva, L. P. da, ... Vale, S. (2019). Alimentação saudável dos 0 aos 6 - Linhas de orientação para profissionais e educadores. Retrieved from <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2019/10/Alimentação-Saudável-dos-0-aos-6-anos.-pdf.pdf>
- Rocha, J. M. P. (2017). *A Prevenção da Obesidade Infantil em Crianças na Idade Pré-Escolar: Intervenção do Enfermeiro Especialista*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Santiago, S., Zazpe, I., Cuervo, M., & Martínez, J. A. (2012). Perinatal and parental determinants of childhood overweight in 6-12 years old children. *Nutricion Hospitalaria*.
- Schuch, I., de Castro, T. G., de Vasconcelos, F. de A. G., Dutra, C. L. C., & Goldani, M. Z. (2013). Excess weight in preschoolers: prevalence and associated factors. *Jornal de Pediatria (Versão Em Português)*, 89(2), 179–188. <https://doi.org/10.1016/j.jpdp.2012.09.005>
- Silva, F. M. R. (2014). *Promoção do Autocuidado na Família com Familiar Totalmente Dependente*. Retrieved from https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16245/1/Relatório_Fernanda_Final.pdf
- Viana, V., Franco, T., & Morais, C. (2011). O estado ponderal e o comportamento alimentar de crianças e jovens: Influência do peso e das atitudes de controlo da mãe. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(2), 267–279. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862011000200008&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v12n2/v12n2a08.pdf
- Wabitsch, M. (2006). Prevenção da obesidade em crianças pequenas. *Enciclopedia Sobre o Desenvolvimento Na Primeira Infância*, 1–12.
- World Health Organization. (2000). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Retrieved from file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/WHO_TRS_894 (5).pdf
- World Health Organization. (2010). Global recommendations on physical activity for health.
- World Health Organization. (2018). Obesity and overweight. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

APÊNDICES

APÊNDICE I - Formulário para caracterização sociodemográfica, clínica e económica da criança e dos progenitores, e de avaliação do conhecimento dos pais sobre alimentação infantil

Formulário para caracterização sociodemográfica, clínica e económica da criança e dos progenitores, e de avaliação do conhecimento dos pais sobre alimentação infantil

Parte I

DADOS PARA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA CRIANÇA E DOS PROGENITORES

CRIANÇA

1. Idade: ____ (anos) ____ (meses)

2. Sexo: Masculino Feminino

3. Peso atual: _____ Percentil Peso: _____

4. Altura atual: _____ Percentil Altura: _____

5. IMC Atual: _____ Percentil IMC: _____

6. Peso ao nascer: _____

7. Altura ao nascer: _____

8. Tem algum Problema de Saúde? Sim Não

8.1 Se sim, qual?

9. Tipo de Leite até aos 6 meses de vida:

Leite Materno Exclusivo

Leite Materno + Suplemento Leite Artificial

Leite Artificial

10. Início Alimentação Diversificada:

Antes dos 6 meses de Idade

Depois dos 6 meses de Idade

11. Frequenta Jardim de Infância? Sim Não

11.1 Se Sim, desde que idade? _____

11.2 Se Não, com quem fica durante o dia? _____

12. Pratica algum tipo de Atividade Física? Sim Não

12.1 Se Sim, qual? _____

12.2 Quantas vezes por semana?

1 vez

2 vezes

>2 vezes

MÃE

13. Idade: _____

14. Estado civil:

- Solteiro
- Casado
- Divorciado
- União de facto
- Outro

15. Local de residência:

- Rural
- Urbano

16. Habilitações literárias:

- Sem habilitações
- 1º Ciclo do Ensino Básico
- 2º Ciclo do Ensino Básico
- 3º Ciclo do Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Ensino Superior
- Pós-Licenciatura/Mestrado/Doutoramento

17. Peso: _____

18. Altura: _____

19. IMC: _____

20. Tem algum Problema de Saúde? Sim Não

20.1 Se sim, qual?

21. Aumento de peso na gravidez:

- até 9Kg
- 9Kg – 12Kg
- superior a 12Kg

22. Costuma ler os rótulos das embalagens dos alimentos

- Sim
- Não
- Às vezes

23. Considera que o seu filho (a) tem:

- Baixo peso
- Peso normal
- Excesso de peso
- Obesidade

PAI

24. Idade: _____

25. Estado civil:

- Solteiro
- Casado
- Divorciado
- União de facto
- Outro

26. Local de residência:

- Rural
- Urbano

27. Habilitações literárias:

- Sem habilitações
- 1º Ciclo do Ensino Básico
- 2º Ciclo do Ensino Básico
- 3º Ciclo do Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Ensino Superior
- Pós-Licenciatura/Mestrado/Doutoramento

28. Peso: _____

29. Altura: _____

30. IMC: _____

31. Tem algum Problema de Saúde? Sim Não

31.1 Se sim, qual?

32. Costuma ler os rótulos das embalagens dos alimentos

- Sim
- Não
- Às vezes

33. Considera que o seu filho (a) tem:

- Baixo peso
- Peso normal
- Excesso de peso
- Obesidade

Parte II

ESCALAS DE AVALIAÇÃO FAMILIAR

32. Tipo de família:

- Monoparental – só mãe ou pai e filhos
- Alargada – Avós, pais e filhos
- Reconstruída – Nova união após reformulação
- Nuclear – Casal com ou sem filhos
- Outras

33. APGAR familiar:

- Família altamente funcional (7 - 10 pontos)
- Família com moderada disfunção (4 - 6 pontos)
- Família com disfunção acentuada (0 - 3 pontos)

	Quase sempre (2 pontos)	Algumas vezes (1 ponto)	Quase nunca (0 pontos)
1 – Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa			
2 – Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema			
3 – Acho que a minha família concorda com o meu desejo de iniciar novas actividades ou de modificar o estilo de vida			
4 – Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor			
5 – Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família			
Total			

7 - 10 pontos	Família altamente funcional
4 - 6 pontos	Família com moderada disfunção
0 - 3 pontos	Família com disfunção acentuada

34. Escala de Graffar:

- Resultado entre 5 e 9 – Classe I – Classe Alta
- Resultados entre 10 e 13 – Classe II – Classe Média Alta
- Resultados entre 14 e 17 – Classe III – Classe Média
- Resultados entre 18 e 21 – Classe IV – Classe Média Baixa
- Resultados entre 22 e 25 – Classe V – Classe Baixa

Graus	Profissão	Instrução	Origem do Rendimento Familiar	Tipo de Habitação	Local de Residência	Pontuação	Posição Social
1º	- Gr. Industriais e Comerciantes; - Gestores de topo do setor público ou privado (>500 empregados); - Professores Universitários (com Doutoramento); - Brigadeiro/General/Marechal; - Profissões liberais de topo; - Altos dirigentes políticos.	- Licenciatura; - Mestrado; - Doutoramento.	- Lucros de empresas, de propriedades; - Heranças; - Rendimentos profissionais de elevado nível.	- Casa ou andar luxuoso, espaços com máximo de conforto.	- Zona de residência elegante.	5 - 9	I Classe Alta
2º	- Médios Industriais e Comerciantes; - Dirigentes de médias empresas; - Agricultores/Proprietários; - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do setor público ou privado; - Oficiais das Forças Armadas; - Profissões Liberais; - Professores do Ensino Básico; - Professores do Ensino Secundário; - Professores Universitários (S/ Doutoramento).	- Bacharelato ou Curso Superior.	- Altos vencimentos e honorários (>10 vezes o salário mínimo nacional).	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável.	- Bom local.	10 - 13	II Classe Média Alta
3º	- Pequenos Industriais e Comerciantes; - Quadros médios; chefes de secção; - Emp. Escritório (grau>); - Médios Agricultores; - Sargentos e equipados.	- 12º ano; - 9 ou mais anos de escolaridade.	- Vencimentos certos.	- Casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho, eletrodomésticos essenciais.	- Zona intermédia.	14 - 17	III Classe Média
4º	- Pequenos Agricultores/Rendeiros; - Emp. Escritório (grau<); - Operários semi-qualificados; - Funcionários públicos e membros das forças armadas ou militarizados (grau<). 22-25	- Escolaridade >= 4 anos.	- Remuneração inferior ao salário mínimo nacional; - Vencimentos incertos.	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível.	- Bairro social/operário. - Zona antiga.	18 - 21	IV Classe Média Baixa
5º	- Assalariados agrícolas; - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores.	- Não sabe ler ou escrever; - Escolaridade < 4 anos.	- Assistência (subsídios).	- Impróprio (barraca, andar ou outro); - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade.	- Bairro de lata ou equivalente.	22 - 25	V Classe Baixa

Parte III

Avaliação do Conhecimento dos Pais em Alimentação Infantil

	SIM	NÃO
1 A alimentação da criança não precisa de ser variada		
2 Uma alimentação saudável para as crianças inclui 5-7 refeições diárias		
3 Um bom pequeno-almoço favorece o desenvolvimento da inteligência		
4 O intervalo ideal entre as refeições é de cinco horas		
5 O leite e os derivados são a principal fonte de cálcio na alimentação		
6 Uma criança deve comer diariamente 3-5peças 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 e obesidade nas crianças		
17 As crianças devem comer alimentos ricos em proteínas vegetais (feijão, grão...) pelo menos quatro vezes por semana		
18 A obesidade na infância aumenta o risco de aparecimento de diabetes		
19 Incluir 3-4 vezes por semana Bolicão® ou outros alimentos idênticos nos lanches das crianças, não prejudica a sua saúde		
20 As refeições diárias das crianças devem incluir carne, peixe e ovos		
21 A alimentação equilibrada da criança não inclui a ingestão de água		
22 As hortaliças, legumes e fruta são alimentos ricos em fibras		
23 Numa das refeições diárias, a sobremesa das crianças pode ser um doce		
24 A gordura é um alimento necessário ao crescimento das crianças		
25 É aconselhado comer 5 porções diárias dos alimentos ricos em fibras, como as hortaliças, legumes e fruta		
26 Os alimentos de origem animal são ricos em gorduras saturadas e colesterol		
27 Os cereais e as batatas são as principais fontes de energia		

28 Para que uma criança aceite um alimento novo é recomendável insistir em oferecê-lo entre 5-10 vezes		
29 A carne, peixe e ovos são importantes para o crescimento das células		
30 Os óleos vegetais, os frutos seco e o peixe são ricos em gorduras polinsaturadas		
31 Os alimentos pobres em calorias são os designados por <i>fast-food</i>		
32 Na escolha do pão e outros cereais, deve optar-se pelos menos refinados		
33 O feijão, grão e outras leguminosas, são ricos em proteínas vegetais		
34 As frutas e legumes são alimentos ricos em vitaminas e sais minerais		
35 O pão de mistura ou escuro é o melhor para a alimentação		
36 Os produtos de salsicharia, folhados ou outros salgadinhos podem comer-se com frequência		
37 O pão de mistura ou escuro é fonte de energia e fibra		
38 Na alimentação da criança pode permitir-se o consumo de refrigerantes		
39 Um copo de leite equivale a dois iogurtes sólidos		
40 Fazer 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 3h por dia		
45 As refeições em família são um ritual importante para pais e filhos		
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 dos alimentos deve ter-se em conta a lista de ingredientes existente no rótulo		
49 É menos preocupante uma criança ser gordinha do que magrinha		
50 As refeições em família devem obedecer a um horário regular		
51 É aconselhável que os pais saibam o que os filhos 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		

**APÊNDICE II- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO ACES CÁVADO I – BRAGA
PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

Exmo. Senhor
Diretor Executivo do ACES Braga I
Dr. Domingos Sousa
Largo Paulo Orósio
4700-036 Braga

ASSUNTO: Pedido de autorização para a realização de um estudo sobre “**Excesso de Peso/Obesidade Infantil e Conhecimento dos Pais sobre Alimentação Infantil, em idade pré-escolar: fatores determinantes**”

Vera Lúcia Gomes Sousa, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar do Instituto Politécnico de Bragança, pretende concretizar um estudo, sob a orientação científica do Professor Doutor Manuel Brás, cujos objetivos principais são avaliar: a relação do excesso de peso/obesidade infantil e o conhecimento dos pais sobre alimentação; a relação entre o excesso de peso/obesidade infantil e as variáveis sociodemográficas, clínicas e económicas; e a relação entre o conhecimento dos pais sobre alimentação e as variáveis sociodemográficas, clínicas e económicas, nas USF + Carandá e Manuel Rocha Peixoto do ACES Cávado I Braga, em crianças com 3, 4 e 5/6 anos.

Trata-se de uma metodologia quantitativa, de um estudo descritivo-correlacional e transversal, através da recolha de dados através do SClínico e do preenchimento de um formulário. Será obtido o consentimento informado livre e esclarecido dos participantes, sendo mantida a confidencialidade dos dados.

Neste sentido solicita-se a V. Exa a autorização para a realização do referido estudo.

Anexamos o projeto de investigação, com os instrumentos de recolha de dados.

Ao dispor para qualquer esclarecimento.

Contatos:

Vera Sousa
Telemóvel: 918910583
E-mail: enf.vera.sousa@gmail.com

Com os melhores cumprimentos.

Pede deferimento,

Braga, 01 de Dezembro de 2020

**APÊNDICE III- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA
PARA A SAÚDE DA ARS NORTE**

COMUNICAÇÃO INFORMAÇÃO PARECER DATA: 2021-06-03
REFERÊNCIA: CE/2021/54

PARA CONSELHO DIRETIVO

DE COMISSÃO DE ÉTICA

ASSUNTO ... PI 20200119 - EXCESSO DE PESO/OBESIDADE E
CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE ALIMENTAÇÃO INFANTIL,
EM IDADE PRÉ ESCOLAR: FATORES DETERMINANTES

A - Relatório

1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES), da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN), iniciou a apreciação do Processo n.º T20200119, na sequência do pedido de parecer dirigido a esta Comissão pela Investigadora Vera Lúcia Gomes Sousa, Enfermeira na Unidade de Saúde Familiar (USF) Manuel Rocha Peixoto do ACeS Cávado I e Estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, sobre o projeto "Excesso de Peso/Obesidade e Conhecimento dos Pais sobre Alimentação Infantil em Idade Pré Escolar: Fatores Determinantes".

2. Fazem parte do processo de avaliação o curriculum vitae da Investigadora, o protocolo de investigação, com referência à metodologia a adotar, cronograma, recursos necessários e declaração de compromisso de confidencialidade dos dados e da utilização destes apenas neste projeto, bem como da entrega a esta CES de uma cópia do resultado final do trabalho. Fazem também parte do processo as autorizações para utilização dos questionários e escalas para recolha de dados, dos respetivos autores, bem como os pareceres favoráveis das Coordenações das USF onde se propõe recolher a informação para o estudo (USF + Carandá e USF Manuel Rocha Peixoto), das Direções Clínica e Executiva e do Responsável de Acesso à Informação do ACeS.

3. Trata-se de um estudo estudo descritivo-correlacional e transversal com abordagem quantitativa, que pretende avaliar a relação do excesso de peso/obesidade infantil em crianças em idade pré-escolar (3, 4 e 5/6 anos) com os conhecimentos do cuidador principal em alimentação infantil, bem como com variáveis sociodemográficas, clínicas e económicas da família e avaliar a relação entre o conhecimento dos pais em alimentação infantil e as suas variáveis sociodemográficas, clínicas e económicas.

4. A população em estudo são as coortes das crianças nascidas em 2014, 2015, 2016 e 2017 e os seus progenitores, com inscrição ativa nas duas USF referidas, constituindo critérios de exclusão para definição da amostra: crianças cujo cuidador principal não aceite participar voluntariamente no estudo, crianças institucionalizadas ou aos cuidados de outros que não os progenitores e crianças cujos progenitores não dominem a língua portuguesa, sendo constituída uma amostra não probabilística por conveniência. A obtenção da listagem da coorte de 2014, 2015, 2016 e 2017 será efetuada pelos secretários clínicos da respetiva unidade através dos sistemas de informação. Para a identificação das crianças elegíveis para o estudo, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão definidos, será solicitada colaboração aos enfermeiros de família que contactarão, juntamente com a investigadora, os utentes elegíveis para os convidar à participação no estudo.

EXARADO NA ATA N.º 2021_28
REUNIÃO DE 2021-07-08

DELIBERADO AUTORIZAR
2021-07-08



Carlos Nunes
Presidente do CD

Maria Clara Castro

Maria Clara Castro
Vice Presidente do CD



Paula Duarte
Vogal do CD



Ponciano Oliveira
Vogal do CD

À consideração superior
2021-06-28

Pedro Teixeira
Vice-Presidente da CES

5. Para recolha de dados, a investigadora irá aplicar aos progenitores, que aceitem participar no estudo, um questionário anónimo, precedido de consentimento informado livre e esclarecido. Este questionário é composto por 3 partes: a primeira integra questões que permitem recolher informação sociodemográfica e clínica das crianças e dos progenitores, a segunda parte integra a escala APGAR Familiar e a terceira o Questionário para Avaliação do Conhecimento dos Pais em Alimentação Infantil (QAI), tendo a investigadora obtido autorização dos dois autores para a utilização, neste estudo, dos respetivos escala e questionário que integram a segunda e terceira partes do instrumento de recolha de dados.

6. Os dados obtidos, através do instrumento de recolha de dados, serão tratados e armazenados numa base de dados criada para o efeito, sem identificação do binómio criança/progenitores, garantindo que os participantes não são identificados na mesma. Paralelamente, será criada uma outra base de dados na qual haverá correspondência entre o número de utente do Serviço Nacional de Saúde e o código alfanumérico com identificação da USF e da ordem de recolha, para que seja possível fazer correspondência entre o consentimento informado e cada elemento da amostra, sendo que, a esta base, apenas acederão a equipa de investigação (investigadora e seu orientador).

B - Identificação das questões com eventuais implicações éticas

1. Estão garantidos os princípios éticos da igualdade, justiça e autonomia, encontrando-se salvaguardado o respeito pelos valores, interesses e opções pessoais dos participantes em todas as fases do estudo, garantindo a privacidade e confidencialidade dos seus dados.

2. Os dados serão recolhidos por profissionais de saúde competentes e mantidos confidenciais para efeitos da investigação.

3. Está garantido o uso responsável e racional dos recursos para investigação.

C - Conclusões

1. A CES reconhece relevância ao estudo e pertinência dos seus resultados.

2. Face ao exposto, a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo.

Decisão aprovada por unanimidade em reunião do dia 27 de maio de 2021



Sílvia Cunha
Técnica Superior



APÊNDICE IV – AUTORIZAÇÃO AOS AUTORES DO QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL

Cara investigadora/Mestranda no Instituto Politécnico de Bragança

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, 14 de outubro de 2020



Graça Aparício, PhD

gaparicio5@hotmail.com