

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



Dedicatória

Ao meu marido Niso

Ao meu filho Afonso

Ao meu filho André

À minha filha Rita

Agradecimentos

Gostaria de expressar o meu agradecimento a todos os que tornaram este trabalho possível, nomeadamente:

À minha orientadora, Professora Doutora Graça Aparício pelas preciosas orientações, sugestões, críticas e disponibilidade;

Ao Professor Doutor João Duarte pela colaboração e atenção dispensada;

A todos os meus colegas, que sempre me ajudaram e incentivaram a continuar;

Um agradecimento especial àqueles que amo incondicionalmente, a quem muitas vezes privei da minha presença e do meu tempo, e sempre me apoiaram, o meu marido e os meus filhos;

À minha família, principalmente os meus pais, pelo apoio incondicional e por estarem sempre ao meu lado nos bons e maus momentos;

À Carla pela amizade e disponibilidade.

A todos o meu Bem-Haja!

Resumo

Introdução: A obesidade é reconhecida pela OMS como um importante problema de saúde pública, que afeta adultos, crianças e adolescentes e que tem tomado proporções epidémicas em todo o mundo. Os estudos revelam que os pais, mas sobretudo as mães se mostram preocupadas e concordam com a adoção de hábitos alimentares saudáveis, no entanto a percepção que estas têm do estado nutricional dos filhos nem sempre é adequada e frequentemente a imagem corporal é distorcida, percebendo-se contudo que esta distorção tem vindo a diminuir. Foi neste âmbito que emergiu como objetivo geral deste estudo, explorar a evolução da percepção parental da imagem corporal da criança em dois estudos, estudo A (Graça Aparício) e estudo B (Graça Aparício, Madalena Cunha, João Duarte; Anabela Pereira, Jorge Bonito, Carlos Albuquerque), publicados respetivamente, em 2012 e 2013 e relacioná-la com o comportamento alimentar da criança do estudo B.

Material e métodos: Este estudo de carácter retrospectivo e transversal, foi realizado com as crianças que participaram no estudo A e no estudo B, num total de 2216 crianças em idade pré-escolar, média idade= 4.51 anos ($\pm 0.97Dp$), residentes as crianças do estudo A na região de Viseu e Dão e as do estudo B, nas regiões Viseu, Lamego, Vila Real, Évora e Leiria, tendo sido efetuada pelos autores originais, uma avaliação antropométrica e classificação nutricional das crianças com base no referencial NCHS (CDC, 2000).

Para a recolha de dados os autores originais, utilizaram um Questionário de Caracterização Sociodemográfica das Crianças e dos Progenitores; o Questionário de Avaliação da Percepção Parental da Imagem Corporal da criança (Collins, 1991) e o Questionário de Caracterização do Comportamento Alimentar Infantil (CEBQ), traduzido e validado para a população portuguesa por Viana & Sinde (2008).

Resultados: Comparativamente ao estudo A, no estudo B os pais revelaram-se significativamente mais preocupados com o estado nutricional dos seus filhos ($p=0,000$). Ainda no estudo B uma maior percentagem de pais assinala as imagens representativas de pré-obesidade (27,5%) e obesidade (0,6%), comparativamente ao estudo A, onde se verifica o oposto; uma maior sinalização das crianças no grupo da normalidade e baixo-peso (56,3% e 20,4% respetivamente). Apurou-se uma diferença de médias significativa da percepção parental da imagem corporal da criança entre o estudo A e o estudo B, evidenciando a percepção dos pais, a uma maior aproximação com os valores mais elevados de IMC dos filhos, ou seja, os pais têm uma percepção menos distorcida da imagem corporal dos filhos, quando estes apresentam valores de IMC mais elevados. Relativamente ao comportamento alimentar, apesar dos comportamentos de “atração pela comida” se associarem a uma percepção parental de imagem corporal maior, e de alguns dos comportamentos de “evitamento da comida” se associarem a uma percepção parental de imagem corporal menor, a relação entre o comportamento alimentar e a percepção parental da imagem corporal criança não se revelou significativa.

Conclusões: Os resultados indicam uma maior acurácia da percepção da imagem corporal dos pais ao real estado nutricional dos filhos, podendo este facto ser o primeiro passo para o seu reconhecimento do excesso de peso dos seus filhos e facilitar a adequação a um estilo de vida mais saudável entre as crianças em idade pré-escolar, e maior sensibilização da família para o controlo do excesso de peso na infância.

Palavras-chave: Percepção parental, imagem corporal, Obesidade infantil

Abstract

Introduction: Obesity is recognized by WHO (*from Portuguese OMS*) as a major problem of public health, affecting adults, children and adolescents and has taken epidemic proportions worldwide. Studies show that parents, but especially the mothers, show concern and agree with the adoption of healthy eating habits, however the perception that they have of the nutritional status of children is not always appropriate and often body image is distorted, perceiving, however, that this distortion has been changed. It was in this context that emerged the main objective of this study, to explore the evolution of parental perception of children body image in two studies, study A (Grace Aparício) and study B (Grace Aparício, Madalena Cunha, João Duarte; Anabela Pereira, Jorge Bonito Carlos Albuquerque), published respectively in 2012 and 2013 and relate it to the study B of feeding behaviour of children.

Material and Methods: This study retrospective research and cross-cutting, was performed with the children who participated in the study A and study B, a total of 2216 children of pre-school age, middle age = 4:51 years ($\pm 0.97Dp$), residents of the study A the children in the region of Viseu and Dão and the study B, the regions of Viseu, Lamego, Vila Real, Évora and Leiria, having been performed by the original authors, an anthropometric nutritional assessment and classification of children based on the NCHS reference (CDC, 2000).

For data collection, the original authors used a Characterization Questionnaire Sociodemographic of Children and Parents; Parental Perception Assessment Questionnaire of the child's body image and Child Feeding Behaviour Characterization Questionnaire (*From Portuguese CEBQ*), translated and validated for the Portuguese population by Viana & Sinde (2008).

Results: Compared to study A, study B parents have proven to be significantly more concerned about the nutritional status of their children ($p = 0.000$). In study B, a higher percentage of parents note the representative pictures of pre-obesity (27.5%) and obesity (0.6%) compared to the study A, where we can see the opposite; greater signs of children in the normal group and low-weight (56.3% and 20.4% respectively). It was found a significant mean difference from parental perception of their children body image between the study A and study B, highlighting the parents' perception, the closer to the highest values of BMI of the children, that is, parents have a less distorted perception of body image of the children when they have higher BMI values.

For the feeding behaviour, despite the behavior of "food attraction" join the parental perception of greater body image, and some of the behaviors of "avoidance of food" being associated with parental perception of lower body image, the relationship between eating behavior and the parental perception of their body image did not prove significant.

Conclusions: The results indicate a greater accuracy of perception of body image of parents to the actual nutritional status of children, which may indeed be the first step towards the recognition of the excess weight of their children and facilitate adjustment to a healthier lifestyle among children under school age, and greater awareness of family control of overweight in childhood.

Keywords: Parental Perception, body image, Childhood Obesity

SUMÁRIO

Dedicatória	
Agradecimentos	
Resumo	
Abstract	
Índice de Quadros	
Índice de Figuras	
Listas de Gráficos	
Lista de Tabelas	
Lista de Abreviaturas e Siglas	
Introdução	15
PARTE 1: Enquadramento Teórico	19
1 – Contextualização da obesidade infantil	19
1.1 – Conceito e classificação da obesidade infantil	20
1.2 – Determinantes da obesidade infantil	24
1.3 – Fatores de risco associados à obesidade infantil	25
1.4 – Prevenção e controlo da obesidade	27
2 – Formação da imagem corporal	30
2.1 – As crianças e a sua imagem corporal	31
2.2 - Perceção parental do estado nutricional dos filhos	34
3 – Comportamento Alimentar na Infância	37
PARTE 2: Estudo Empírico	41
4– Metodologia	41
4.1 – Métodos	41
4.2 – Tipo de estudo	45
4.3 – Participantes	45
4.4 – Instrumentos de avaliação	50
4.5 – Procedimentos	55
4.6 – Análise de dados	56

5 – Apresentação dos Resultados	60
5.1 – Análise descritiva	60
5.2 – Análise inferencial	71
6 – Discussão dos Resultados	80
7 – Conclusões	90
Lista de Referências	94
Anexos	
Anexo I – Autorização dos autores do estudo A	
Anexo II - Autorização dos autores do estudo B	
Anexo III – Instrumento de colheita de dados aplicado no estudo A – Escala de determinantes infantis e parentais de excesso de peso	
Anexo IV – Instrumento de colheita de dados aplicado no estudo B – Monitorização de Indicadores de Saúde Infanto-Juvenil: Impacto na Educação para a Saúde	

Índice de quadros

Quadro 1 – Regressão Linear múltipla entre o Comportamento alimentar e a perceção parental da criança	79
---	----

Índice de figuras

Figura 1 – Desenho Conceptual da Investigação.....	44
Figura 2 - Esquema de Silhuetas da Imagem Corporal (Collins, 1991)	52

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Evolução da Percepção Parental no estudo A e no estudo B.....	73
Gráfico 2 - Evolução da relação entre a Percepção Parental da Imagem Corporal da Criança e o estado nutricional da mesma no estudo A e B	76

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Percentis de IMC para a idade para classificação do estado nutricional segundo a referência do NCHS (CDC, 2000)	22
Tabela 2 – Caracterização da amostra por instituição no estudo A e no estudo B	46
Tabela 3 – Distribuição dos respondentes ao questionário, no estudo A e no estudo B.....	47
Tabela 4 - Estatísticas da idade das crianças no estudo A e no estudo B.....	48
Tabela 5 - Distribuição das crianças em função da idade no estudo A e no estudo B.....	48
Tabela 6 - Estatísticas da idade em função do sexo das crianças no estudo A e no estudo B	49
Tabela 7 - Estatísticas da idade dos pais no estudo A e no estudo B	50
Tabela 8 - Operacionalização das variáveis antropométricas da criança	51
Tabela 9 - Distribuição dos 35 itens pelas 8 dimensões.....	54
Tabela 10 - Distribuição dos fatores e o seu significado segundo Aparício e Cardoso (2013).....	55
Tabela 11 - Distribuição do número de irmãos, no estudo A e no estudo B	61
Tabela 12 - Estatísticas relativas ao Peso, Estatura e IMC da criança, no estudo A e no estudo B	63
Tabela 13 - Classificação do estado nutricional das crianças no estudo A e no estudo B.....	64
Tabela 14 - Distribuição da idade da mãe e do pai no estudo A e no estudo B.....	65
Tabela 15 - Distribuição da escolaridade da mãe e do pai no estudo A e no estudo B	66
Tabela 16 - Distribuição da residência no estudo A e no estudo B.....	67
Tabela 17 - Caracterização do Rendimento Familiar dos pais no estudo A e no estudo B.....	67
Tabela 18 - Estatísticas da preocupação da possibilidade de excesso de peso dos filhos no estudo A e no estudo B	68
Tabela 19 - Preocupação dos pais com a possibilidade de os filhos terem excesso de peso no estudo A e no estudo B	69
Tabela 20 - Estatísticas da Percepção Parental da Imagem Corporal da Criança no estudo A e no estudo B.....	69
Tabela 21 - Percepção Parental da imagem corporal das crianças no estudo A e no estudo B por sexos	71
Tabela 22 - Percepção Parental da imagem corporal das crianças no estudo A e no estudo B	72

Tabela 23 - Relação entre a Percepção Parental da Imagem Corporal da Criança e o estado nutricional da mesma no estudo A e B.	75
Tabela 24 - Correlação de <i>Pearson</i> entre o comportamento alimentar e a percepção parental da criança	77

Índice de siglas e abreviaturas

CDC - Centre for Disease Control and Prevention

CEBQ – Child Eating Behaviour Questionnaire

COSI – European Childhood Obesity Surveillance Initiative

CV – Coeficiente de Variação

DGS – Direção Geral da Saúde

Dp – Desvio Padrão

EPOBIA - Estudo de Prevalência da Obesidade Infantil e dos Adolescentes

E tal. – E outros

EUA – Estados Unidos da América

FCT – Fundação para a Ciência e Tecnologia

IDEFICS - Identification and prevention of Dietary- and lifestyle-induced health effects

IMC – Índice de Massa Corporal

IOFT – International Obesity Task Force

K - Kurtosis

MISIJ – Monitorização de Indicadores de Saúde Infato-Juvenis: Impacto na Educação

NCHS - National Center for Health Statistics

NHANES - National Health and Nutrition Examination Surveys In Children and infants.

NUTS – Unidades Territoriais Portuguesas

OM – Ordenação Média

OMS – Organização Mundial de Saúde para a Saúde

R – Correlação de Pearson

SK - Skewness

SPEO - Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

VIF - Variance Inflation Factor

WHO – World Health Organization

Introdução

A obesidade é caracterizada pelo excesso de peso corporal. Segundo a Organização Mundial de Saúde a obesidade é a doença nutricional mais prevalente a nível mundial e a epidemia do século XXI, representando atualmente um dos mais sérios problemas de saúde pública que afeta crianças, adolescentes e adultos. A International Obesity Task Force (IOTF) estima que, na Europa, uma em cada cinco crianças tem excesso de peso e cerca de 3 milhões são obesas (Cole et al, 2000, citado em Daniela, 2010).

A prevalência desta patologia na idade pediátrica tem aumentado nos países da bacia do mediterrâneo onde Portugal se incluiu. As evidências sugerem a sua progressiva gravidade, não só no momento atual como no futuro, pelo fato de esta poder transitar para a idade adulta, criando um problema de saúde para a próxima geração devido às consequências adversas que esta origina (Aparício Costa, 2012). O impacto deste problema na vida das crianças e famílias é importante tanto ao nível físico, como psicossocial, emocional e cognitivo, acarretando consequências negativas a todos os níveis que podem marcar a sua vida e bem-estar futuro. Algumas destas implicações começam a emergir muito cedo, o que justifica o estudo de crianças em idade pré-escolar (Abêbora & Franco, 2012). Além disso a idade pré-escolar é uma fase favorável do ponto de vista biológico, da capacidade de aprendizagem de comportamentos e de inter-relação com a família (Fisher & Hodges, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que o excesso de peso atinja aproximadamente 42 milhões de crianças menores de cinco anos de idade, sendo a maioria residente de países em desenvolvimento (WHO, 2003). Embora os fatores genéticos predisponham o desenvolvimento da obesidade, os principais determinantes do seu aumento parecem ser os fatores ambientais e comportamentais, como a falta de atividade física (Rey-López, 2008, citado em Abêbora & Franco, 2012), o maior tempo frente à televisão (Fulton et al, 2009, citado em Abêbora & Franco, 2012) e o aumento do consumo de alimentos ricos em açúcares e gorduras (Bowman, 2004, citado em Abêbora & Franco, 2012).

O excesso de peso na infância aumenta as possibilidades de obesidade na idade adulta (Starc, 2010, citado em Abêbora & Franco, 2012) e constitui um fator de risco para doenças cardiovasculares, dislipidemias, hipertensão arterial, resistência à insulina e doença gordurosa não alcoólica do fígado; tais fatores são responsáveis pelo aumento de morbimortalidade na maturidade. Além disso, existem as implicações

psíquicas e sociais, que podem estender-se por toda a vida. O excesso de peso é muitas vezes associado a uma vida sedentária e a uma alimentação desadequada. No entanto, existem outros factores que influenciam a prevalência de excesso de peso e obesidade nas crianças, nomeadamente os factores parentais como sejam o IMC e mesmo a percepção dos pais sobre o estado nutricional das crianças.

Em Portugal, os poucos dados existentes apontam para uma prevalência de pré-obesidade de 20,3% e de obesidade entre 6,7% e 11,3%, entre crianças e adolescentes. (Padez, et al, 2004, citado em Daniela, 2010). Um estudo longitudinal no qual foram avaliadas 135 crianças do 1.º ciclo do Ensino Básico na cidade do Fundão, permitiu concluir que os valores de excesso de peso são de aproximadamente 35,9% no sexo feminino e 43,6% no sexo masculino. (Martins JM, 2006). Esta situação tem preocupado países em todo o mundo, contudo os estudos têm revelado que os pais se mostram despreocupados e pouco conscientes do estado nutricional das crianças, dada a tendência para subestimarem o peso excessivo dos seus filhos.

A prevenção da obesidade desde idades precoces, pode ser uma alternativa para reverter o aumento acelerado desta doença. Os estudos de intervenção da obesidade infantil a longo prazo, incluindo mudanças de comportamento e com tamanho amostral suficiente, ainda são escassos, porém necessários para o desenvolvimento de políticas públicas efetivas. As intervenções bem-sucedidas demandam o envolvimento dos pais, uma vez que eles são modelos da conduta alimentar e física dos seus filhos. São eles quem determinam quais alimentos estão disponíveis para a criança, em quantidade e qualidade, e são os maiores responsáveis pelo estabelecimento de um ambiente emocional em que a obesidade pode ou não ser desencorajada.

Ajudar os pais a reconhecerem que a obesidade nas crianças é um problema de saúde e a identificarem o verdadeiro estado nutricional dos seus filhos, pode ser o primeiro passo na promoção de um estilo de vida mais saudável, uma vez que a sociedade actual e as novas tecnologias convidam ao isolamento das crianças e à prática de actividades sedentárias.

Assim, o combate à obesidade infantil deve começar com a consciencialização dos pais de que a obesidade é uma doença que pode afectar física e psicologicamente as crianças, sendo a percepção dos pais do estado nutricional dos filhos um factor muito importante, uma vez que pode determinar práticas alimentares mais ou menos adequadas, com implicações na gestão emocional da alimentação e no próprio estado nutricional da criança.

A intervenção da família é fundamental, pois uma das responsabilidades dos pais é assegurar que os filhos tenham uma vida saudável e feliz, que se traduza na máxima

grega *Mens Sana in Corpore Sano*. Mais do que um dever, a responsabilidade parental é uma obrigação que vem regulada legalmente no artigo 1878º/2 do código civil: Compete aos pais, no interesse dos filhos, velar pela segurança e saúde destes, prover ao sustento, dirigir a sua educação (...).

De forma a conseguir ajudar os pais a aumentarem as suas competências parentais face às boas práticas parentais, é pertinente perceber as dificuldades da família, entender a sua cultura e perceber a percepção que têm da imagem do seu filho e partindo dessa base, definir estratégias para a promoção da saúde das crianças e da família (Aparício Costa, 2012). Desta forma, e devido á crescente prevalência de obesidade infantil, é importante investigar, conhecer e compreender os vários determinantes que a podem influenciar contribuindo desta forma para o seu controlo.

Assim, este trabalho foi desenvolvido no âmbito do Relatório Final do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e pretende debruçar-se sobre a problemática do excesso de peso na infância e investigar a evolução de alguns fatores que o podem influenciar, tais como a evolução na percepção parental do estado nutricional da criança e a relação desta com o comportamento alimentar da criança. Para o efeito foi realizado um estudo retrospectivo e comparativo entre dois estudos publicados em 2012 e 2013, fundamentado nas seguintes questões:

- Qual a evolução da percepção parental da imagem corporal da criança no estudo A e no estudo B?
- Qual a diferença entre a percepção parental da imagem corporal da criança e o seu estado nutricional, no estudo A e no estudo B?
- Qual a relação entre o comportamento alimentar da criança e a percepção parental da imagem corporal da criança no estudo B?

E para obter resposta às questões expressas, foram delineados os seguintes objectivos:

- Descrever a evolução da percepção parental da imagem corporal da criança, no estudo A e no estudo B.
- Comparar a diferença da percepção parental da imagem corporal da criança e o seu estado nutricional, entre o estudo A e o estudo B.
- Relacionar o comportamento alimentar com a percepção parental da imagem corporal da criança, nas crianças do estudo B.

Este estudo, foi realizado com uma amostra de 2216 crianças em idade pré-escolar, participantes nos dois estudos realizados e referidos anteriormente. O estudo A foi publicado por Graça Aparício (2012) numa investigação para obtenção do grau de doutor, denominado: Obesidade Infantil: “Práticas Alimentares e Perceção Materna de Competências”. O estudo B de Graça Aparício, Madalena Cunha, João Duarte; Anabela Pereira, Jorge Bonito e Carlos Albuquerque publicado em 2013, integrou um projeto, denominado “ Monitorização de Indicadores de Saúde Infanto-Juvenis: Impacto na Educação para a Saúde” (MISIJ), acolhido na Escola Superior de Saúde de Viseu e financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia – FCT.

Este trabalho de dissertação encontra-se dividido em duas partes distintas que se complementam. A primeira parte é constituída pelo enquadramento teórico, onde se contextualiza a problemática da obesidade infantil, seus determinantes e fatores de risco, onde se reflecte sobre a perceção parental do estado nutricional dos filhos, a formação da imagem corporal da criança e se caracteriza o comportamento alimentar na infância. A segunda parte é composta pela investigação empírica, que engloba o enquadramento metodológico, onde se definem os participantes, o tipo de estudo, os procedimentos e tratamento estatístico. Por último são apresentados os resultados, feita a sua discussão e tecidas as conclusões consideradas mais pertinentes.

PARTE 1: Enquadramento Teórico

1 – Contextualização da Obesidade Infantil

A obesidade é hoje reconhecida como uma doença crónica em que a sobrecarga de massa gorda do indivíduo pode afectar a sua saúde, aumentando o risco de morbilidade e mortalidade (Do Carmo et al., 2008). Esta, tem atingido proporções epidémicas por todo o mundo, atingindo adultos, crianças e adolescentes, apresentando um aumento de até três vezes nas últimas décadas, tanto nos países desenvolvidos como nos países em vias de desenvolvimento. Esta situação frequentemente coexiste com a desnutrição, acarretando graves problemas sociais e psicológicos e afectando praticamente todas as idades e grupos socioeconómicos. Estima-se que no mundo, mais de um bilião de adultos sofra de excesso de peso e destes, pelo menos trezentos milhões apresentam-se clinicamente com obesidade.

Esta situação e as complicações metabólicas a ela associadas emergem como um desafio à saúde global do século XXI e apesar dos esforços dos governos e das políticas de saúde pública, das largas pesquisas, do investimento dos profissionais da saúde e dos média chamarem a atenção para este problema, o número de crianças e jovens com excesso de peso e obesidade continua a aumentar (Caprio et al., 2008). A mudança na sociedade moderna, a maior disponibilidade e acessibilidade aos alimentos e o menor gasto de energia, têm influenciado os diferentes estilos de vida e consequentemente um aumento deste problema de saúde.

Estudos realizados em Portugal, evidenciaram que este país ocupa uma das posições mais desfavoráveis do cenário Europeu, tendo sido considerado em 2004, o 2º país Europeu com a prevalência de excesso de peso mais elevada (IOTF, 2005a).

A obesidade como problemática à escala mundial, levou a OMS-Europa a estabelecer um Sistema Europeu de Vigilância Nacional Infantil standardizado, (*WHO – European Childhood Obesity Surveillance Initiative*), “*COSI – Sistema de Vigilância Nutricional Infantil*”, com o objectivo de preencher a lacuna existente na produção de dados do estado nutricional infantil na idade escolar (7-10 anos), comparáveis entre países europeus e que permitisse ainda identificar grupos em risco.

Portugal integra e coordena este sistema de vigilância através da Plataforma contra a Obesidade da Direcção-Geral da Saúde, em parceria com o Ministério da Saúde e da Educação. Este programa tem o objetivo de avaliar o impacto das intervenções de

prevenção da obesidade realizadas no âmbito escolar e na expectativa de que a inversão deste problema se registre a partir de 2015 (Rito & Breda, 2010).

O primeiro relatório do *COSI* foi divulgado, em 2010 no *II World Congress of Public Health Nutrition*, no Porto, onde se reconheceu que 40% das crianças em idade escolar têm excesso de peso, e destas 25% apresentam obesidade.

1.1 – Conceito e Classificação da Obesidade Infantil

A obesidade é reconhecida pela OMS como um importante problema de saúde pública, que afecta adultos, crianças e adolescentes e que tem tomado proporções epidémicas em todo o mundo, com um aumento de até três vezes nas últimas décadas, tanto nos países desenvolvidos, como naqueles com economias em transição (WHO, 2006).

Sendo uma doença crónica, é definida como uma condição de acumulo anormal de tecido adiposo numa extensão em que a saúde pode ser prejudicada. É uma condição com etiologia multifatorial, resultante do desequilíbrio entre a ingestão calórica e o gasto energético (Duarte, 2008)

Segundo a OMS, a obesidade é definida como “uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde. Este excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, ou seja, a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia gasta”, (Portugal, DGS, 2005, p. 10). Este desequilíbrio deve-se a fatores genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais, pelo que tende a perpetuar-se, considerando-se por isso a obesidade como uma doença crónica.

Em Portugal vários investigadores realizaram estudos acerca desta problemática, que comprovam a evolução progressiva do problema, nomeadamente Rito (2006) que estudou o estado nutricional de crianças e oferta alimentar do pré-escolar, realizado em 2001 numa amostra de 2361 crianças em idade pré-escolar em Coimbra, a autora verificou que 23.6% das crianças tinham excesso de peso (16.9% pré-obesidade e 6.7% obesidade), Aparício et al (2011) realizou um estudo a 792 crianças em idade pré-escolar na região centro NUTS III sub-região Dão-Lafões e concluiu que 31.3% das crianças tinham excesso de peso (18.9% pré-obesidade e 12.4% obesidade) (Pimentel & Franco, 2011). No estudo realizado por Duarte (2011), onde foram avaliadas 1111 crianças que frequentavam o ensino pré-escolar no ano letivo 2006-2007 na Sub-região da Beira Interior Sul (NUTS III) verificou uma prevalência de

excesso de peso de 27.72% das quais 15.66% correspondiam a pré-obesidade e 12.06% a obesidade.

A classificação do excesso de peso em crianças e adolescentes torna-se complicada devido à velocidade de crescimento própria das crianças pequenas, registrando em ambos os sexos uma enorme variabilidade individual, dificultando assim, a definição do seu estado nutricional. Assim, esta classificação é efetuada considerando os valores de crescimento peso e altura e também o valor do IMC, que na idade pediátrica tem que ser analisado em função do sexo e da idade, tendo como base tabelas de referência, que habitualmente utilizam os valores antropométricos como ao peso/idade, altura/idade e IMC/idade. (IOTF, 2005; Do Carmo et al., 2008). O percentil indica a posição relativa do valor de IMC do indivíduo, relativamente a uma população do mesmo sexo e idade.

O Índice de massa Corporal do antropólogo belga Quetelet é um método simples de realizar, de baixo custo e possui uma boa correlação com a gordura corporal sendo por isso utilizado para caracterizar o estado nutricional da população na prática clínica. É ainda considerado uma boa ferramenta de diagnóstico precoce de situações de malnutrição, de excesso de peso e obesidade (DGS, 2011).

A construção de curvas de crescimento é um processo demorado, que exige elevados recursos humanos e materiais. Por esta razão, muitos países optam pela utilização de curvas de referência internacionais, permitindo a comparação de uma criança ou um grupo de crianças com uma população de referência, (WHO, 2009).

Apesar da utilização do IMC ser atualmente consensual, a dificuldade reside nos diferentes critérios de diagnóstico quanto aos pontos de corte para a definição de sobrepeso e obesidade na população pediátrica, existindo actualmente três indicadores de referência que são mais comumente utilizados: os recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo *Centre for Disease Control and Prevention* (CDC) e pelo *International Obesity Task Force* (IOTF). Estes referenciais são ferramentas úteis para monitorizar a prevalência e tendências face aos pontos de corte para o estado nutricional, não devendo ser interpretados de forma excessiva, nem ser confundidos com diagnóstico clínico (Daniels et al, 2005 citado por Aparício Costa, 2012).

Desde 1978 que a OMS utilizava os indicadores do *National Center for Health Statistics* (NCHS) do CDC, (1977), como referência internacional (NCHS-OMS), para avaliação do crescimento em altura e peso das crianças. Esses indicadores resultaram de estudos desenvolvidos pelo *Ohio Fels Research Institute* e pelo *National Health and Nutrition Examination Surveys* (NHANES). Entretanto, dada a crescente utilização das

medidas e indicadores antropométricos para triagem e avaliação do estado de saúde das crianças, várias questões emergiram relativamente à sua adequação, como o facto da amostra utilizada pelo estudo do CDC ser restrita em termos de origem étnica, das crianças terem sido predominantemente alimentadas com leite artificial, para além de problemas metodológicos. Estas questões levaram ao desenvolvimento de um novo padrão internacional, que preenchesse os critérios ideais. Assim, desde 2006 que a OMS recomenda dois tipos de padrões de referência que se destinam a avaliar crianças em dois períodos distintos de crescimento: entre os 0 e os 5 anos de idade, (de Onis et al., 2004, citado em Aparício Costa, 2012), e entre os 5-19 anos.

Os gráficos de crescimento do CDC são uma referência, não um padrão, e descrevem a forma como certas crianças crescem num determinado lugar e tempo, apresentando a nova versão uma maior especificidade e adaptabilidade (Fisberg, 2006) citado em Aparício Costa, 2012). Segundo o mesmo autor, estes gráficos incluem igualmente a avaliação do percentil de peso, comprimento/estatura e perímetro cefálico de crianças entre os 0 e os 36 meses e o percentil de peso, altura e percentil de IMC para crianças entre os 2 e os 20 anos, todas elas para ambos os sexos.

Em Portugal, por deliberação do Ministério da Saúde e pela Direção Geral de Saúde, as curvas de percentis adotadas e que constavam no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil desde 1981 até Junho de 2013 eram as curvas do Center for Diseases Control and Prevention dos EUA (CDC, 2000)

Segundo este referencial, os pontos de corte para classificação do estado nutricional da criança entre os 2 e 20 anos, definidos pelo percentil de IMC para a idade e sexo, são os apresentados na tabela 1.

Tabela 1 – Percentis de IMC para a idade para classificação do estado nutricional segundo a referência do NCHS (CDC, 2000)

Classificação do estado nutricional	Percentil IMC
Baixo peso	<5
Normal	≥5 <85
Excesso de peso	≥85 <95
Obesidade	>95

Fonte: National center for Health statistics, CDC (2000)

Em Portugal, uma versão adaptada das curvas de crescimento do NCHS foram utilizadas desde a edição do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil de 1981. Em 2005 foi incluída a versão actualizada do NCHS (CDC, 2000), permitindo assim substituir a utilização do índice Peso/Estatura, pelo percentil de IMC segundo a idade e sexo, mais adequado à correcta monitorização do estado nutricional das crianças, pois permite identificar não só as crianças e adolescentes que apresentam pré-obesidade e obesidade, mas também aquelas em risco de virem a desenvolvê-los (Portugal, DGS, 2006). Assim, A Direção Geral de Saúde aquando da revisão do Programa Tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil, repensou quais as curvas a utilizar e para tal reuniu um grupo de peritos que recomendaram a adoção das curvas da OMS, isto porque na sua construção se situarem mais próximas da curva padrão de crescimento das crianças e pela possibilidade de este instrumento ser utilizado á escala mundial, possibilitando comparações com outros estudos ou populações (DGS, 2013). Segundo o mesmo autor, estas curvas permitem identificar mais precocemente crianças com excesso de peso, problema preocupante e de elevada prevalência na população portuguesa. Tendo sido já testadas no terreno em quatro países, verificou-se haver uma concordância satisfatória entre a avaliação clínica e os indicadores somáticos inferidos a partir delas (DGS, 2013). Em ambos os sexos, as curvas a utilizar são:

- Comprimento/altura – do nascimento aos 5 anos (A);
- Peso – do nascimento aos 5 A;
- Índice de Massa Corporal (IMC) – do nascimento aos 5 A;
- Perímetro cefálico – do nascimento aos 2 A;
- Altura – dos 5 aos 19 A;
- Peso – dos 5 aos 10 A;
- IMC – dos 5 aos 19 A.

Estas, entraram em vigor em Portugal, a partir do dia 01 de Junho de 2013.

Algumas alternativas para complementar o valor do IMC, incluem a circunferência da cintura ou perímetro abdominal, relação cintura/quadril e pregas cutâneas, que permitem avaliar a deposição de gordura corporal regional (Aparício, 2012)

De reforçar, que as curvas de crescimento permitem monitorizar o estado nutricional e o crescimento das crianças e dos adolescentes. A interpretação e análise destas curvas e a linguagem utilizada para veicular a informação obtida, à criança e à família, deve atender a todo o contexto individual e familiar, para se proceder a um juízo adequado, visto que a valorização do estado nutricional não poder apenas atender a

um dado obtido de forma pontual mas à observação da evolução do padrão de crescimento da criança (Carmona da Mota e al, 2002 citado em Aparício Costa, 2012).

1.2 – Determinantes da Obesidade Infantil

Actualmente reconhece-se que o peso excessivo na infância é de etiologia multifactorial, contribuindo uma complexidade de factores, entre susceptibilidade genética, que ajuda a explicar as diferenças inter-individuais e factores ambientais e comportamentais, relacionados com os estilos de vida, constituindo estes, com base nas evidências, os factores determinantes mais fortes, (Guedes, Carraro, Godoy-Matos, & Lopes, 2005, citado em Aparício Costa, 2012). No entanto, a generalidade dos estudos desenhados com o objectivo de quantificar e separar a predisposição genética das influências ambientais, ilustram a contribuição conjunta de ambos os factores na expressão da obesidade. Esta, pode ser resultante de um ou da combinação de vários factores, sendo uma doença de difícil tratamento. Os seus determinantes podem ser classificados de internos ou biológicos, sendo aqueles que isolados ou associados desencadeiam a obesidade, ou de externos ou ambientais, dos quais fazem parte os que são influenciados pelo ambiente em que o indivíduo vive, sendo estes os considerados como determinantes mais fortes e que mais facilmente se podem reverter (Barbosa, 2004). Embora se disponha de um grande acervo de resultados que podem identificar as causas da obesidade, não é tarefa fácil caracterizar a sua etiologia. Acredita-se que os determinantes do excesso de peso compõem um complexo conjunto de factores biológicos, comportamentais e ambientais que se inter-relacionam e se potencializam mutuamente (Carla, Betzabeth, 2010)

Visto o objeto deste estudo ser a percepção parental da imagem corporal dos filhos, apenas nos iremos debruçar sobre esta temática, inserida nos factores externos ou ambientais, fazendo apenas uma pequena referência a ambos.

Nos factores internos estão inseridos os factores genéticos onde se inclui a predisposição genética da criança para desenvolver a obesidade. Sabe-se que os cromossomas humanos com exceção do cromossoma Y podem apresentar pequenas alterações (defeitos) que favorecem o ganho de peso, no entanto não se sabe quais as manifestações físicas dessas alterações. Existem crianças em que o metabolismo facilita o aumento de peso sem que elas comam em excesso, existindo outras, pelo contrário, que comem muito e não ganham peso (Barbosa, 2004).

Os mecanismos biológicos e metabólicos que regem o desenvolvimento da obesidade e de outras doenças não transmissíveis não foram ainda completamente esclarecidos,

porém, vários estudos foram suportando a ideia de que um gene recessivo teria uma influência importante no peso dos seres humanos. Outras investigações têm sido realizadas com o intuito de verificar se a presença da obesidade nos progenitores, influenciam a obesidade na criança. Estas sugeriram que a obesidade dos pais, sobretudo da mãe, seria um importante preditor na obesidade da criança, mas não é condição suficiente para comprovar a transmissão genética da mesma, pois a agregação familiar pode decorrer da partilha da exposição comum a um conjunto de fatores de natureza ambiental (He & Evans, 2007).

Os fatores ambientais têm sido apontados como concorrentes mais importantes para o aumento da prevalência de peso excessivo na população infantil mundial, nomeadamente aqueles que dizem respeito ao seu microambiente. Estes incluem fatores relacionados com os padrões alimentares, o tipo de interações familiares estabelecidas durante as refeições, o exercício físico, o tempo gasto frente ao televisor, a exposição á publicidade, as horas de sono e outras que incluem crenças parentais, como a perceção dos pais sobre a imagem corporal da criança. (Aparício Costa, 2012)

A perceção parental da imagem corporal dos filhos, é um aspecto do contexto nutricional que tem sido estudado e analisado, considerando-se que uma perceção alterada ou o não reconhecimento pelos pais do peso excessivo dos filhos pode condicionar a adoção de medidas preventivas ou de tratamento perante essa situação (Gualdi-Russo et al., 2008; He & Evans, 2007). Em Portugal, o estudo de Andrade, Barros & Ramos (2011) documentou que 94% e 86% das mães de crianças com pré-obesidade e obesidade respetivamente as classificaram como tendo peso normal e os pais de mais de 50% das crianças com hábitos alimentares pouco saudáveis subestimavam o respetivo IMC. (Aparício, 2012).

Embora não haja provas diretas de que melhorar a perceção dos pais sobre o peso real das crianças seja uma forma de prevenir o aparecimento de excesso de peso, as evidências indicam que essa consciencialização e o acompanhamento dos pais, podem evitar comportamentos menos saudáveis entre crianças e adolescentes.

1.3 – Fatores de Risco associados à Obesidade Infantil

As consequências do excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes são variadas e incluem entre outras, o aumento do risco de doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes mellitus, arteriosclerose prematura, hiperlipidemia, alterações ortopédicas, perturbações do crescimento, alterações cutâneas, alterações

gastrointestinais e hepáticas, apneia do sono e alterações psicossociais (Almeida et al, 2002). Investigadores relatam terem assistido a mortes súbitas de crianças entre os seis e os dez anos de idade, com um percentil de IMC superior ao 99, com paragem cardiopulmonar aparentemente causada por arritmias associadas à obesidade (Patrick et al, 2005). Cerca de 50% dos adolescentes obesos tornam-se adultos obesos e cerca de 1/3 dos adultos obesos já o eram em crianças, sendo as implicações na morbilidade diferenciadas com o sexo. Estudos demonstram que a persistência da obesidade na idade adulta está mais relacionada com a obesidade que se estabelece no final da infância, entre os cinco e os sete anos, na adolescência ou quando esta se apresenta de forma severa (WHO, 2000).

As consequências da obesidade pediátrica na morbilidade do adulto estão relacionadas com a gordura corporal, a sua distribuição e com a permanência da sobrecarga ponderal até ao final da adolescência. Existe uma ligação entre a distribuição da gordura, em crianças e adolescentes, com o risco de doenças cardiovasculares. Um estudo mediu a gordura visceral através de ressonância magnética tendo estabelecido uma correlação com as concentrações basais de insulina, triglicéridos e concentrações de colesterol HDL.

Estas descobertas sugerem que nas crianças, tal como nos adultos, a gordura visceral pode representar uma importante ligação fisiopatológica entre a obesidade e as consequências para a saúde.

A consequência mais comum de obesidade em países industrializados deve-se ao conflito psico-social. Crianças ou adolescentes associam a sua forma (silhueta) de um corpo com excesso de peso ou a alguém com pouca interacção social, fraco sucesso académico e forma reduzida de pouca saúde, bem como a defeitos de carácter. No entanto existem poucas evidências que sugiram que a auto-estima seja significativamente afectada em crianças obesas. Em adolescentes, estudos demonstram uma relação inversa consistente entre o peso corporal e a auto-estima e imagem corporal. Neste período é desenvolvida uma elevada importância à forma e aparência física, pelo que talvez não seja surpreendente que os adolescentes formem mensagens sociais negativas associadas à obesidade. O excesso de peso na adolescência também pode estar associado a problemas sociais e económicos mais tarde. Um estudo prospectivo realizado nos EUA, demonstrou que mulheres com excesso de peso durante a adolescência e primeiros anos da vida adulta têm maior probabilidade de não constituir família, mais altas taxas de pobreza e taxas mais baixas de casamento, do que mulheres com várias outras formas de deficiência física crónicas durante adolescência (WHO, 2000).

1.4 – Prevenção e Controlo da Obesidade

Como já foi referido, a melhor forma de combater a obesidade infantil consiste na sua prevenção através da promoção da saúde, e com o envolvimento da família. Para que as intervenções sejam, corretamente direcionadas, os profissionais de saúde devem conhecer a criança e a família, a sua estrutura, dinâmica, interações e suas crenças culturais, para que as orientações necessárias se tornem eficazes.

Sabe-se que factores fisiológicos, hormonais, culturais, ambientais, comportamentais e tantos outros, influenciam os processos regulatórios de manutenção dum peso estável ao longo da vida.

Destes, o contexto ambiental, nomeadamente os factores dietéticos e os padrões de actividade física são os considerados mais facilmente modificáveis (WHO, Branca et al., 2007). Por isso, apesar da preocupação mundial com a epidemia da obesidade, a OMS reconhece ser possível inverter esta tendência e colocá-la sob controlo a partir de 2015, tal como é afirmado na Carta Europeia de Luta contra a Obesidade (WHO, 2006, citado em Aparício, 2012).

No entanto, isto só será viável numa acção concertada e equilibrada entre a responsabilidade individual e colectiva, uma vez que a raiz do problema emerge das rápidas mudanças sociais, económicas e ambientais, determinantes do estilo de vida das pessoas.

A fraca motivação da criança para a perda de peso e a falta de apoio da família, o baixo cumprimento, as elevadas taxas de abandono e as recaídas frequentes, fazem com que a obesidade represente uma das patologias mais difíceis e frustrantes de tratar. O excesso de peso e obesidade representam o factor de risco major para o desenvolvimento da obesidade na idade adulta, dado que aproximadamente 30% das crianças obesas o permanecerão em adulto. Por outro lado, associado aos efeitos imediatos na saúde, a obesidade na adolescência aumenta o risco de morbilidade e mortalidade adulta 50 anos depois, independentemente dos efeitos que a obesidade da idade adulta exerce (WHO, 2000). Em 2004 a Organização Mundial de Saúde aprovou a *Estratégia Global sobre Dieta, Actividade Física e Saúde* (WHO, 2004), cujos princípios foram reiterados pela Carta Europeia de Luta contra a Obesidade (WHO, 2006). Neste contexto, os 27 países da região europeia da OMS, Portugal incluído, têm desenvolvido esforços para melhor identificarem o problema e naturalmente as causas subjacentes, e desta forma implementarem ou renovarem projectos e planos de acção eficazes, salientando aspectos importantes da abordagem

actual e futura. (Aparício, 2012). O tratamento da obesidade em crianças e adolescentes deve ser personalizado, adaptado à idade, ao grau de obesidade, às complicações metabólicas e às repercussões físicas e emocionais (WHO, 2000). A grande maioria das crianças e adolescentes com excesso de peso não são tratadas por especialistas, mas sim no âmbito dos cuidados de saúde primários e tendo causas múltiplas, exige uma abordagem multidisciplinar (Baker et al. 2010). Assim, para que se consiga um sucesso terapêutico, deve ser elaborado um programa de tratamento que envolva pediatra, psicólogo, dietista e enfermeiro, que devem desenvolver uma actuação em estreita colaboração com a família e a criança/adolescente. Para o tratamento de excesso de peso e obesidade na infância devem ser estabelecidos objectivos que permitam uma normalização ponderal e um normal desenvolvimento. O programa de tratamento deve centrar-se em três tipos de actuação, a dietoterapia, a actividade física e as mudanças comportamentais iniciadas por uma abordagem motivacional (Baker et al. 2010).

Devem ser identificadas as áreas prioritárias e estabelecidas *guidelines* para alimentação e dietética, com definição de iniciativas para reduzir o sal na alimentação, melhorar do ponto de vista nutricional os alimentos processados, definida legislação para controlo das máquinas de venda (em especial nas escolas), medidas para adequar os preços dos alimentos, legislação para a rotulagem do valor energético, regulamento do marketing, dinamização dos hospitais amigos do bebé e de promoção do aleitamento materno e paralelamente iniciativas para a implementação da actividade física com promoção de percursos activos, encontrando-se as diversas iniciativas e programas em estádios diferentes nos diversos países (Breda, 2010, citado em Aparício, 2012).

É importante direccionar estratégias para aqueles que são social e financeiramente mais desfavorecidos e para os mais vulneráveis, onde se inclui as mulheres, alguns grupos étnicos e as crianças (Verbestel et al., 2011; WHO, 2004, citado em Aparício, 2012).

Para a criança com excesso de peso moderado e que está a crescer, a manutenção do peso e não a sua perda, será suficiente para melhorar o bem-estar e o perfil metabólico (Baker, et al. 2010).

Tal como referido, os profissionais de saúde que trabalham nos cuidados de saúde primários têm um papel decisivo neste percurso. A promoção da saúde eficaz nas crianças deve ser iniciada precocemente, mesmo antes da concepção, seguida de orientações durante a gravidez e mantida durante toda a infância com gestão comportamental. Esta abordagem deve incluir, para além da criança, o seu ambiente

social mais próximo, nomeadamente as pessoas significativas, como os pais ou cuidadores e se possível os professores/educadores. Um ponto-chave para gerir esta problemática inclui, para além da avaliação sistemática do estado nutricional da criança na vigilância de saúde infantil, a caracterização do seu comportamento alimentar e a avaliação da perceção dos pais sobre o problema, para que se possa estabelecer objetivos e expectativas realistas a cada criança/família.

Segundo Aparício (2012), Portugal tem sido palco de estratégias de combate a este grave problema de saúde pública através da definição de estratégias a nível nacional e local e ainda projetos dirigidos a públicos-alvo, com o objetivo de alcançar as metas preconizadas na Carta Europeia da Luta Contra a Obesidade subscrita pelos Estados-Membros da OMS-Europa.

2 – Formação da imagem corporal

“A imagem do corpo é a imagem que elaboramos dentro do nosso espírito, sobre o nosso próprio corpo”

Gerard Apfeldorfer

A imagem corporal ou aparência corporal é definida como a representação mental do próprio corpo através de variedade de dimensões mensuráveis (Thompson, 2004, citado em Aline, 2011), que se desenvolve por meio de pensamentos, sentimentos e percepções acerca da própria aparência geral, das diferentes partes do corpo e das estruturas e funções fisiológicas (Hart, 2003, citado em Aline, 2011). Para Cash e Prusinsky et al. (2002), a imagem corporal é entendida como uma construção multidimensional que descreve amplamente, as representações internas da estrutura corporal e da aparência física do indivíduo em relação a si próprio e aos outros, sendo formada por quatro dimensões: cognitiva, afetiva, comportamental e perceptiva. A dimensão perceptiva tem sido repetidamente usada, na área da saúde, na tentativa de avaliar como o indivíduo percebe a forma e/ou tamanho do seu corpo. Segundo Shildler (1999), citado em Aline, 2011), a imagem corporal inclui elementos conscientes e inconscientes, sensações e percepções corporais. Não é apenas uma construção cognitiva, mas também um reflexo de desejos, emoções e interações com os outros. Feldman et al. (2001) definem a imagem corporal como o conjunto de crenças descritivas e avaliativas acerca da própria aparência.

O seu desenvolvimento é um processo contínuo de construção que ocorre desde o nascimento e as primeiras experiências infantis são fundamentais no desenvolvimento da imagem corporal (Tavares, 2003), citado em Viana (2009). Os pais são os principais alicerces da construção da imagem corporal da criança, sendo crucial que a imagem que os pais têm dos filhos corresponda o mais possível à realidade. A concepção da imagem corporal parte para o domínio subjetivo e é percebida pelo outro e pelo próprio através de atitudes e sentimentos, estando intimamente

relacionada com os laços afetivos e familiares, nomeadamente, dos pais. Desde o nascimento, a construção da imagem corporal resulta da troca contínua da imagem que os pais têm do seu filho, através de um duplo processo de projeção e introspeção (Muller et al., 2002). Nas crianças, as mudanças ocorridas em determinados componentes da sua composição corporal, nomeadamente o aumento do tecido adiposo e da massa muscular, são responsáveis pela variabilidade da percepção das crianças relativamente à sua imagem corporal, existindo em regra, uma distorção entre a percepção corporal e os valores antropométricos reais (Boutcher, 1993, citado em Muller e al (2002).

Aos dois anos, a maior parte das crianças possui auto percepção e possui a capacidade de reconhecer a sua imagem refletida no espelho. Gradualmente, o corpo é sinónimo da sua identidade. Na idade pré-escolar, as crianças aprendem com o meio social e familiar o significado das diferentes características físicas, começando a formar conceitos acerca da aparência física. Nesta idade, é característico o facto de julgarem que a sua aparência corporal se adequa ou não aos modelos que lhes são transmitidos (Castilho, 2001, citado em Viana (2009). Assim, as crianças aprendem desde cedo, com a família e com o meio social envolvente, os padrões de beleza socialmente impostos. As pressões sociais existentes para se obter um “corpo ideal” são principalmente sentidas pelos adolescentes, no entanto as crianças também são afetadas, uma vez que a sua imagem corporal está em formação. Num estudo efetuado por Morrison (2004), citado em Viana (2009), é referido que crianças com cinco anos de idade, já possuem conhecimento de como os seus pais os percebem relativamente à sua imagem corporal e que essa mesma percepção influencia a sua autoavaliação.

2.1 – As crianças e a sua imagem corporal

Nas crianças a preocupação com a imagem corporal e o modo como julgam e avaliam a sua própria aparência começa a ganhar importância e, na maior parte das vezes, as crianças que tentam perder peso nem sempre são as que mais necessitam. A preocupação com a imagem corporal pode estar relacionada com o início da atração sexual que começa a desenvolver-se cerca dos 9-10 anos (Feldman et al., 2001). Em idades inferiores, a percepção da imagem corporal é influenciada em grande parte pelos pais. De acordo com Schreiber et al. (1996), citado Feldman et al. (2001), as mães exercem uma forte influência sobre os esforços, sobretudo das filhas (crianças

do sexo feminino) para controlar o peso. As raparigas, a quem as mães disseram que eram demasiado magras, têm mais tendência para tentar ganhar ou perder peso. É importante salientar que, de acordo com um estudo efetuado, cerca de 40% das raparigas de 9-10 anos esforçam-se por perder peso e as raparigas de raça branca têm maior tendência a estar insatisfeitas com os seus corpos e estão mais preocupadas com o excesso de peso que as raparigas de raça negra, muitas das quais apresentam vontade de ganhar peso (Feldman et al, 2001).

Na década de 90, a imagem corporal foi abordada de forma relevante por vários pesquisadores e estudiosos, tendo surgido uma rede de opções metodológicas para a sua avaliação (Morgado et al., 2009, citado em Feldman et al, 2001).

Os protocolos de avaliação da imagem corporal são considerados um instrumento científico na busca de clarear a percepção do indivíduo sobre a imagem que ele tem de si próprio, o que auxilia na investigação da existência de distúrbios dismórficos-corporais. Assim, a avaliação da imagem corporal pode ser feita através de indicadores de distribuição e acumulação da gordura corporal, cor da pele e outras características que permitam perceber a imagem que as pessoas têm do seu corpo e dos outros, sendo útil para a identificação dos fatores de risco relacionados com a obesidade infantil (Silva & Petroski, 1999, citado em Feldman et al, 2001).

Vários são os métodos que avaliam a dimensão percetiva da imagem corporal. Os mais simples utilizam conjuntos de silhuetas, que consistem numa série de figuras ou desenhos de corpos, representando vários tamanhos corporais e, geralmente, contém 7 a 9 imagens, com sequências de silhuetas com imagens de crianças, adolescentes ou adultos. Em geral, os conjuntos de silhuetas são criados para avaliar grupos específicos da população, como é o caso do conjunto proposto por Stunkard et al. (1983), citado em Feldman et al, (2001)., que objetiva avaliar a imagem corporal de pessoas obesas e/ou com distúrbios alimentares, e o de Pluvers et al. (2004), citado em Feldman et al, (2001)., que propõe um conjunto de silhuetas para homens e mulheres afro-americanos. Estas formas para se avaliar a imagem/aparência corporal, através do uso de uma escala de silhueta corporal, permitem obter um indicador fiável da distribuição de gordura, uma vez que possuem grande variabilidade para classificar o estado nutricional em baixo peso, peso normal, sobrecarga ponderal e obesidade (Clavel et al., 2002, citado em Feldman et al, 2001). Assim, a imagem corporal é projetada no desenho da figura humana, ou seja, numa silhueta.

No entanto, existem diversos fatores que influenciam a avaliação da imagem corporal e que estão estritamente relacionados com a organização do esquema corporal (Maia, et al. 2004, citado em Feldman et al, 2001). Segundo os mesmos autores, o esquema

corporal é definido como a representação neurológica das dimensões e formas corporais que são organizadas pelas aferências propriocetivas, cinestésicas e sensoriais. Nas crianças, a sua organização permite construir a referência postural na qual as percepções e intenções são integradas de forma a construir uma orientação espaço-temporal. É esta orientação e relação no espaço que permite distinguir nos primeiros anos de vida o mundo exterior do próprio corpo.

Um estudo realizado em 2011 (Aparício, Cunha, Duarte, Pereira, Bonito, Albuquerque), analisou a percepção dos pais sobre a imagem corporal dos filhos e o seu estado nutricional, por se considerar que uma percepção alterada ou o não reconhecimento pelos pais do peso excessivo dos filhos pode condicionar a adopção de medidas preventivas ou de tratamento perante essa situação (He & Evans, 2007; Gualdi-Russo et al, 2008).

A imagem corporal é assim um constructo multidimensional e o seu desenvolvimento ocorre num contexto cultural, onde os grupos étnicos/culturais diferem no seu entendimento e valorização (Powell & Kahn, 1995, citado em He & Evans, 2007). Dado que normalmente as mulheres assumem a responsabilidade primária pelo cuidado, alimentação e educação das crianças, as crenças que as mulheres possuem em relação à sua própria imagem corporal, tem implicações na percepção e resposta à imagem corporal de seus filhos, podendo este padrão variar de acordo com a sua etnia, (Birch e Fisher, 2000), crenças culturais (Hackie e Bowles, 2007), e condições socioeconómicas (Baughcum, et al., 2000; Jackson, McDonald; Faga e Firtko, 2005; He & Evans, 2007; Gualdi-Russo, et al., 2008).

A construção da imagem corporal resulta de uma experiência subjetiva e deve ser avaliada de acordo com dois aspetos fundamentais, nomeadamente o aspeto subjetivo, que é referente à atitude corporal global positiva ou negativa e ao aspeto perceptivo relativo à percepção global das dimensões e avaliação do volume corporal (Maia, et al., 2004, citado em Feldman et al, 2001). Os meios mais utilizados para avaliar a imagem corporal são a entrevista semiestruturada (dados sociais, culturais e biográficos), questionários e métodos perceptivos, através de imagens e formas quantificáveis de avaliar a percepção individual do próprio corpo, que no presente estudo é referente à avaliação da percepção das mães do corpo dos seus filhos, existindo uma imagem real, imagem ideal e imagem afetiva (Maia, et al., 2004, citado em Feldman et al, 2001).

2.2 - Percepção parental do estado nutricional dos filhos

A percepção materna da imagem corporal dos filhos é influenciada por fatores físicos, psicológicos, ambientais, comportamentais e a compreensão destes fatores está relacionada ao conceito de imagem corporal das mães e depende em grande parte da subjetividade da mesma (Graup et al., 2008, citado em Viana, 2009). As expectativas criadas dos filhos, aliadas às realizações pessoais e à busca incessante da idealização do filho perfeito, são as principais causas da alteração da percepção materna da imagem corporal (Andrade e Bosi, 2003). Esta percepção quando é inadequada pode provocar distúrbios psicológicos e sociais graves às crianças e suas famílias (Fontes, 2006, citado em Viana, 2009) e, nesses casos, o desafio de promover um ambiente familiar saudável é crucial (Lazzeri et al., 2004, citado em Viana V. (2009)). Nos dias que correm torna-se, portanto, imperativo compreender a percepção materna relativamente à imagem corporal dos seus filhos e as consequências dessa percepção no desenvolvimento das crianças e na própria gestão das refeições, constituindo esta problemática um problema contemporâneo (Tavares, 2003, citado em Viana, 2009).

A percepção materna do estado nutricional do filho pode ter uma forte influência na alimentação da criança, podendo repercutir-se no seu peso e potenciar alterações nutricionais como o excesso de peso e mesmo a obesidade, que em seguida irá ser abordada.

A família, em especial os pais, são os principais agentes socializantes e apresentam um papel fundamental no desenvolvimento dos seus filhos, pois, segundo Relvas & Alarcão (2002), a família é uma das mais importantes instituições da sociedade, representando um grupo social primário que influencia e é influenciado por outras pessoas e instituições. O papel da família e a sua importância assume proporções diferentes na infância e, no que respeita à alimentação, quanto mais pequena é a criança, maior é o controlo alimentar que os pais exercem sobre os filhos. Mais tarde, as opções e preferências alimentares espontâneas, que surgem à medida que vão crescendo, são muito ditadas pela experiência e atitudes anteriormente vivenciadas pela família (Rego et al., 2007).

Ao ser abordada a obesidade infantil perante as mães, verifica-se que estas, no geral, se mostram preocupadas com o problema e concordam com a adoção de hábitos alimentares saudáveis, no entanto, quando o assunto é dirigido para os filhos, é frequente referirem que as crianças estão em pleno desenvolvimento e que, por isso, não devem ser alvo de restrições alimentares (Abreu, 2009, citado em Viana V. (2011)).

Desta forma, a percepção das mães relativamente ao estado nutricional dos seus filhos é frequentemente distorcida (Worden, 1997, citado em Viana, 2011).

A tendência de desvalorizar o excesso de peso e obesidade nos filhos, foi descrita num estudo realizado em 111 crianças de etnia afro-americana com idades compreendidas entre os 5 e 10 anos, no qual se verificou que 54% dos pais apresentaram uma percepção inadequada em relação ao peso dos filhos (Young-Hyman, et al. 2000). Noutro estudo realizado por Jackson et al. (1990), citado por Abrantes et al. (2002), a crianças com idades compreendidas entre os 3 e 6 anos, verificou-se que 55,3% das mães com filhos com excesso de peso não reconheceram que os seus filhos apresentavam excesso de peso. Entre as causas possíveis para explicar a não percepção do excesso de peso das crianças por parte das mães, está provavelmente a crença/mito popular que refere que a criança “gordinha” é mais saudável (Baughcum et al., 2000). O mesmo autor refere que uma outra causa diz respeito ao facto de que muitas mães acreditam que com o crescimento, o peso dos seus filhos tende a distribuir-se uniformemente. Também num estudo realizado por Lazzeri et al. (2004), citado em Viana (2011) se verificou discordância entre a percepção das mães da imagem corporal e o estado nutricional do seu filho. Esta foi avaliada segundo os critérios de Madrigal-Fritsch et al. (1999) definidos em quatro categorias, baixo peso, peso normal, excesso de peso e obesidade. Num outro estudo, realizado por Francischi et al. (2005), foi demonstrado que 98,4% das mães consideram a obesidade como uma patologia, contudo apresentam uma visão distorcida do estado nutricional dos seus filhos obesos. Uma outra conclusão desse mesmo estudo foi que 37,5% das crianças tinham excesso de peso e 26,6% apresentavam um peso normal. Já em 2010 Eckstein et al (2006), citado em Feldman et al, (2001), estudaram a percepção dos pais em relação ao peso e à saúde dos filhos com idades compreendidas entre os dois e os 17 anos. Os pais deveriam assinalar o esboço do tipo corporal que mais se aproximava do seu filho. Os autores observaram que mais de 70% assinalaram esboços mais magros do que o correspondente à imagem real. Noutro estudo, He & Evans (2007), verificaram que 63% dos pais de escolares canadenses com excesso de peso percebiam o peso dos seus filhos como adequado para a idade e, curiosamente, 22% dos pais de crianças eutróficas percebiam-nas com peso abaixo do normal. Na Austrália, Campbell et al (2006) avaliaram 324 pais de crianças pré-escolares e encontraram uma prevalência de excesso de peso de 19%. Apesar disso, somente 5% das mães referiram que os seus filhos estavam acima do peso, enquanto 70% das mães acreditavam que os filhos com excesso de peso tinham peso semelhante ao das crianças eutróficas. No Reino Unido,

Carnell et al (2005), analisaram mães e crianças de três a cinco anos e verificaram que somente 1,9% dos pais cujas crianças tinham excesso de peso e 17,1% dos pais de crianças obesas acreditavam que seus filhos estavam acima do peso. Apesar de poucos pais perceberem o excesso de peso, 66,2% expressaram a preocupação de que o excesso de peso na infância pudesse vir a tornar-se obesidade na vida adulta.

Também em 2009, outro estudo (Pires, Nascimento, Silva, 2009), veio de encontro a estes resultados, ou seja, mostrou que existe a tendência em subestimar o peso dos filhos com excesso de peso e obesidade, pois 81,1% das crianças foram percebidas pelos pais como tendo um peso normal, mas na realidade, apenas 64,1% o eram, e 7,5% das crianças foram consideradas com excesso de peso pelos pais, quando na realidade existiam 16,7%. Ainda neste estudo, os pais não perceberam crianças obesas, mas, na realidade, 17,9% das mesmas apresentavam obesidade.

O estudo de Aparício, Cunha, Duarte & Pereira (2011), revelava que os pais tinham uma percepção distorcida da imagem corporal dos filhos, assinalando uma tendência para subestimar o verdadeiro estado nutricional das crianças. Os mesmos autores referiram ainda que ajudar os pais a reconhecerem o estado nutricional dos seus filhos e consciencializá-los de que o excesso de peso e a obesidade são problemas de saúde, pode ser o primeiro passo na promoção de um estilo de vida mais saudável entre as crianças em idade pré-escolar. Um estudo mais recente (Aparício, 2012), integrado numa investigação para obtenção do grau de doutor, verificou-se que das 56,3% crianças percebidas como tendo peso normal, 24,7% tinham de facto obesidade, 56,1% pré-obesidade e 25% baixo-peso. Das 23,2% assinaladas com pré-obesidade, 68,0% tinham obesidade.

Segundo vários autores, uma das causas para explicar a percepção inadequada/distorcida dos pais relativamente ao peso dos seus filhos é a crença cultural enraizada na educação dos próprios pais, de que a criança “gordinha” é mais saudável e aquela que supostamente recebe dos pais melhores cuidados. Assim sendo, mesmo que os filhos apresentem excesso de peso ou obesidade, “aos olhos” dos pais têm um peso normal e de forma alguma são “gordos”. Trata-se portanto de um padrão sócio cultural estereotipado da criança “gorda” como bela e saudável em relação às outras crianças.

3 – Comportamento alimentar na infância

“Uma criança recusa comer qualquer coisa para além das sanduíches de manteiga de amendoim ou de geleia. Outra parece viver de bananas. As refeições parecem-se mais com aulas de arte, na medida que as crianças fazem bonecos de neve a partir do puré de batata ou lagos a partir do molho de maçã, e a comida permanece no prato. Apesar de uma diminuição do apetite no período pré-escolar ser normal, muitos pais cometem o erro de insistir com as crianças para estas comerem mais do que querem, começando uma luta de vontades”

Feldman [et al.], 2001 – O Mundo da Criança, p. 283.

O comportamento alimentar é um dos aspetos do estilo de vida que tem, tal como indicam as evidências, uma grande influência na saúde e no desenvolvimento do excesso de peso (Viana, 2002). As famílias têm um grande impacto na saúde das crianças, constituem o seu primeiro ambiente de aprendizagem e possuem o potencial necessário para desenvolver estilos de vida saudáveis. Os pais constituem modelos e moldam de diferentes formas o comportamento alimentar das suas crianças e conseqüentemente o seu peso, pois é no espaço familiar que as necessidades básicas são satisfeitas, ensinadas e aprendidas, particularmente no que diz respeito à alimentação e padrões de consumo (Aparício, 2010).

Considerando a problemática da obesidade e o seu incremento na atualidade, quer na população em geral, quer na idade pediátrica, a análise do comportamento alimentar e do estilo alimentar revela-se uma mais-valia importante para a abordagem comportamental e psicológica dessa doença (Viana & Sinde, 2008).

A capacidade da criança para gerir a ingestão alimentar, depende daquilo que aprendeu no meio interno e das exposições nutricionais do ambiente exterior, desde a completa dependência, até à sua autonomia. A seleção e a ingestão de alimentos preferidos são aprendidas e desenvolvem-se desde os primeiros dias, sendo influenciadas pela maturação e aspetos constitucionais, pelos agentes de socialização, fatores afetivos e de interação mãe/família/criança (Viana & Sinde, 2008).

Uma alimentação equilibrada envolve a ingestão de uma variedade e proporcionalidade de alimentos, o que implica o contacto e habituação a novos alimentos e sabores. Tudo isto começa em casa, num dos processos primários de aprendizagem, que tem um papel fundamental na formação dos padrões de aceitação ou recusa de certos alimentos, pois um dos principais focos de interacção entre pais e filhos nos primeiros anos de vida da criança é, no geral, o momento da refeição, iniciando-se este processo com a amamentação (Ramos & Stein, 2000), pois é aí que se inicia o desenvolvimento do paladar.

A aprendizagem do estilo alimentar depende da oportunidade da criança para se relacionar com os alimentos de acordo com indícios internos associados à fome e à saciedade. É de esperar que entre as crianças e as mães exista alguma similaridade de estilos alimentares uma vez que são, em geral, as mães quem mais intervêm e modela as experiências alimentares dos filhos (Johannsen, Johannsen, Specker, 2006).

A influência da mãe parece ser mais marcante no caso da rapariga do que no rapaz, provavelmente devido às diferenças, na sociedade ocidental, quanto à importância atribuída ao corpo feminino versus masculino (Cutting, Fisher, Grimm-Thomas, Birch, 1999, citado em He & Evans, 2007).

Numa pesquisa bibliográfica sobre o modo como os cuidados alimentares dos pais influenciam o peso dos filhos, Clark & col.(2007), analisaram os resultados de 26 artigos publicados de 1991 até 2006, sintetizando que a pressão para comer efectuada pelas mães estava relacionada com a ingestão de gorduras e com o ganho de peso posterior dos filhos; no sentido inverso, quando a criança tinha peso em excesso a pressão da mãe tendia a ser menor, contudo a restrição imposta pela mãe associava-se ao aumento de peso dos filhos; o controlo discreto estava associado a menor estatuto de peso nos casos em que não havia risco genético de obesidade, o que sugeria que esta atitude promovia a regulação da ingestão pela criança. Estes autores concluíam sobre a forte evidência das repercussões das atitudes dos pais no peso e ingestão dos filhos, apesar de alguns dos estudos apresentarem resultados inconsistentes. Os autores realçaram ainda a relação causal entre a restrição imposta pelos pais, o aspecto mais frequentemente investigado nesta amostra de artigos, a ingestão e o aumento de peso (Clark & col.2007).

Numa revisão recente sobre a relação entre apetite e obesidade infantil, os autores (Carnell & Wardle, 2008) utilizando o CEBQ, descrevem como a “resposta à saciedade” aumenta conforme aumenta a pressão para comer exercida pelos pais,

mas também a “resposta à comida” aumenta de acordo com o aumento da restrição exercida pelos pais.

A criança deve ser estimulada a aprender a controlar a duração e a frequência das refeições ao longo do dia. Diversos autores estão de acordo em que a melhor atitude dos pais será fornecer comida variada e saudável e permitir que a criança escolha as quantidades e seleccione o que vai comer tendo em conta indícios internos de fome e saciedade. No entanto, alguma atenção dos pais enquanto modeladores das escolhas dos filhos parece ter consequências positivas.

Não estão ainda definitivamente esclarecidas as consequências comportamentais da restrição nem tão pouco a relação entre restrição e obesidade (Wardle, 2007, citado em He & Evans, 2007), uma vez que a esmagadora maioria dos estudos não são longitudinais, pelo que não permitem responder de modo inequívoco às questões sobre as relações causais entre restrição, sobre-ingestão e obesidade.

Também no que diz respeito às atitudes alimentares dos pais face aos seus filhos, não é completamente claro se as suas atitudes restritivas aumentam o risco de obesidade destes ou se são, pelo contrário, a sua consequência. Blissett e Haycraft (2008) referem que provavelmente o estilo parental só se repercutirá no estatuto de peso quando os filhos adquirem maior autonomia relativamente às opções de consumo e não quando são ainda dependentes das escolhas e selecção paternas.

A propósito de conclusões contraditórias entre os resultados de alguns estudos sobre a influência do controlo dos pais sobre a alimentação dos filhos, Snoek & col.(2007), citado em He & Evans, 2007 descrevem que os instrumentos utilizam, geralmente, critérios não uniformes quanto aos conceitos como estilo alimentar, controlo, etc., resultando daí que sejam avaliados processos diferentes. Estes investigadores propõem que em investigações futuras sobre o controlo dos pais e comportamentos alimentares, se utilizem instrumentos que discriminem claramente os diferentes tipos de controlo parental.

Numa investigação sobre as diferenças entre o controlo parental em famílias com crianças obesas versus não obesas com média de idade de cerca de 10 anos, utilizando metodologia de inquérito e, paralelamente, observação durante as refeições, os autores descreveram resultados opostos obtidos segundo os dois métodos (Moens, Braet, Soetens, citado em He & Evans, 2007). Estes verificaram que, embora os pais das crianças obesas descrevam exercer mais controlo alimentar do que os pais de crianças não obesas, neste caso “controlo” foi definido como restrição e pressão para comer respetivamente, a observação revelou que estes exerciam mais frequentemente modos mal adaptados de controlo classificados como permissividade. As

inconsistências entre os resultados obtidos por inquérito e os resultados obtidos pela observação, foram atribuídas a problemas de percepção do próprio comportamento e do comportamento dos filhos, consequência da interferência de factores como a desejabilidade social no caso do inquérito, e o efeito da presença do observador no caso da observação.

No domínio do comportamento alimentar das crianças, dada a ainda pouca clareza das causas e dos efeitos da restrição alimentar no excesso de peso, este será, provavelmente, um dos temas mais férteis e mais importantes a investigar no futuro (Faith et al, 2004)

Contudo, torna-se claro que as características do estilo alimentar das crianças e jovens, assim como o tipo de atitudes de controlo dos pais, devem ser tomadas em conta na definição de estratégias de prevenção e de intervenção no ambiente alimentar, sobretudo para prevenção do excesso de peso e da obesidade.

PARTE 2: Estudo Empírico

4 – Metodologia

A metodologia é a estratégia que permite delinear as diferentes opções para o estudo que se está a planear, não sendo os dados obtidos na pesquisa indiferentes à sua forma de obtenção. Deste modo, é essencial em qualquer estudo, assegurar a validade e credibilidade científica nos resultados que se pretendem obter, pelo que, para o garantir, é necessário apresentar previamente os procedimentos que se pretendem vir a desenvolver durante as várias etapas, para se alcançar os objetivos. Na apresentação dos resultados, optou-se por incluir os resultados da amostra total, salientando no entanto, aspetos já previamente divulgados nos estudos anteriores.

4.1 – Métodos

A obesidade, definida como um excesso de gordura corporal, é classificada atualmente pela OMS (2005) como uma patologia crónica, não transmissível, major e de base nutricional, que adquiriu nos últimos tempos o estatuto da patologia nutricional mais comum no mundo (Oliveira et al., 2006) tanto nos países desenvolvidos como nos países em vias de desenvolvimento. É considerada a epidemia do séc. XXI, devido ao seu crescimento alarmante e verdadeiramente preocupante constituindo um grave problema de saúde pública (OMS, 2005).

A obesidade na infância e na adolescência é igualmente assustadora e os números da prevalência atingem valores de tal forma elevados que a obesidade infanto-juvenil assume não só um carácter epidémico, como também um carácter verdadeiramente pandémico (Rito, 2006).

As alterações do comportamento alimentar, os hábitos de vida sedentários, a obesidade dos progenitores e o seu grau de instrução têm sido apontados como as principais causas (IOTF, 2003). Também a perceção materna da imagem corporal da criança tem sido entendida como podendo influenciar o desenvolvimento da obesidade infantil, pela sua estreita ligação com os comportamentos e práticas alimentares. A perceção materna da imagem corporal dos filhos é influenciada por fatores físicos, psicológicos, ambientais, comportamentais e a compreensão destes fatores está relacionada ao conceito de imagem corporal das mães e depende em grande parte da

subjetividade da mesma (Graup et al., 2008). As expectativas criadas dos filhos, aliadas às realizações pessoais e à busca incessante da idealização do filho perfeito, são as principais causas da alteração da percepção materna da imagem corporal dos filhos (Andrade e Bosi, 2003).

Portugal ocupa o 2º lugar no “*ranking*” europeu, onde 31,5% das crianças dos 7 aos 9 anos têm excesso de peso e das quais 11,3% são obesas, com a Itália a apresentar o valor mais elevado (36%) (Padez, 2004).

Existem já alguns estudos realizados nesta área, no entanto poucos comparam a evolução da percepção parental da imagem corporal das crianças, assim como a relação entre o comportamento alimentar das crianças e a percepção parental do seu estado nutricional. Por isso, decidimos realizar uma comparação da evolução da percepção parental da imagem corporal dos filhos em 2 estudos. Estudo A, realizado entre 2009 e 2012 (Graça Aparício, 2012) e o estudo B, realizado entre 2012 e 2013 (Graça Aparício, Madalena Cunha, João Duarte; Anabela Pereira, Jorge Bonito, Carlos Albuquerque), relacionando este último com o comportamento alimentar das crianças. O estudo realizado em 2012, resulta de uma investigação para obtenção do grau de doutor, denominado: **Obesidade Infantil: “Práticas Alimentares e Percepção Materna de Competências”**, enquanto o estudo de 2013, denominado **“Nutritional status in preschool children: current trends of the body perception and mother’s concern”**, foi elaborado no âmbito de um projeto mais alargado, realizado por uma equipa de investigadores denominado “ Monitorização de Indicadores de Saúde Infanto-Juvenis: Impato na Educação para a Saúde” (MISIJ), acolhido na Escola Superior de Saúde de Viseu e financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia – FCT, que seguiu um desenho idêntico do estudo anterior.

Apesar de os estudos terem apenas 1 ano de diferença no seu terminus, devemos referir que o trabalho de recolha de dados do estudo publicado em 2012, foi realizado em 2009, enquanto a recolha de dados do estudo publicado em 2013, foi realizado em 2012, tendo por isso 3 anos de diferença a evolução da percepção parental da imagem corporal da criança a estudar neste trabalho.

A atual investigação inclui a análise de alguns dados obtidos, pela aplicação dos instrumentos dos respetivos protocolos de pesquisa, em ambos os estudos.

Questões de Investigação

Para desenvolvimento deste tudo, foram formuladas as seguintes questões de investigação:

- Qual a evolução da percepção parental da imagem corporal da criança no estudo A e no estudo B?
- Qual a diferença entre a percepção parental da imagem corporal da criança e o seu estado nutricional, no estudo A e no estudo B?
- Qual a relação entre o comportamento alimentar da criança e a percepção parental da imagem corporal da criança no estudo B?

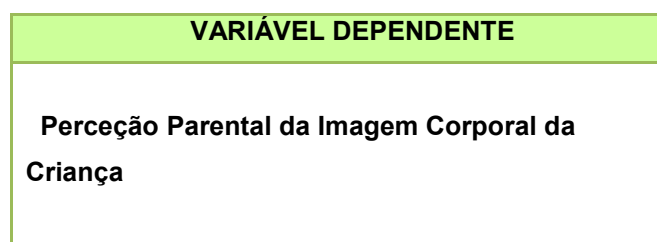
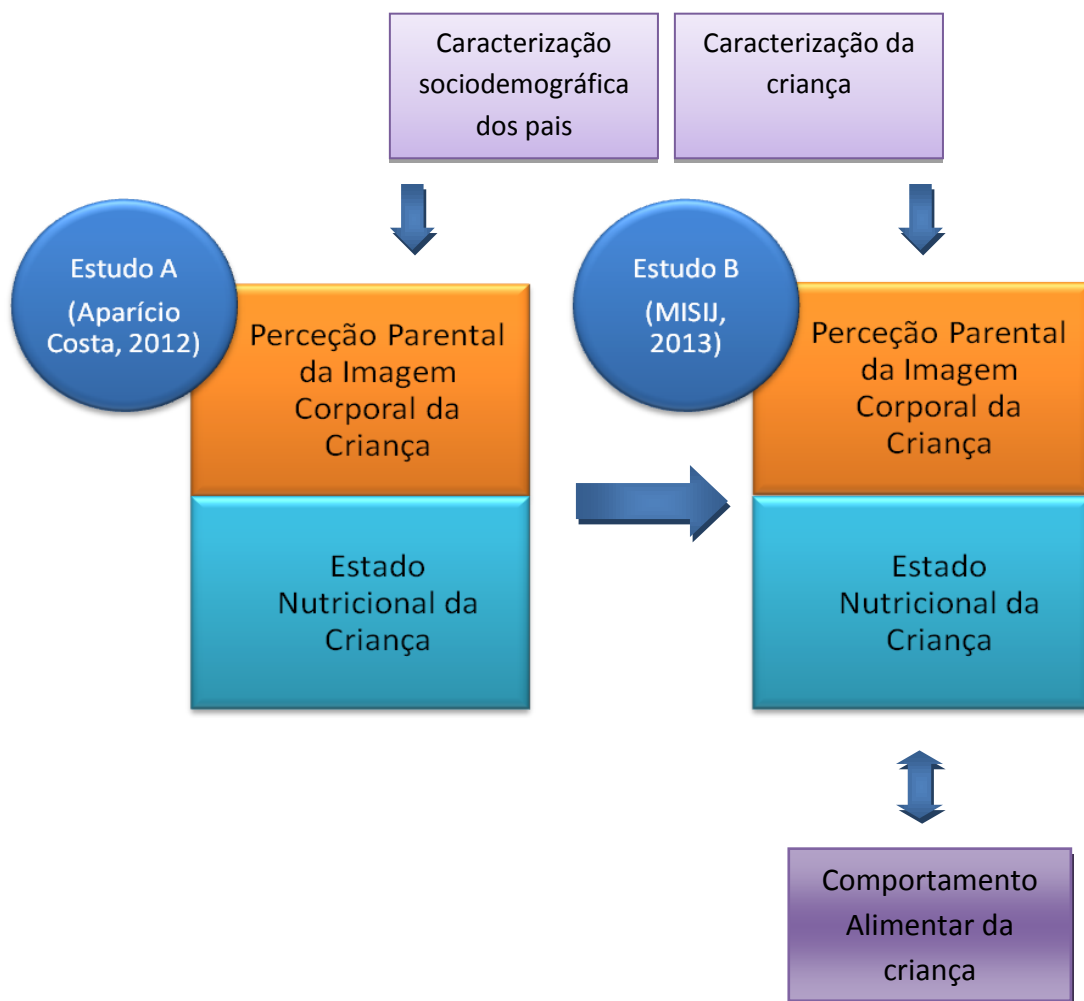
Objetivos

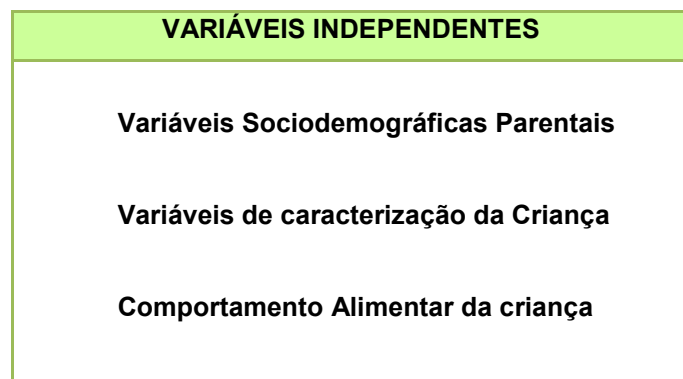
Para dar resposta às questões formuladas, foram delineados os seguintes objetivos:

- Descrever a evolução da percepção parental da imagem corporal da criança, no estudo estudo A e no estudo B.
- Comparar a diferença da percepção parental da imagem corporal da criança e o seu estado nutricional, entre o estudo A e o estudo B.
- Relacionar o comportamento alimentar com a percepção parental da imagem corporal da criança, nas crianças do estudo B.

Face á problemática em estudo e às relações que se pretendem estabelecer entre as variáveis, foi elaborado o desenho conceptual da investigação, representado esquematicamente na figura 1.

Figura 1 – Desenho Concetual da Investigação





4.2 – Tipo de Estudo

Tendo em conta as questões de investigação formuladas, esta investigação insere-se no **tipo não experimental** dado que identifica relações entre variáveis, sem controlo manipulativo das variáveis independentes, de **análise quantitativa do tipo descritivo com características comparativas**, porque a sua finalidade é descrever e relacionar de forma comparativa a evolução de um fenómeno. Por outro lado, considerando a dimensão tempo em que decorre o estudo, este é **retrospectivo** pois refere-se a dados ocorridos no passado.

4.3 – Participantes

Participam nesta investigação as crianças que integraram o estudo A e o estudo B, num total de 2216 crianças em idade pré-escolar, tendo os autores originais selecionado amostras por conveniência, dado terem sido escolhidas em função da acessibilidade na recolha de dados e de acordo com a disponibilidade dos pais que acederam responder ao questionário fornecido. Desta forma, este estudo é composto por duas amostras não probabilísticas acidentais, uma vez que não foram utilizados os mecanismos aleatórios e não se conheceram a probabilidade de cada elemento ser escolhido.

A amostra do estudo A era composta pelas crianças nascidas nos anos 2004, 2005 e 2006, com idades compreendidas entre os 3 e 6 anos de idade, a frequentar a rede de ensino público pré-primário do concelho de Viseu, no ano letivo 2009-2010 que

perfaziam um total de 792 crianças. A amostra do estudo B foi de igual forma composta por crianças em idade pré-escolar, entre os 3-6 anos, que frequentavam o jardim-de-infância das seguintes áreas geográficas: Lamego, Viseu, Vila Real, Évora e Leiria, no ano letivo de 2011/2012, num total de 1424.

Os critérios de inclusão em ambas as amostras foram idênticos, diferenciando o ano letivo de frequência do jardim-de-infância. Os critérios de inclusão comuns, em ambos os desenhos foram:

- Viver com a família biológica (pai e/ou mãe);
- Possuir autorização do representante legal para participação no estudo;
- Estar presente no Jardim-de-Infância nos dias em que a equipa procedeu à avaliação antropométrica;
- O representante legal ter devolvido o questionário devidamente preenchido.
- As crianças não serem portadoras de doença crónica diagnosticada.

Caracterização da amostra

Analisando a tabela 2 relativamente ao estudo A, verificamos que o agrupamento escolar de Viseu foi o mais representativo com 80.6% das crianças, seguido de 19,4% das crianças inscritas nos jardins-de-infância da região do Dão. A amostra do estudo B ficou constituída por 1424 crianças e os seus pais, residentes maioritariamente na região de Viseu (40,9%), seguidas da região de Lamego (24,6%), depois a região de Vila Real (18,3%), a região de Évora (12,7%) e uma pequena percentagem (3,5%) da região de Leiria (cf. Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização da amostra por instituição no estudo A e no estudo B

Instituição	Estudo A		Instituição	Estudo B	
	n	%		n	%
Viseu	638	80.6	Lamego	350	24.6
Dão	154	19.4	Viseu	582	40.9
			Vila Real	261	18.3
			Évora	181	12.7
			Leiria	50	3.5
Total	792	100.0	Total	1424	100.0

Quem respondeu ao questionário

Apesar de os sujeitos alvo dos estudos serem as crianças, dada a sua idade, o questionário destinava-se a ser preenchido pelos Pais. Face aos resultados, e no global, foram as mães em ambos os estudos que maioritariamente respondeu (estudo A= 63.1%; estudo B= 89.9%) e numa pequena percentagem o pai (Estudo A= 5.1%; Estudo B= 10,1%). Entre os dois estudos existe uma diferença estatística significativa entre o respondente ao questionário, (Qui-Quadrado= 514,155; $p= 0,000$) que segundo os residuais ajustados se situam no estudo B (cf. Tabela 3)

Tabela 3 – Distribuição dos respondentes ao questionário, no estudo A e no estudo B

Quem Respondeu ao Questionário	Estudo A			Estudo B			Total		X ²	P
	n	%	Resíduos Ajustados	n	%	Resíduos Ajustados	n	%		
Pai	40	5.1	-4.1	144	10.1	4.1	184	8.3	514.155	0.000
Mãe	500	63.1	-15.2	1280	89.9	15.2	1780	80.3		
Outro	252	31.8	22.6	0	0.0	-22.6	252	11.4		
Total	792	35.7		1424	64.3		2216	100.0		

Caracterização sociodemográfica da criança

A idade pré-escolar é uma fase favorável do ponto de vista biológico e de aprendizagem de comportamentos saudáveis, nomeadamente, de comportamento alimentar, pois nesta faixa etária, as crianças adquirem o senso de iniciativa, o desenvolvimento do superego e o surgimento da consciência, tornando-se por isso, imperativo estudar a variável *Idade*.

De uma forma global, a média de idades deste estudo foi de 4.51 anos (Dp= 0.970) com um coeficiente de variação de 21.50%, mostrando uma dispersão média, oscilando entre o mínimo de 3 e máximo de 6 anos. Esta amostra apresenta ainda uma simetria (-0.042) numa curva mesocúrtica (-0.975).

Numa análise mais detalhada, podemos verificar que no estudo A a média de idades foi de 4.39 anos (DP= 0.911), variando entre o mínimo de 3 e o máximo de 6 anos,

com um coeficiente de variação de 20.75%, havendo assim uma dispersão média. Este estudo é simétrico (0.087) com uma curva mesocúrtica (-1.037). No estudo B, a idade variou entre o mínimo de 3 e o máximo de 6 anos, com uma média de 4.58 anos (Dp= 0.995) numa dispersão moderada em torno do valor médio (21.72%) e uma simetria (-0.102). (cf. Tabela 4)

Tabela 4 - Estatísticas da idade das crianças no estudo A e no estudo B

Idade	n	%	Min	Max	Media	DP	CV (%)	SK/erro	K/erro
Estudo A	792	100.0	3	6	4.39	0.911	20.75	0.087	0.174
Estudo B	1424	100.0	3	6	4.58	0.995	21.72	-0.102	-1.037
Total	2216	100.0	3	6	4.51	0.970	21.50	-0.042	-0.975

Analisando a tabela 5, podemos verificar que globalmente são as crianças com 5 anos que maioritariamente participaram naqueles estudos (35.6% do estudo A e 33.6% do estudo B) num total de 34.3% da amostra. Seguem-se as crianças com 4 anos em 31.2% da amostra total, as de 3 anos 17.4% e as crianças com 6 anos que representam 17.1% da amostra total. As diferenças das idades entre os dois estudos são estatisticamente significativas ($X^2=32.921$; $p= 0.000$) e os resíduos ajustados localizam as diferenças nas crianças com 4 anos do estudo A e nas crianças com 6 anos do estudo B.

Tabela 5 – Distribuição das crianças em função da idade no estudo A e no estudo B

Idade	Estudo A			Estudo B			Total		X ²	P
	n	%	Resíduos Ajustados	n	%	Resíduos Ajustados	n	%		
3	146	18.4	1.0	239	16.8	-1.0	385	17.4	32.921	0.000
4	276	34.8	2.8	415	29.1	-2.8	691	31.2		
5	282	35.6	1.0	478	33.6	-1.0	760	34.3		
6	88	11.1	-5.6	292	20.5	5.6	380	17.1		
Total	792	35.7		1424	64.3		2216	100.0		

Relativamente ao sexo, no global, 50.9% das crianças pertenciam ao sexo masculino, e entre os estudos A e B a distribuição entre meninos e meninas era semelhante, pois

51,6% pertenciam ao sexo feminino no estudo A e enquanto 52,4% pertenciam ao sexo masculino no estudo B. Entre os estudos a relação não é estatisticamente significativa ($X^2= 3.306$; $p= 0.069$) (cf tabela 6)

Tabela 6 - Estatísticas da idade em função do sexo das crianças no estudo A e no estudo B

Sexo	Estudo A			Estudo B			Total		X ²	P
	n	%	Resíduos Ajustados	n	%	Resíduos Ajustados	n	%		
Masculino	383	48.4	-1.8	746	52.4	1.8	1129	50.9	3.306	0.069
Feminino	409	51.6	1.8	678	47.6	-1.8	1087	49.1		
Total	792	35.7		1424	64.3		2216	100.0		

Caracterização sociodemográfica parental

A análise das características sociodemográficas dos pais permite conhecer o contexto e circunstâncias que rodeiam a criança.

Idade dos pais

Na globalidade da amostra podemos observar que os pais apresentam uma média de idades superior em relação às mães (média pai= 36.49; DP= 5.52; média mãe= 34.33; DP= 5.139). O coeficiente de variação apresenta uma dispersão fraca em ambos os estudos (15.12% – estudo A e 14.98% - estudo B). Os valores de SK/erro e K/ erro indicam uma distribuição simétrica em curva mesocurtica. (Cf tabela 7)

Fazendo uma análise detalhada, no estudo A, a média de idade da mãe era de 34,15 anos (Dp= de 5,016), oscilando entre o mínimo de 19 e máximo de 50 anos. No que dizia respeito ao pai, este apresentava uma média de idade de 36,11 anos (Dp= 5,346), variando entre 23 e 60 anos. Relativamente ao estudo B, a idade do pai, variou entre o mínimo de 21 anos e o máximo de 62 anos, com uma média de idades de 36.87 anos (Dp= 5.694), numa dispersão moderada em torno do valor médio, a idade da mãe variou entre os 19 e os 51 anos, com uma média de idades de 34.50 anos (Dp= 5.263), também com uma dispersão moderada em torno do valor médio. (cf tabela 7)

Tabela 7 – Estatísticas da idade dos pais no estudo A e no estudo B

		n	%	Min	Max	Media	DP	CV (%)	SK/erro	K/erro
Idade do pai	Estudo A	792	100.0	23	60	36.11	5.346	14.80	0.605	1.085
	Estudo B	1366	95.9	21	62	36.87	5.694	15.44	0.453	0.708
	Total	2158	97.4	22	61	36.49	5.52	15.12	0.529	0.897
Idade da mãe	Estudo A	792	100.0	19	50	34.15	5.016	14.69	-0.006	0.215
	Estudo B	1366	95.9	19	51	34.50	5.263	15.26	-0.024	-0.103
	Total	2158	97.4	19	50.5	34.33	5.139	14.98	-0.015	0.056

4.4 – Instrumentos de Avaliação

Os instrumentos de recolha de informação foram os utilizados pelos autores originais do estudo A e estudo B, especificamente:

- Questionário de caracterização sociodemográfica das crianças e dos progenitores (Versão adaptada por Aparício Costa (2012) do questionário de frequência Alimentar de Hábitos Saudáveis (QFA) de Rito (2007);
- O questionário de avaliação da perceção parental da imagem corporal da criança (*Body Silhouette Chart*, Collins, 1991)
- O questionário de caracterização do comportamento alimentar infantil (CEBQ), de Wardle & col. (2001), traduzido e validado para a população portuguesa por Viana & Sinde (2008) e posteriormente por Cardoso e Aparício (2013)

Instrumento de caracterização dos pais e dos filhos

Tal como referido, o instrumento de caracterização das crianças e dos seus progenitores permitiu recolher dados de caracterização sociodemográfica das crianças e dos pais, e do seu registo de peso e estatura.

Avaliação do estado nutricional

A classificação do estado nutricional da criança foi determinante em ambos os estudos, assim como o rigor e definição dos pontos de corte utilizados, que foram imprescindíveis para a obtenção de resultados válidos, possíveis de comparar com outros trabalhos neste âmbito. Assim, na avaliação antropométrica e em ambas as investigações, foram seguidos procedimentos definidos num Manual elaborado para o efeito por Aparício Costa (2009) e a classificação do estado nutricional foi efetuada pela obtenção do Índice de Massa Corporal (IMC), considerando os pontos de corte do NCHS do CDC (2000) (cf tabela 8).

Tabela 8 – Operacionalização das variáveis antropométricas da criança

Variáveis	Operacionalização										
IMC aos 3-6 anos	Avaliado pela razão entre o peso (kg) e altura (m ²) (Índice de Quetelet)										
Classificação do Estado Nutricional da Criança	Segundo o percentil para a idade e sexo, utilizando os pontos de corte do percentil de IMC do National Center for Health and Statistics (NCHS), do CDC Growth Charts (2000) ¹ e que são os seguintes:										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Classificação</th> <th>Percentil de IMC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Baixo-peso</td> <td>≤5</td> </tr> <tr> <td>Normal</td> <td>>5 <85</td> </tr> <tr> <td>Pré-obesidade</td> <td>≥85 <95</td> </tr> <tr> <td>Obesidade</td> <td>≥95</td> </tr> </tbody> </table>	Classificação	Percentil de IMC	Baixo-peso	≤5	Normal	>5 <85	Pré-obesidade	≥85 <95	Obesidade	≥95
	Classificação	Percentil de IMC									
	Baixo-peso	≤5									
	Normal	>5 <85									
Pré-obesidade	≥85 <95										
Obesidade	≥95										

¹Esta decisão teve por base as recomendações da Circular Normativa nº05/2006 – Atualização das curvas de crescimento da DGS, (2006) (Aparício Costa, 2012)

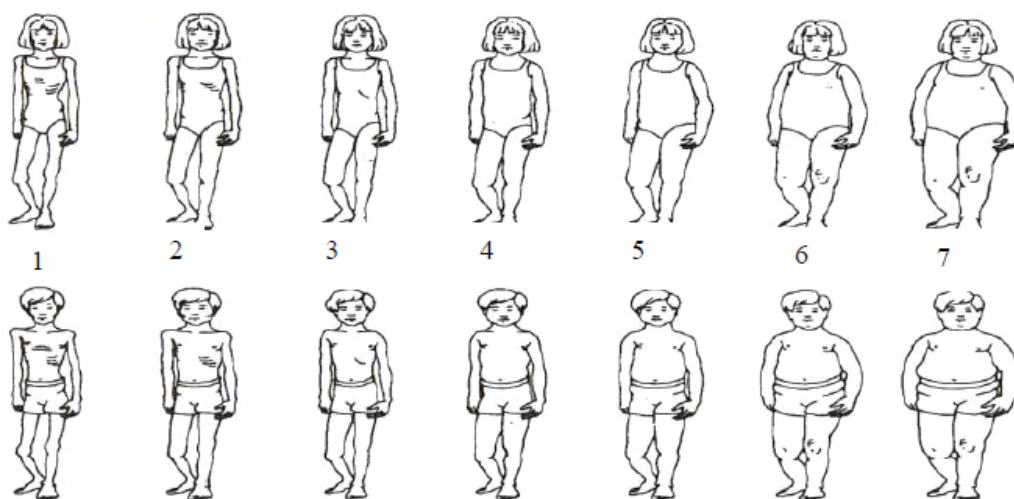
Questionário de avaliação da percepção parental da imagem corporal da criança (*Body Silhouette Chart*, Collins, 1991)

O esquema de silhuetas, “*Body Silhouette Chart*”, de Collins, (1991) é uma escala que tal como referido pelos autores dos estudos A e B, tem sido frequentemente utilizada para avaliar distorções da imagem corporal em adultos e crianças com o principal objetivo de quantificar a diferença entre um ideal subjetivo e a percepção atual da imagem corporal, apresentando uma excelente reprodutibilidade. Foi igualmente usada para auto-avaliação em pré-adolescentes com doenças do comportamento alimentar, medindo o seu grau de insatisfação com a imagem corporal, (discrepância

entre a percepção da auto-imagem e a imagem real - *Feel Minus Ideal Discrepancy* (FID) (Mciza et al., 2005). Posteriormente a escala foi adaptada para avaliação da percepção materna do estado nutricional dos filhos, (Gualdi-Russo, et al., 2008).

O esquema apresenta sete silhuetas de crianças masculinas e sete femininas, (Figura 2), com numeração de 1 a 7, que corresponde ao *score* de cada figura. Na aplicação, é solicitado aos pais que assinalem a figura que eles consideram que melhor representa a silhueta do seu filho(a).

Figura 2 - Esquema de Silhuetas da Imagem Corporal (Collins, 1991)



Fonte: “*Body Silhoutte Chart*”, COLLINS (1991), citado por Aparício Costa, 2012

Este esquema de silhuetas, permitiu ainda aos autores comparar a percepção dos pais com o estado nutricional da criança (obtido pelo percentil de IMC). As silhuetas 1 e 2 representam baixo-peso; 3 peso normal; 4 e 5 pré-obesidade; 6 e 7 obesidade, (Aparício Costa, 2009).

Questionário do Comportamento Alimentar Infantil (CEBQ), de Wardle e col. 2001)

O questionário do Comportamento Alimentar da Criança utilizado, foi o *Child Eating Behaviour Questionnaire* (CEBQ), instrumento construído e validado por Wardle & Col

(2001) e que foi posteriormente validado para a população portuguesa por Viana & Sinde (2008) e utilizado no âmbito do estudo B. (Cardoso e Aparício, 2013).

Este instrumento avalia o comportamento alimentar ou estilo alimentar de crianças e jovens, através das respostas obtidas pelos pais das crianças ou adultos por eles responsáveis. Foi criado como referencial teórico do conhecimento sobre as causas alimentares da obesidade, privilegiando os determinantes comportamentais. (Viana & Sinde, 2008).

Este é constituído por 35 itens cujo objetivo é avaliar oito dimensões do comportamento alimentar que poderão ser posteriormente associadas ao estado nutricional da criança. Estas dimensões são: **Resposta á saciedade, Ingestão lenta, Selectividade, Resposta á comida, Prazer em comer, Desejo de beber, Sobre-Ingestão emocional e Sub-Ingestão emocional**. (cf tabela 9).

Segundo o autor as diversas dimensões integram-se em dois grupos distintos e mesmo opostos: o *Prazer em Comer, a Resposta á Comida, Sobre Ingestão Emocional e Desejo de Bebida*, que no seu conjunto avalia o comportamento de “atração pela comida”, enquanto a *Resposta á Saciedade, Ingestão Lenta, Seletividade e Sub-Ingestão Emocional*, avalia os comportamentos de “evitamento da comida”.

Segundo o autor original a *Resposta á Saciedade* avalia a capacidade da criança de autorregular a sua ingestão e a regulação do apetite, de modo a compensar uma refeição anterior; a *Resposta á Comida* e o *Prazer em Comer*, associam-se a uma maior resposta às pistas externas aos alimentos e com eles relacionados, tais como fatores sociais que influenciam o apetite e a ingestão, estas duas dimensões avaliam o interesse pela comida; o *Desejo de Beber* relaciona-se com o interesse por bebidas açucaradas como refrigerantes e sumos; a *Sobre-Ingestão Emocional* avalia a reatividade emocional á comida, a estimuladores do apetite enquanto a *Ingestão Lenta* se encontra relacionada com a falta de interesse pela comida; a *Seletividade* inclui a falta de apetite e preferência por um grupo limitado de alimentos; e a *Sub-Ingestão Emocional* está relacionada com a inibição do apetite (Viana & Sinde, 2008).

Cada item é avaliado numa escala do tipo Likert de 5 pontos que variam entre 1-nada frequente e 5 – muito frequente. Os itens 3, 4, 10, 16 e 32 são cotados numa escala inversa aos restantes (cf. Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição dos 35 itens pelas 8 dimensões

Dimensões	Itens
Prazer em comer (EF)	1,5,20 e 22
Sobre Ingestão Emocional (EOE)	2,13,15 e 27
Resposta à Saciedade (SR)	3,17,21,26 e 30
Ingestão Lenta (SE)	4,8,18 e 35
Desejo de Beber (DD)	6,29 e 31
Seletividade (FF)	7,10,16,24,32 e 33
Sub-ingestão Emocional (EUE)	9,11,23 e 25
Resposta à Comida (FR)	12,14,19,28 e 34

Tal como referido, o questionário CEBQ foi validado para a população portuguesa por Viana & Sinde (2008). Estes autores procederam à tradução inicial e retroversão com adaptação do texto para um português mais adequado. Os itens correspondentes à subescala *Desejo de Beber* foram os que sofreram maiores alterações, que consistiram em acrescentar à tradução, e entre parênteses, “refrigerantes ou sumos”.

No processo de validação os autores analisaram a homogeneidade de cada subescala tendo os valores do *Alfa de Cronbach* sido considerados *Bons*, dado que variaram entre Alfa = 0.700 (Sub-Ingestão Emocional) e Alfa = 0.890 (Prazer em Comer).

Também no estudo de Cardoso e Aparício (2013) as autoras procederam à validação deste questionário para a amostra em estudo, verificando-se que a sua estrutura sofreu algumas alterações face ao instrumento original (Wardle e col.,2001).

Neste estudo o questionário ficou composto por 27 itens e por seis fatores (Resposta à Comida/Prazer em Comer; Resposta à Saciedade/Ingestão Lenta; Desejo de Beber; Sub-ingestão Emocional; Sobre-ingestão Emocional e Seletividade) (cf tabela 10), revelando o estudo psicométrico que o questionário suporta a hipótese da sua validação segundo os pressupostos teóricos, dado que apresentou um valor de *Alfa de Cronbach* global considerado Bom (0.835) (Cardoso, 2013).

Tabela 10 – Distribuição dos fatores e o seu significado segundo Cardoso (2013)

Fatores	Significado	Pressuposto
1	Resposta à comida/Prazer em Comer	Resposta às pistas externas aos alimentos e com eles relacionados, como fatores sociais que influenciam o apetite e a ingestão, avalia o interesse pela comida
2	Resposta à Saciedade/Ingestão Lenta	Resposta à saciedade avalia a capacidade da criança de autorregular a sua ingestão e a regulação do apetite. Ingestão lenta encontra-se relacionada com a falta de interesse pela comida
3	Desejo de Beber	Interesse por bebidas açucaradas como refrigerantes e sumos
4	Sub-ingestão Emocional	Reatividade emocional à comida, atuando como inibidor do apetite
5	Sobre-ingestão Emocional	Reatividade emocional á comida, atuando como estimulador do apetite
6	Seletividade	Falta de apetite e preferência por um grupo limitado de alimentos

4.5 – Procedimentos

Em todo e qualquer trabalho de investigação, as disposições ético-legais que respeitam os direitos fundamentais das pessoas, têm de ser tidas em atenção. Desta forma, nesta investigação foram obtidas as autorizações para análise e tratamento dos dados, através de solicitações por escrito aos autores dos estudos A e B. (anexo 1 e 2)

Os autores dos estudos, para uma correta avaliação antropométrica, uma uniformidade na obtenção dos parâmetros e de forma a assegurar uma fiabilidade nos resultados, basearam-se, tal como referido, nos princípios orientadores definidos no *Manual de Avaliação Antropométrica*² elaborado para o efeito (Aparício Costa, 2009).

4.6 – Análise de Dados

O tratamento estatístico é o método mais adequado para a interpretação dos resultados obtidos em estudos quantitativos. Com ajuda da estatística descritiva, a informação obtida irá ser resumida de uma forma estruturada, a fim de obter uma imagem geral das variáveis medidas na amostra em estudo, ou seja, “descrever as características da amostra, na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis” (Fortin, 1999, p. 277).

Assim recorreu-se a métodos de análise estatística descritiva e inferencial, onde a descritiva tem como objetivos descrever os dados obtidos, diferenciando-os face ao global, e a inferencial recorre aos testes paramétricos e não paramétricos

Na análise descritiva iremos recorrer à utilização de:

- **Distribuição de frequências:**
 - Absolutas (n);
 - Percentuais (%)

- **Medidas de tendência central (x):**
 - Média;
 - Mediana;
 - Moda

- **Medidas de dispersão:**
 - Desvio padrão (s);
 - Coeficiente de variação (CV)

- **Coeficiente de variação**
 - Este permite comparar a variabilidade entre duas variáveis. Calcula-se achando o quociente entre o desvio padrão e a média, apenas quando o dividendo e o divisor têm o mesmo sinal. A interpretação dos resultados obtidos, foram interpretados segundo Pestana e Gageiro (2005)

Coeficiente de variação	Classificação do grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão fraca
16% - 30%	Dispersão média
> 30%	Dispersão elevada

- **Medidas de Assimetria Skewness (Sk) e de achatamento Kurtosis (K)**

A medida de **Skewness** obtém-se através do quociente entre (SK) e o erro padrão (EP). A interpretação dos resultados obtidos foram interpretados segundo Pestana e Gageiro (2005)

Medida de assimetria skewness (s)k	Classificação da assimetria
< -2	Assimétrica negativa c/ enviesamento á direita
-2 e +2	Simétrica
> +2	Assimétrica positiva c/ enviesamento á esquerda

- Para obter o valor da **Kurtose**, também tem de se achar o quociente entre o K e o EP, pelo que se oscilar entre -2 e +2 a distribuição é mesocúrtica, se inferior a -2 a distribuição é platicúrtica e se for superior a +2 a distribuição é leptocúrtica.

A estatística analítica ou inferencial permite efetuar a prova de hipóteses, recorrendo para tal aos testes paramétricos e não paramétricos e desta forma representar as diferenças entre as hipóteses propostas e os dados e resultados obtidos, (Campana, 2001).

A utilização destes testes, exige que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e que as variáveis populacionais sejam homogéneas, no caso de se comparar duas ou mais amostras (Maroco, 2007 citado em Aparício Costa, 2012).

Para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis, foi usado o **Teste de Kolmogorov-Smirnov**

A estatística não paramétrica, utilizou-se como alternativa aos testes paramétricos quando a aplicação destes não se verificaram. Assim em relação aos **testes paramétricos** serão usados:

- **Correlação de Pearson (r)** para avaliar eventuais relações entre as variáveis;
 - Avalia o grau de associação entre duas variáveis, no entanto não estabelece uma relação de causalidade. É uma medida de associação

linear entre variáveis quantitativas, e o seu valor varia de -1 a 1. O coeficiente igual a +1 significa que as duas variáveis têm uma correlação perfeita positiva. Quando o coeficiente é igual a -1 significa que existe uma relação linear negativa perfeita entre ambas (Pestana e Gageiro, 2005).

- Na análise dos dados obtidos iremos considerar os valores propostos por estes autores:

Correlação de pearson (r)	Associação linear
r < 0,2	Associação linear muito baixa
r entre 0,2 e 0.39	Associação linear baixa
r entre 0,4 e 0.69	Associação linear moderada
r entre 0,7 e 0.89	Associação linear alta
r entre 0,9 e 1	Associação linear muito alta

- **Teste t** a uma amostra para comparação de médias
 - Regressão linear múltipla;
 - Análise da Variância a um fator (ANOVA) ou teste de Krushall-Wallis;

Sempre que não se verifique “a normalidade da variável sob estudo e a homogeneidade de variâncias entre grupos”, (Maroco, 2007 p. 213), serão utilizados os seguintes **testes não paramétricos**:

- **Teste de Independência do Qui-Quadrado** que nos indica qual a célula que apresenta o comportamento diferente da média. Considerando uma probabilidade igual ou inferior a 0,05, os seguintes valores de referência:
 - ≥ 1.96 – Diferença estatística significativa (superior á média)
 - < 1.96 – Diferença estatística não significativa (superior à média);
- Os **testes de hipóteses** baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se for inferior a 0,05. Foram utilizados os seguintes níveis de significância (Pestana & Gageiro, 2005):
 - $p \geq 0,05$ – não significativo

- $p < 0,05$ – significativo
- $p < 0,01$ – bastante significativo
- $p < 0,001$ – altamente significativo

No desenvolvimento do estudo estatístico será utilizado como suporte informático o programa SPSS – *Statistical Package for Social Sciences (Version 21.0 for Windows)*. De forma a facilitar uma melhor organização e compreensão dos resultados, estes serão apresentados em tabelas e quadros, nos quais será omitida a fonte, uma vez que os dados se referem aos resultados do estudo.

5 – Apresentação dos resultados

Neste capítulo irá ser realizada a análise descritiva e comparativa dos dados recolhidos nas duas investigações e, posteriormente, a sua análise inferencial.

5.1 – Análise descritiva

A estatística descritiva pode ser considerada como um conjunto de técnicas analíticas, utilizada para resumir o conjunto de dados recolhidos numa dada investigação, que são organizados, geralmente, através de números apresentados em tabelas e gráficos. Desta forma, a recolha de informação relativa às crianças e aos pais, teve como base o Instrumento de caracterização dos pais e dos filhos de Aparício Costa (2012), o Questionário de avaliação da perceção parental da imagem corporal da criança (*Body Silhuete Chart*, Collins, 1991) e ainda o Questionário do Comportamento Alimentar Infantil (CEBQ), de Wardle & col. 2001).

Características sociodemográficas das crianças

Relativamente ao nº de irmãos, verificamos que no global da amostra, 47.7% das crianças têm apenas um irmão e 37.8% não têm irmãos. Com dois irmãos temos 10.9% da amostra total e apenas 3.6% apresentam três ou mais irmãos. Analisando por estudos, podemos observar que em ambos os estudos a maioria das crianças têm apenas um irmão (49.2% no estudo A e 46.9% no estudo B), e existe uma percentagem significativa de crianças, também em ambos os estudos, que não apresentam qualquer irmão, com valores mais elevados no estudo B (36.6% no estudo A e 38.4% no estudo B). Com dois irmãos, no estudo A, havia 11% das crianças e no estudo B, 10.9% e com três ou mais irmãos, uma pequena percentagem, 3.2% no estudo A e 3.8% no estudo B. Apesar das diferenças entre os estudos, estas não são significativas ($X^2= 1.596$; $p= 0.660$). (cf. Tabela 11)

Tabela11 – Distribuição do número de irmãos, no estudo A e no estudo B

Nº irmãos	Estudo A			Estudo B			Total		X ²	p
	n	%	Resíduos Ajustados	n	%	Resíduos Ajustados	n	%		
Sem irmãos	290	36.6	-0.8	547	38.4	0.8	837	37.8	1.596	0.660
Um irmão	390	49.2	1.1	668	46.9	-1.1	1058	47.7		
Dois irmãos	87	11.0	0.1	155	10.9	-0.1	242	10.9		
Três ou mais irmãos	25	3.2	-0.8	54	3.8	0.8	79	3.6		
Total	792	35.7		1424	64.3		2216	100.0		

Classificação do estado nutricional da Criança

A classificação do estado nutricional das crianças, teve por base, como já foi referido, a avaliação do peso e estatura, determinação do seu IMC para o sexo e idade e a sua classificação, de acordo com os pontos de corte do NCHS do CDC (2000). As estatísticas dos parâmetros antropométricos foram de seguida analisadas (cf. Tabela 12)

Relativamente ao peso, de um modo geral a média foi de 19.78Kg (Dp= 3.938), variando entre um mínimo de 11.5Kg e um máximo de 42.0 Kg. As diferenças entre as médias dos dois estudos são estatisticamente significativas ($X^2= 0.086$; $p= 0.000$). O CV indica uma variação moderada em redor da média, numa distribuição simétrica em curva mesocúrtica ($SK= 0.960$; $K= 1.337$). Por estudos, o estudo A apresentou uma média de peso de 19.75 Kg (Dp= 3.939) e um mínimo de peso de 11.5 Kg e um máximo de 42 Kg. O estudo B teve uma média ligeiramente superior (média= 19.80 Kg; Dp= 3.939), e as crianças apresentaram um mínimo de peso de 12.2 Kg e um máximo de 35.9 Kg (cf. Tabela 12).

Quanto á média estatural, no global da amostra, esta foi de 1.085m (Dp= 0.077), com uma dispersão fraca (CV= 7.09%) variando entre um mínimo de 0.82cm e um máximo de 1.37cm., As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas ($X^2= 0.046$; $p= 0.000$). A distribuição é simétrica em curva mesocúrtica ($SK= 0.113$; $K= -0.414$). Por estudos verificamos que as crianças do estudo A são ligeiramente mais altas (estudo A- 1.087; estudo B- 1.084), apresentando mínimos de 0.82cm no estudo

A e 0.89cm no estudo B e máximos de 1.29cm no estudo A e 1.37cm no estudo B. (cf. Tabela 12)

O IMC na amostra global, revelou valores médios de 16.65 com um desvio padrão de 1.840, com diferenças estatísticas significativas ($X^2= 0.075$; $p= 0.000$). O coeficiente de variação apresentou uma fraca dispersão em todos os grupos, com uma simetria numa curva leptocurtica ($SK= 1.107$; $K= 2.899$). Por estudos, relativamente ao estudo A, a média do IMC foi de 16.55 ($Dp=1.838$) com o mínimo de 11.6 e o máximo de 29.2. O estudo B apresentou uma média de IMC superior (16.70), apresentando um mínimo de 12.1 e um máximo de 26.0. (cf tabela 12)

Em relação ao peso, efetuado o teste de UMW para comparação de médias verificou-se que o estudo B apresentou valores médios mais elevados, sem diferenças estatísticas significativas. (UMW= 561536,000; $p= 0,870$). No que respeita á estatura, o estudo A apresentou valores médios mais elevados, sem diferenças estatísticas significativas. (UMW= 544866,500; $p= 0,187$). Relativamente ao IMC, o estudo B apresenta valores médios mais elevados, com diferenças estatísticas significativas (UMW= 533791,500; $p= 0.037$).

Podemos concluir que entre os estudos, não se verificaram diferenças estatísticas significativas entre os valores do peso e da estatura, mas significativas para os valores do IMC.

Tabela 12 – Estatísticas relativas ao Peso, Estatura e IMC da criança, no estudo A e no estudo B e global da amostra

		n	%	Min	Max	Media	DP	CV (%)	SK/erro	K/erro
PESO	Estudo A	792	100.0	11.5	42.0	19.75	3.939	19.94	1.180	2.643
	Estudo B	1424	100.0	12.2	35.9	19.80	3.939	19.91	0.838	0.629
	Total	2216	100.0	11.5	42.0	19.78	3.938	19.90	0.960	1.337
ESTATURA	Estudo A	792	100.0	0.82	1.29	1.087	0.075	6.899	-0.048	-.297
	Estudo B	1424	100.0	0.89	1.37	1.084	0.078	7.195	0.196	-.458
	Total	2216	100.0	0.82	1.37	1.085	0.077	7.096	0.113	-.414
IMC	Estudo A	792	100.0	11.6	29.2	16.55	1.838	11.105	1.307	4.427
	Estudo B	1424	100.0	12.1	26.0	16.70	1.839	11.011	1.001	2.118
	Total	2216	100.0	11.6	29.2	16.65	1.840	11.051	1.107	2.899

(Teste UMW Peso= 561536.000; Teste UMW Estatura= 544866.500; Teste UMW= 533791.500)

Quanto á classificação do estado nutricional, na globalidade da amostra, a maioria das crianças apresentava um estado nutricional normal (62.3%), seguido de 17.6% de crianças que apresentaram pré-obesidade, 15.6% apresentavam obesidade e apenas 4.5% apresentavam baixo-peso.

Entre os estudos verifica-se uma maior concentração de crianças com peso normal e com pré-obesidade no estudo A, e uma maior concentração de crianças com baixo-peso e obesidade no estudo B. A diferença do estado nutricional entre os estudos é significativa ($X^2= 21.355$; $p= 0.000$), situando-se, segundo os resíduos ajustados, nas crianças com peso normal no estudo A e nas crianças com baixo peso e obesidade no estudo B (cf tabela 13).

Tabela 13 – Classificação do estado nutricional das crianças no estudo A e no estudo B

Estado Nutricional	Estudo A			Estudo B			Total		X ²	p
	n	%	Resíduos Ajustados	n	%	Resíduos Ajustados	n	%		
Baixo peso	21	2.7	-3.1	78	5.5	3.1	99	4.5	21.355	0.000
Normal	523	66.0	2.7	857	60.2	-2.7	1380	62.3		
Pré-Obesidade	150	18.9	1.2	241	16.9	-1.2	391	17.6		
Obesidade	98	12.4	-3.1	248	17.4	3.1	346	15.6		
Total	792	100.0		1424	100.0		2216	100.0		

Características sociodemográficas parentais

A análise das características socio demográficas dos progenitores é bastante importante, uma vez que diversos estudos referem a influência do nível de escolaridade, residência e do rendimento da família na vida da criança.

Face á dispersão das idades do pai e da mãe apresentadas na pág 64, estas foram distribuídas por grupos etários: ≤ 25 anos; 26-32 anos; 33-39 anos e ≥40 anos, sendo os mesmos grupos etários nos dois estudos.

Analisando o contexto etário da mãe, no global da amostra, verificamos que a faixa etária mais prevalente foi a de 33-39 anos de idade com 49.2% das mães, seguindo-se as mães com idade entre os 26 e os 32 anos (29.5%), as mães com 40 ou mais anos (16.1%) e finalmente com 5.2% as mães com ≤25 anos. Relativamente ao pai, a faixa etária mais prevalente foi a de 33-39 anos (51.7%), seguido dos pais com idade ≥40 anos (26.7%), depois os que têm idades entre os 26-32 anos (20.0%) e apenas 1.6% dos pais têm idade ≤25 anos.

Por estudos, verificamos que no estudo A, a maioria das mães tinha entre 33-39 anos, enquanto que no estudo B eram as mães com 40 ou mais anos as mais prevalentes. Relativamente aos pais, no estudo A a maioria tinha entre 26-32 anos e no estudo B os mais prevalentes eram os pais com 40 ou mais anos. As diferenças estatísticas entre os estudos, para a idade da mãe, são significativas (X²= 10.629; p= 0.014) e os resíduos ajustados apontam a faixa etária 33-39 anos no estudo A e na faixa ≥40 anos no estudo B. Para a idade do pai, as diferenças estatísticas também são significativas

($\chi^2= 12.877$; $p= 0.005$) e os resíduos ajustados situam-se na faixa etária dos 26-32 anos no estudo A e ≥ 40 anos no estudo B. (cf. Tabela 14).

Tabela 14 – Distribuição da idade da mãe e do pai no estudo A e no estudo B

Idade mãe	Estudo A			Estudo B			Total		χ^2	P
	n	%	Resíduos Ajustados	n	%	Resíduos Ajustados	n	%		
≤25 anos	45	5.7	0.7	71	5.0	-0.7	116	5.2	10.629	0.014
26-32 anos	226	28.5	-0.7	427	30.0	0.7	653	29.5		
33-39 anos	417	52.7	2.4	673	47.3	-2.4	1090	49.2		
≥40 anos	104	13.1	-2.8	253	17.8	2.8	357	16.1		
Total	792	35.7		1424	64.3		2216	100.0		
Idade do pai	Estudo A			Estudo B			Total		χ^2	P
	n	%	Resíduos Ajustados	n	%	Resíduos Ajustados	n	%		
≤25 anos	11	1.4	-0.7	24	1.8	0.7	35	1.6	12.877	0.005
26-32 anos	178	22.5	2.2	254	18.6	-2.2	432	20.0		
33-39 anos	424	53.5	1.3	691	50.6	-1.3	1115	51.7		
≥40 anos	179	22.6	-3.3	397	29.1	3.3	576	26.7		
Total	792	36.7		1366	63.3		2158	100.0		

No que diz respeito ao nível de escolaridade, em ambos os estudos este foi classificado em quatro grupos: Ensino básico; 2º e 3º ciclo; Secundário/Tecnológico e Superior. Para a totalidade da amostra a maioria das mães (32.0%) possui o ensino secundário/Tecnológico, no entanto, uma percentagem muito próxima (31.1% e 30.3%), possuem o nível de escolaridade de 2º e 3º ciclo e superior, respetivamente. Relativamente aos pais, a sua maioria (41.6%) tem o 2º e 3º ciclo, seguido de 27.8% dos pais com o ensino secundário/tecnológico, 20.9% com o ensino superior e 9.6% frequentaram apenas o ensino básico.

Entre os estudos, verifica-se que a maioria das mães do estudo A frequentaram o ensino superior, enquanto que no estudo B a maioria das mães frequentaram o 2º e 3º ciclo de escolaridade. Relativamente ao pai, a maioria no estudo A frequentou o

ensino superior, enquanto que no estudo B os pais frequentaram o 2º e 3º ciclo na sua grande maioria.

As diferenças entre os estudos são estatisticamente significativas ($X^2=21.933$; $p=0.000$), e os resíduos ajustados situam-nas no estudo A, nas mães com o Ensino Superior e no estudo B nas mães com o 2º e 3º ciclo.

Relativamente ao pai, podemos verificar que em ambos os estudos, a maioria dos pais tem como escolaridade o 2º e 3º ciclo (39.1% no estudo A e 43.0% no estudo B). As diferenças entre os estudos são estatisticamente significativas ($X^2= 11.680$; $p= 0.009$) e os resíduos ajustados, situam-nas no estudo A nos pais com o Ensino Superior (cf. Tabela15).

Tabela 15 – Distribuição da escolaridade da mãe e do pai no estudo A e no estudo B

Escolaridade mãe	Estudo A			Estudo B			Total		X ²	P
	n	%	Resíduos Ajustados	n	%	Resíduos Ajustados	n	%		
Ensino básico	61	7.9	1.6	86	6.0	-1.6	147	6.7	21.933	0.000
2º e 3º ciclo	210	27.0	-3.0	474	33.3	3.0	684	31.1		
Secundário/Tecnológico	230	29.6	-1.8	474	33.3	1.8	704	32.0		
Superior	276	35.5	4.0	390	27.4	-4.0	666	30.3		
Total	777	35.3		1424	64.7		2201	100.0		
Escolaridade pai	Estudo A			Estudo B			Total		X ²	P
	n	%	Resíduos Ajustados	n	%	Resíduos Ajustados	n	%		
Ensino básico	65	8.4	-1.5	142	10.4	1.5	207	9.6	11.680	0.009
2º e 3º ciclo	304	39.1	-1.8	589	43.0	1.8	893	41.6		
Secundário/Tecnológico	217	27.9	0.1	380	27.8	-0.1	597	27.8		
Superior	191	24.6	3.1	258	18.8	-3.1	449	20.9		
Total	777	36.2		1368	63.3		2146	100.0		

Relativamente á residência, esta dividiu-se no global em rural e urbana, distribuindo-se a residência das famílias, maioritariamente na zona rural (54.3%).

Entre os estudos verifica-se um aumento da percentagem de pais a residir na zona rural no estudo B (57.3%) e na zona urbana no estudo A (51.4%). As diferenças entre os estudos são estatisticamente significativas ($X^2= 15.158$; $p= 0.000$) e localizam-se precisamente nos estudos e zonas referidas (cf tabela 16).

Tabela 16 – Distribuição da residência no estudo A e no estudo B

Residência	Estudo A			Estudo B			Total		X ²	P
	n	%	Resíduos Ajustados	n	%	Resíduos Ajustados	n	%		
Rural	377	48.6	-3.9	816	57.3	3.9	1193	54.3	15.158	0.000
Urbana	398	51.4	3.9	608	42.7	-3.9	1006	45.7		
Total	775	35.2		1424	64.8		2199	100.0		

Relativamente ao rendimento, este foi reportado ao Ordenado Mínimo Nacional que era de 450 euros em 2009, e segundo o vencimento mensal do casal foi classificado rendimento baixo, rendimento médio e rendimento alto.

No global da amostra, a maioria dos pais apresentavam um rendimento baixo (44.1%), seguido de 34.0% dos pais com rendimento alto e 21.9% apresentavam rendimento médio. Entre os estudos os pais do estudo A apresentavam na sua grande maioria um rendimento alto, enquanto no estudo B apresentavam maioritariamente um rendimento baixo. Existem diferenças estatisticamente significativas ($X^2= 312.887$; $p= 0.000$) que os resíduos ajustados situam no estudo A nos pais com rendimento alto e médio e no estudo B, nos pais com rendimento baixo (cf. Tabela 17).

Tabela 17 – Caracterização do Rendimento Familiar dos pais no estudo A e no estudo B

Rendimento Familiar	Estudo A			Estudo B			Total		X ²	P
	n	%	Resíduos Ajustados	n	%	Resíduos Ajustados	n	%		
Rendimento baixo	143	19.8	-16.5	741	57.9	16.5	884	44.1	312.887	0.000
Rendimento médio	177	24.5	2.1	261	20.4	-2.1	438	21.9		
Rendimento alto	403	55.7	15.4	278	21.7	-15.4	681	34.0		
Total	723	36.1		1280	63.9		2003	100.0		

Percepção da Imagem Corporal dos Filhos

De acordo com a tabela 18, as respostas à questão sobre a *preocupação dos pais acerca do estado nutricional dos seus filhos*, verificamos que as respostas se situam entre 1 (nada preocupada) e 5 (muito preocupada), numa média de 2.66 (Dp= 1.223), apresentando uma dispersão elevada em torno dos valores médios. Contudo os pais do estudo B mostravam-se um pouco mais preocupados, com a possibilidade de os filhos virem a apresentar excesso de peso (estudo A – média 2.52; Dp= 1.189 e estudo B – média 2.74; Dp= 1.234).

Efetuada o teste de UMW para comparação de médias verificamos que o estudo B apresentava valores médios mais elevados, com diferenças estatísticas significativas. (UMW= 498564,000; p= 0,000) (cf. Tabela 18)

Tabela 18 – Estatísticas da preocupação da possibilidade de excesso de peso dos filhos no estudo A e no estudo B

Preocupação dos pais	n	%	Min	Max	Media	DP	CV (%)	SK/erro	K/erro
Estudo A	781	98.6	1	5	2.52	1.189	47.18	0.581	-0.383
Estudo B	1424	100.0	1	5	2.74	1.234	45.03	0.373	-0.739
Total	2205	99.5	1	5	2.66	1.223	45.97	0.445	-0.640

(UMW= 498564,000; p= 0,000)

A variável *preocupação dos pais*, foi operacionalizada e dividida nos mesmos três grupos nos dois estudos: nada preocupada/pouco preocupada (item 1 e 2), preocupada (item 3) e bastante preocupada/muito preocupada (item 4 e 5).

Analisando a tabela 19, verificamos que na maioria da amostra, os pais se encontram nada/pouco preocupados (49.0%), seguindo-se 29.1% dos pais que se encontram preocupados e 21.9% encontram-se bastante/muito preocupados.

Analisando por estudos, verifica-se uma evolução da preocupação dos pais; 24.3% no estudo B versus 17.5% no estudo A. A diferença entre os estudos é estatisticamente significativamente ($X^2= 17.267$; p= 0.000), e os resíduos situam-se no estudo A, nos pais nada/pouco preocupados e no estudo B nos pais preocupados e bastante/muito preocupados. (cf. Tabela 19)

Tabela 19 – Preocupação dos pais com a possibilidade de os filhos terem excesso de peso no estudo A e no estudo B

Preocupação dos pais	Estudo A			Estudo B			Total		X ²	P
	n	%	R.Ajus	n	%	R.Ajus	n	%		
Nada / Pouco Preocupada	423	54.2	3.6	658	46.2	-3.6	1081	49.0	17.267	0.000
Preocupada	221	28.3	-6	420	29.5	6	641	29.1		
Bastante / Muito Preocupada	137	17.5	-3.7	346	24.3	3.7	483	21.9		
Total	781	100.0		1424	100.0		2205	100,0		

Perceção Parental

Para avaliar a perceção parental da imagem corporal da criança, os pais assinalaram nas silhuetas a imagem que consideravam assemelhar-se à do seu filho. De acordo com a tabela 20, verificamos que a perceção parental da imagem corporal da criança se situa de uma forma global, na silhueta 3 (média= 3.09; Dp= 0.814).

Por estudos, a distribuição é equilibrada nos dois, (estudo A – média= 3.04; Dp= 0.772 e estudo B – média= 3.12; Dp= 0.835). Ambos os estudos apresentaram um mínimo de 1 (baixo peso) e um máximo de 6 (obesidade). A comparação de médias indicou que o estudo B apresenta médias mais elevadas, com diferenças estatísticas significativas (UMW= 528960.500; p= 0.037) (cf. Tabela 20).

Tabela 20 – Estatísticas da Perceção Parental da Imagem Corporal da Criança no estudo A e no estudo B

Perceção Parental	n	%	Min	Max	Media	DP	CV (%)	SK/erro	K/erro
Estudo A	781	98.6	1	6	3.04	0.772	25.39	0.056	0.175
Estudo B	1424	100.0	1	6	3.12	0.835	26.76	0.274	0.580
Total	2205	99.5	1	6	3.09	0.814	26.34	0.219	0.628

(UMW= 528960.500; p= 0.037)

Analisando o total global da perceção parental, podemos verificar que os pais percecionaram os seus filhos com apresentando peso normal (53.7%), seguido dos

pais que perceberam os seus filhos como apresentando pré-obesidade (26%), 19.9% baixo-peso e apenas 0.4% percecionavam como obesos. Pormenorizando, 53.7% das crianças percecionadas como tendo peso normal, 56.4% eram rapazes e 51.0% eram raparigas, das crianças percecionadas como tendo pré-obesidade, 26.5% eram rapazes e 26.4% eram raparigas, das 19.9% percecionadas como tendo baixo-peso, foram as raparigas em maior número (17.4% rapazes e 22.4% raparigas) e das 0.4% das crianças que foram percecionadas pelos seus pais como tendo obesidade, 0.3% eram rapazes e 0.2% eram raparigas.

Analisando por sexos, podemos verificar que no estudo A, foram as raparigas mais percecionadas com baixo-peso (61.6%), os rapazes mais percecionados com peso normal (53.0%), com pré-obesidade foram percecionados mais raparigas (53.0%) e com obesidade, apenas 0.3% dos rapazes foram percecionados como tal.

Relativamente ao estudo B, foram também as raparigas, mais percecionadas como apresentando baixo-peso (51.6%), os rapazes mais percecionados com peso normal (54.0%), com pré-obesidade e obesidade foram percecionados com uma maior percentagem rapazes (51.8% e 0.1% respetivamente).

Entre sexos, no estudo A, existem diferenças estatísticas significativas ($X^2= 11.258$; $p= 0.010$) que os resíduos ajustados localizam nos rapazes percecionados com peso normal e nas raparigas percecionadas com baixo-peso. No estudo B, não existem diferenças estatísticas significativas ($X^2= 4.225$; $p= 0.238$) (cf tabela 21).

No estudo global existem diferenças estatísticas altamente significativas ($X^2= 12.726$; $p= 0,005$) que os residuais ajustados localizam nas crianças do sexo masculino com peso normal e nas crianças do sexo feminino com baixo-peso e pré-obesidade.

Tabela 21 – Percepção Parental da imagem corporal das crianças no estudo A e no estudo B por sexos

ESTUDO A	Sexo	Percepção Parental												Total		x ²	p
		Baixo-peso			Normal			Pré-Obesidade			Obesidade			n	%		
		n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA				
Masculino	61	38.4	-	233	53.0	2.7	85	47.0	-	1	0.1	1.0	380	48.7	11.258	0.010	
Feminino	98	61.6	2.9	207	47.0	-	96	53.0	0.5	0	0.0	-	401	51.3			
Total	159	20.4		440	56.3		181	23.2		1	0.1		781	100.0			
ESTUDO B	Sexo	Percepção Parental												Total		x ²	p
		Baixo-peso			Normal			Pré-Obesidade			Obesidade			n	%		
		n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA				
Masculino	135	48.8	-	402	54.0	1.2	203	51.8	-	6	0.4	1.3	746	52.4	4.225	0.238	
Feminino	144	51.6	1.5	343	46.0	-	189	48.2	0.3	2	0.1	-	678	47.6			
Total	279	19.6		745	52.3		392	27.5		8	0.6		1424	100.0			
TOTAL GLOBAL	Sexo	Percepção Parental												Total		x ²	P
		Baixo-peso			Normal			Pré-Obesidade			Obesidade			n	%		
		n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA				
Masculino	196	17.4	-	635	56.4	2.6	288	26.5	-	7	0.3	1.6	1126	51.1	12.726	0.005	
Feminino	242	22.4	3.0	550	51.0	-	285	26.4	4	2	0.2	-	1079	48.9			
Total	438	19.9		1185	53.7		573	26.0		9	0.4		2205	100.0			

5.2 – Análise inferencial

A estatística inferencial é o conjunto de técnicas analíticas utilizadas para se identificar e caracterizar as relações existentes entre variáveis, apresentando como principal objectivo inferir acerca da extrapolação dos resultados obtidos com a estatística descritiva. Neste âmbito, com a análise inferencial procurar-se-á responder às relações entre as variáveis independentes e a variável dependente.

De forma a dar resposta às questões formuladas e aos objetivos definidos, iremos de seguida analisar detalhadamente os resultados obtidos.

Q1 - Qual a evolução entre a percepção parental da imagem corporal da criança no estudo A e no estudo B?

Na operacionalização da variável *Percepção parental*, as imagens representam a *Percepção Parental da Imagem Corporal da Criança*, que foi operacionalizada e dividida em quatro grupos: baixo peso (item 1 e 2), normal (item 3), pré-obesidade (item 4 e 5) e obesidade (item 6 e 7).

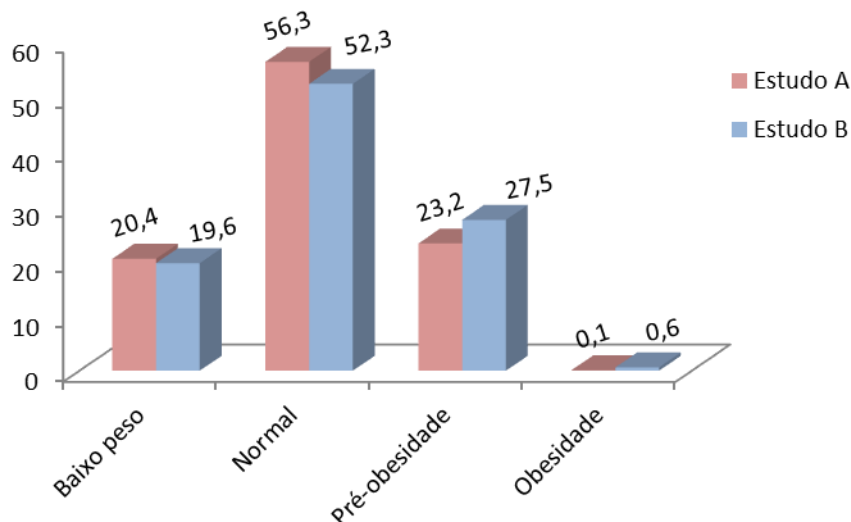
De acordo com a tabela 22, podemos verificar que no global dos dois estudos, os pais percecionaram as crianças como tendo peso normal, (53,7%) seguidos de 26,0% que considera que os filhos apresentam pré-obesidade e 19,9% baixo-peso. Apenas uma pequena percentagem (0,4%) assinala as imagens representativas de obesidade. Entre os estudos verifica-se que no estudo B um maior número de pais assinala as imagens representativas de pré-obesidade (27,5%) e obesidade (0,6%), enquanto no estudo A se verifica, maior sinalização das crianças no grupo da normalidade e baixo-peso (56,3% e 20,4% respetivamente).

As diferenças entre os estudos apresentam uma significância marginal ($X^2 = 7,668$; $p = 0,053$) que os residuais ajustados localizam no estudo B nas crianças percecionadas com pré-obesidade (cf. Tabela 22).

Tabela 22 – Percepção Parental da imagem corporal das crianças no estudo A e no estudo B

Percepção Parental	Estudo A			Estudo B			Total		X ²	P
	n	%	Resíduos Ajustados	n	%	Resíduos Ajustados	n	%		
Baixo-peso	159	20.4	4	279	19.6	-4	438	19.9	7.668	0.053
Normal	440	56.3	1.8	745	52.3	-1.8	1185	53.7		
Pré-obesidade	181	23.2	-2.2	392	27.5	2.2	573	26.0		
Obesidade	1	0.1	-1.5	8	0.6	1.5	9	0.4		
Total	781	100.0		1424	100.0		2205	100.0		

Gráfico 1 - Evolução da Percepção Parental no estudo A e no estudo B



Perante os resultados obtidos podemos apurar que no estudo B, uma percentagem maior de pais assinala as imagens representativas de pré-obesidade (27,5%) e obesidade (0,6%), relativamente ao estudo A, onde se verifica o oposto, ou seja, uma maior sinalização das crianças no grupo da normalidade e baixo-peso (56,3% e 20,4% respetivamente).

Face aos resultados obtidos, podemos afirmar que existe evolução da percepção parental da imagem corporal dos filhos entre o estudo A e o estudo B.

Q2 - Qual a diferença entre a percepção parental da imagem corporal da criança e o seu estado nutricional no estudo A e no estudo B?

A percepção parental do estado nutricional do filho pode ter uma forte influência na alimentação da criança, podendo repercutir-se no seu peso e potenciar alterações nutricionais como o excesso de peso e mesmo a obesidade. Desta forma torna-se imperativo compreender a percepção parental relativamente à imagem corporal dos

seus filhos e compará-la ao real estado nutricional, considerando as consequências duma percepção pouco acurada no desenvolvimento das crianças (Tavares, 2003).

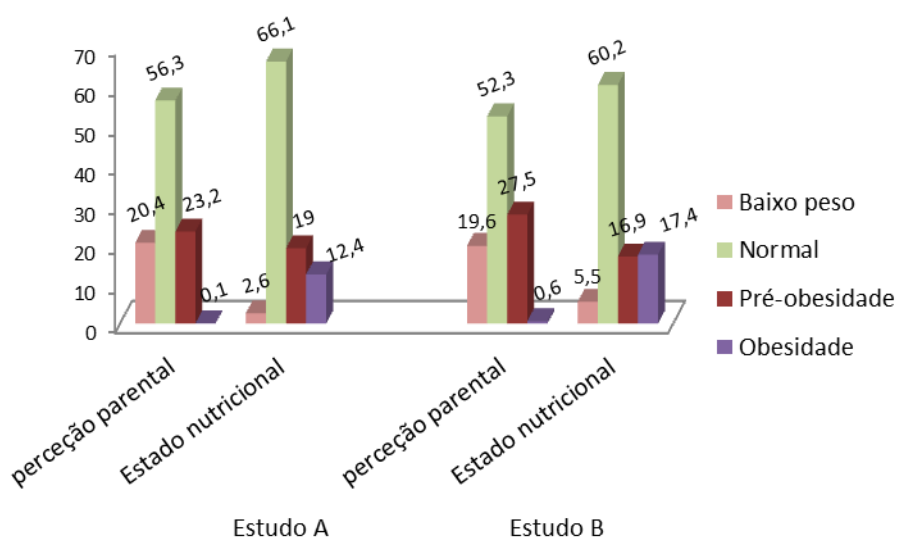
Observamos no total da amostra que 53.7% das crianças percecionadas como tendo peso normal, na realidade 28.7% apresentavam obesidade e 56.6% eram pré-obesos, das 26.0% percecionadas com pré-obesas, na realidade 65.8% eram obesas, das 19.9% percecionadas como tendo baixo-peso, 26.1% apresentavam peso normal, 7.7% eram pré-obesos e 3.8% eram obesos. As 0.4% das crianças que foram percecionadas pelos seus pais como sendo obesas, são na realidade 1.7%. As diferenças estatísticas situam-se nas crianças percecionadas com baixo-peso, que na realidade tinham baixo-peso e peso normal, nas crianças percecionadas com peso normal, nas crianças percecionadas com pré-obesidade, que na realidade eram pré-obesas e obesas e nas crianças percecionadas como obesas.

Entre estudos, no estudo A, 56,3% das crianças percecionadas como tendo peso normal, 24,7% apresentavam de facto obesidade, 56,1% apresentavam pré-obesidade e 25% baixo peso. Das 23,2% assinaladas pelos pais como apresentando pré-obesidade, na realidade 68,0% tinham obesidade. Relativamente ao estudo B das 52.3% crianças percecionadas pelos pais, como tendo peso normal, na realidade 87% apresentavam Excesso de peso (30.2% obesidade e 56.8% pré-obesidade). As crianças assinaladas pelos pais como sendo pré-obesas, na realidade 64.9% apresentavam obesidade (cf. Tabela 23)

Tabela 23 – Relação entre a Percepção Parental da Imagem Corporal da Criança e o estado nutricional da mesma no estudo A e B.

ESTUDO A	Percepção parental	Estado Nutricional classificado pelo percentil de IMC												Total		x ²	P			
		Baixo-peso			Normal			Pré-Obesidade			Obesidade			n	%					
		n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA							
Baixo-peso	15	75.0	6.1	129	25.0	4.5	9	6.1	-4.8	6	6.2	-3.7	159	20.4	225.003	0.000				
Normal	5	25.0	-2.9	328	63.6	5.7	83	56.1	-0.1	24	24.7	-6.7	440	56.3						
Pré-obesidade	0	0.0	-2.5	59	11.4	-10.9	56	37.8	4.7	66	68.0	11.2	181	23.2						
Obesidade	0	0.0	-0.2	0	0.0	-1.4	0	0.0	-0.5	1	0.1	2.7	1	0.1						
Total	20	2.6		516	66.1		148	19.0		97	12.4		781	100.0						
ESTUDO B	Percepção parental	Estado Nutricional classificado pelo percentil de IMC												Total		x ²	P			
		Baixo-peso			Normal			Pré-Obesidade			Obesidade			n	%					
		n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA							
		Baixo-peso	21	26.9	107	230	26.8	8.5	21	8.7	-4.7	7	2.8	-7.3	279			19.6	293.588	0.000
		Normal	38	48.7	-0.7	495	57.8	5.1	137	56.8	1.5	75	30.2	-7.7	745			52.3		
		Pré-obesidade	19	24.4	-0.6	131	15.3	-12.7	81	33.6	2.3	161	64.9	14.5	392			27.5		
Obesidade	0	0.0	-0.7	1	0.1	-2.8	2	0.8	0.6	5	2.0	3.4	8	0.6						
Total	78	5.5		857	60.2		241	16.9		248	17.4		1424	100.0						
TOTAL GLOBAL	Percepção parental	Estado Nutricional classificado pelo percentil de IMC												Total		x ²	P			
		Baixo-peso			Normal			Pré-Obesidade			Obesidade			n	%					
		n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA	n	%	RA							
		Baixo-peso	36	36.7	4.3	359	26.1	9.5	30	7.7	-6.6	13	3.8	-8.2	438			19.9	489.732	0.000
		Normal	43	43.9	-2.0	823	59.9	7.5	220	56.6	1.2	99	28.7	-10.2	1185			53.7		
		Pré-obesidade	19	19.4	-1.5	190	13.8	-16.7	137	35.2	4.6	227	65.8	18.4	573			26.0		
Obesidade	0	0.0	-0.6	1	0.1	-3.2	2	0.5	0.4	6	1.7	4.2	9	0.4						
Total	98	4.4		1373	62.3		389	17.6		345	15.6		2205	100.0						

Gráfico 2 – Evolução da relação entre a Percepção Parental da Imagem Corporal da Criança e o estado nutricional da mesma no estudo A e B



Os resultados indicam que quando a percepção parental apresenta valores aumentados, os valores do IMC são também mais elevados, ou seja, uma percepção parental aumentada encontra-se associada a valores de IMC elevados, com efeito significativo ($X^2= 489.732$; $p= 0.000$).

Efetuada o Teste-t para amostras independentes verifica-se pela diferença de médias que a percepção da imagem corporal da criança no estudo A (média= 3,04; Dp= 0,772) é inferior ao estudo B (média= 3,12; Dp= 0,835) com significância estatística ($t= 2,459$; $p= 0,014$).

Porém a diferença de médias de IMC entre o estudo A (média= 16,556; Dp= 1,83) e o Estudo B (média= 16,708; Dp= 1,83) não se revelou estatisticamente significativa ($t= 1,863$; $p= 0,063$) o que permite inferir que a percepção parental entre os estudos difere de forma significativa evidenciando a percepção dos pais, a uma maior aproximação dos valores mais elevados de IMC dos filhos, ou seja, os pais têm uma maior percepção real da imagem corporal dos filhos, quando estes apresentam valores de IMC mais elevados.

Q3 – Qual a relação entre o comportamento alimentar e a percepção parental da imagem corporal das crianças no estudo B?

Para estudarmos a relação entre o comportamento alimentar e a percepção parental da imagem corporal da criança, foi efetuada uma regressão linear múltipla, utilizando o método *stepwise*, através de uma correlação entre as dimensões do comportamento alimentar e a percepção parental das crianças. Analisando a tabela x, podemos verificar que as correlações entre as variáveis assumem-se baixas, oscilando entre $r = 0.042$ (*Resposta à saciedade / Ingestão lenta*) e $r = -0.016$ (*Subingestão emocional*). A percepção parental das crianças estabelece relações positivas com as dimensões *Resposta à comida / Prazer em comer* ($r = 0.026$), *Resposta à saciedade / Ingestão lenta* ($r = 0.042$), *Desejo de beber* ($r = 0.002$), *Sobreingestão emocional* ($r = 0.006$) e *Seletividade* ($r = 0.015$) e negativas com a dimensão *Subingestão emocional* ($r = -0.016$). Entre elas, não existe diferenças estatisticamente significativas. Contudo verifica-se que quanto maior for a *Resposta à comida / prazer em comer*, a *Resposta à saciedade / Ingestão lenta*, o *Desejo de beber*, a *Sobreingestão emocional* e a *Seletividade* maior é a percepção parental da imagem corporal das crianças. Pelo contrário, quanto maior é a *Subingestão emocional*, menor é a percepção parental da imagem corporal da criança (cf. Tabela 24)

Tabela 24 – Correlação de *Pearson* entre o comportamento alimentar e a percepção parental da criança

Dimensões	Percepção parental		
	r	r ²	p
Resposta à comida/Prazer em comer	0.026	0.0006	0.167
Resposta à saciedade/ Ingestão lenta	0.042	0.0017	0.055
Desejo de beber	0.002	0.000004	0.469
Subingestão emocional	-0.016	0.032	0.278
Sobreingestão emocional	0.006	0.000036	0.411
Seletividade	0.015	0.000225	0.286

A regressão múltipla entre o comportamento alimentar e a percepção parental das crianças, mostra que a primeira variável a entrar no modelo é a *Resposta à saciedade / Ingestão lenta* e depois de forma sequencial a *Resposta à comida / Prazer em comer*, a *Seletividade*, a *Sobreingestão emocional*, o *Desejo de beber* e a *Subingestão*

emocional, não se revelando nenhuma delas preditores da percepção parental da imagem corporal das crianças, com um erro de padrão da estimativa de 0.835. A multicolinearidade diagnosticada pelos VIF, oscilou entre (VIF= 1.786) na Resposta à comida / Prazer em Comer e (VIF= 1.190) na Seletividade, concluindo-se que as variáveis não são colineares, uma vez que se aproximam de 1. O valor de F não é significativo (F= 1.076; p= 0.374), levando à aceitação da nulidade entre as variáveis, o que nos leva a afirmar que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão não são preditores da percepção parental da criança. Contudo, através dos coeficientes padronizados *Beta*, verificamos que a Resposta à saciedade / Ingestão lenta é a que revela maior valor preditivo ($\beta= 0.059$) e a sua relação positiva com a percepção parental, permite-nos afirmar que quanto maior a Resposta à saciedade / Ingestão lenta, Resposta à comida / prazer em comer ($\beta= 0.052$) e Seletividade ($\beta= 0.005$) maior é a percepção parental da imagem corporal da criança e quanto maior a Subingestão emocional ($\beta= -0.047$), o Desejo de beber ($\beta=-0.020$) e a Sobreingestão emocional ($\beta= -0.009$), menor é a percepção parental da criança (cf. Quadro 1).

Quadro 1 – Regressão linear múltipla entre o comportamento alimentar e a percepção parental da criança

Variável dependente = Percepção parental					
R= 0.067 R ² =0.005 R ² ajustado= 0.000 Erro padrão da estimativa =0.835 Incremento de R ² = 0.005 F=1.076 P = 0.374					
Pesos de Regressão					
Variáveis Independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente padronizado Beta	t	p	Colinearidade VIF
Constantes	3.059				
Resposta à comida / Prazer em comer	0.008	0.052	1.457	0.145	1.786
Resposta á saciedade / Ingestão lenta	0.010	0.059	1.957	0.051	1.301
Desejo de beber	-0.006	-0.020	-0.657	0.511	1.297
Subingestão emocional	-0.012	-0.047	-1.543	0.123	1.338
Sobreingestão emocional	-0.004	-0.009	-0.283	0.777	1.545
Seletividade	0.002	0.005	0.0161	0.872	1.190
Análise de Variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	P
Regressão	4.498	6	0.750	1.076	0.374
Residual	986.995	1417	0.697		
Total	991.494	1423			

Face aos resultados encontrados e considerando a questão formulada, podemos inferir que nenhuma dimensão do comportamento alimentar se revela explicativa da Percepção parental da imagem corporal da criança, ou seja, apesar da *Resposta à comida / prazer em comer*, *Resposta à saciedade / ingestão lenta* e *Seletividade*, estarem associadas a uma percepção parental de maior imagem corporal, e de a *Subingestão emocional*, *Sobreingestão emocional* e *Desejo de beber*, se associarem a uma menor Percepção parental, não existe relação entre o comportamento alimentar e a percepção parental da imagem corporal criança.

6 – Discussão dos resultados

Ao longo de todo o trabalho de investigação, sempre foi nosso objetivo cumprir o rigor científico exigido. Relativamente ao estudo e às variáveis envolvidas utilizamos uma metodologia quantitativa do tipo descritivo com características comparativas, uma vez que a sua finalidade é descrever e relacionar de forma comparativa a evolução da perceção parental da imagem corporal dos filhos em dois estudos diferentes, realizados em 2012 - Estudo A e 2013 – Estudo B e relacionar este último com o comportamento alimentar das crianças.

Torna-se pertinente nesta fase do estudo, refletir sobre as vantagens e limitações associadas a um estudo desta natureza. Relativamente às vantagens, consideraríamos o rigor das definições metodológicas de ambos, face aos projetos em que estavam inseridos, e a possibilidade de os investigadores associados poderem beneficiar da partilha de conhecimentos de investigadores com larga experiência. Uma outra vantagem, tem a ver com a população alvo por nós estudada, constituindo-se uma amostra alargada, o que permite uma maior consistência dos resultados.

As limitações encontradas, prendem-se com o fato de o autor do presente estudo não ter participado de forma ativa nas definições metodológicas e no trabalho de campo e pelo fato de ser um estudo pouco frequente, utilizando dois estudos de autores diferentes, para fazer uma comparação, traz-nos alguns constrangimentos, relacionados com questões éticas que tiveram de ser salvaguardadas.

Com a análise dos resultados obtidos na presente investigação, foi possível traçar um perfil sócio-demográfico da amostra em estudo, da evolução da perceção parental da imagem corporal da criança entre os dois estudos, assim como da relação desta com o seu estado nutricional e com o comportamento alimentar. Vamos assim de seguida discutir os resultados obtidos face às questões de investigação colocadas.

A amostra foi constituída por um total de 2216 crianças em idade pré-escolar, em que 792 crianças pertenciam à amostra do estudo A e frequentavam a rede de ensino público pré-primário do concelho de Viseu, no ano letivo 2009-2010. A amostra do estudo B foi de igual forma composta por crianças em idade pré-escolar, que frequentavam o jardim-de-infância de Lamego, Viseu, Vila Real, Évora e Leiria, no ano letivo de 2011/2012, num total de 1424. Da amostra total, 1129 (50.9%) eram do sexo masculino e 1087 (49.1%) eram do sexo feminino, revelando percentagens próximas, mas inversas às verificadas no estudo de Aparício Costa (2012) no seu estudo.

O questionário foi respondido na sua grande maioria pelas mães, num total de 1780 (80.3%) e apenas por 184 (8.3%) pais. Apesar de ser já notória uma evolução da participação dos pais na educação dos filhos, é ainda visível que são as mães que estão mais atentas à educação das crianças e como tal mais disponíveis nas atividades e desafios lançados em contexto escolar, contudo entre os dois estudos verifica-se uma diferença significativa, salientando-se a maior percentagem de progenitores do estudo B a preencherem o questionário (5,1% versus 10,1%).

A média de idades das crianças do estudo global foi de 4.51 anos ($Dp= 0.970$), sendo as crianças da amostra do estudo B, ligeiramente mais velhas do que as da amostra do estudo A (4.58 e 4.39 anos, respetivamente). A disposição da faixa etária variou entre um mínimo de 3 e um máximo de 6 anos, traduzindo uma concentração de crianças de 5 e 4 anos (34.3% e 31.2%, respetivamente) diminuindo nas idades extremas para 17.4% nas crianças de 3 anos e 17.1% nas de 6 anos. Esta disposição é semelhante á encontrada no ensino pré-escolar das diversas regiões onde também se verifica uma concentração de crianças de 4 e 5 anos.

Entre os estudos as diferenças são significativas, havendo mais crianças com 4 anos no estudo A e mais crianças com 6 anos do estudo B.

A análise do número de irmãos, indicou que 37.8% das crianças não têm irmãos, e 47.7% têm apenas 1 irmão. Somente 3.6% das crianças têm 3 ou mais irmãos. Em ambos os estudos foi possível observar a predominância das crianças com apenas 1 irmão (49.2% no estudo A e 46.9% no estudo B), e uma percentagem também significativa de crianças sem qualquer irmão (36.6% no estudo A e 38.4% no estudo B).

Entre os estudos as diferenças não são significativas, porém a diferença encontrada corrobora os resultados do INE (2013), ao referir que em 2013 se registou, uma redução de 7,9% de nados-vivos, face a 2012 refletindo-se na descida da taxa bruta de natalidade para 7,9 nados vivos por mil habitantes. Daí que entre 2008 e 2013 o índice sintético de fecundidade (ISF) passou de 1,40 para 1,21 crianças por mulher em idade fértil.

Relativamente ao peso, a média foi de 19.78Kg ($Dp= 3.938$), variando entre um mínimo de 11.5Kg e um máximo de 42.0 Kg. O estudo B teve uma média ligeiramente superior (média= 19.80 Kg; $Dp= 3.939$) em relação ao estudo A (média= 19.75 Kg ($Dp= 3.939$), concluindo que as crianças do estudo B são mais gordas.

Quanto á média estatural, esta foi de 1.085m (Dp= 0.077), variando entre um mínimo de 0.82cm e um máximo de 1.37cm. As crianças do estudo A são ligeiramente mais altas (estudo A- 1.087; estudo B- 1.084), em relação às crianças do estudo B.

O IMC na amostra global revelou valores médios de 16.65. As crianças do estudo B apresentam um índice de massa corporal superior em relação às crianças do estudo A. (16.70 e 16.55, respetivamente).

Quanto á classificação do estado nutricional, a maioria das crianças eram normoponderais (62.3%), com uma prevalência de excesso de peso de 33.2% (17.6% pré-obesidade e 15.6% obesidade) e 4.5% de baixo-peso.

Verificou-se que entre os estudos as diferenças são significativas, havendo mais crianças no estudo A com peso normal e mais crianças no estudo B com baixo-peso e com obesidade. Estes resultados aproximam-se no global à prevalência divulgada noutros estudos de investigação realizados no nosso país nesta faixa etária, revelando-se no entanto ligeiramente superiores a outros, o que pode de alguma forma revelar as diferenças associadas às diversas regiões do país e por outro lado, indiciar a tendência progressiva de evolução da problemática do excesso de peso. Duarte (2008), no seu estudo efetuado na região da beira interior, encontrou uma prevalência de 27.7% de crianças com excesso de peso (15.6% pré-obesidade e 12.4% obesidade). Na região de Coimbra, Rito (2006) verificou que 23.6% das crianças tinham excesso de peso (16.9% pré-obesidade e 6.7% obesidade). Posteriormente no estudo EPObIA (Miranda, 2010) representativo a nível regional, a prevalência foi de 35,5% (13% obesidade), tendo os autores verificado tendência de maior prevalência em crianças do norte de Portugal (39,3%). Na região centro em 2011, Aparício identificou-se 31.3% de excesso de peso (12.4% obesidade).

Os diversos estudos evidenciam a dimensão do problema nesta faixa etária e a sua tendência que não dá, por enquanto indicações de abrandamento, o que se verifica entre os 2 estudos com apenas 3 anos de evolução.

A análise do enquadramento sociodemográfico familiar permitiu salientar que os pais apresentam uma média de idades superior em relação às mães (média pai= 36.49, DP= 5.52; média mãe= 34.33, DP= 5.139). Os pais das crianças eram jovens situando-se em maioria, as mães, na faixa etária 33-39 anos (49.2%) e os pais também na mesma faixa etária com 51.7%. Observamos ainda que os pais do estudo B eram mais velhos em relação aos pais do estudo A, com diferenças significativas entre eles. Estes resultados vão ao encontro dos resultados do INE (2013), que

expressam que a idade média das mulheres ao nascimento do primeiro filho, passou de 28,4 para 29,7 anos, ou seja, cada vez mais se tem verificado que as mulheres têm os seus filhos mais tarde, considerando-se como causa essencialmente a falta de estabilização da vida pessoal e profissional.

Em termos de escolaridade, observou-se que a maioria dos pais (41.6%) tem o 2º e 3º ciclo e apenas 9.6% frequentaram o ensino básico. As mães na sua maioria (32.0%), possui o ensino secundário/Tecnológico, no entanto, uma percentagem muito próxima (31.1% e 30.3%), possuem o nível de escolaridade de 2º e 3º ciclo e superior, respetivamente. Realça-se que 30.3% das mães finalizaram o ensino superior, enquanto apenas 18.8% dos pais o fizeram.

No estudo A prevaleceram as mães com curso superior (35.5%), enquanto que no estudo B, prevaleceram o 2º e 3º ciclo e o ensino Secundário/Tecnológico. Relativamente aos pais, podemos verificar que em ambos os estudos, a maioria dos pais tem como escolaridade o 2º e 3º ciclo (39.1% no estudo A e 43.0% no estudo B). Estes resultados vão ao encontro da realidade atual, onde a mulher se salienta na frequência e conclusão do ensino superior e indo ao encontro de outros estudos nacionais (Padez e tal, 2005; Rito e tal, 2011b, citado em Aparício Costa, 2012).

No que diz respeito à área de residência, os pais do estudo A vivem essencialmente numa zona urbana (51.4%), enquanto que os pais do estudo B vivem essencialmente numa zona rural (57.3%). Na grande maioria, os pais apresentavam um rendimento baixo (44.1%), no entanto é visível uma diferença entre os estudos, pois a maioria dos pais do estudo A (55.7%) apresentavam um rendimento alto enquanto que a maioria dos pais do estudo B, (57.9%) apresentavam um rendimento baixo. Estes resultados podem compreender-se com o estado da economia que o nosso país apresenta hoje em dia, pois cada vez mais as despesas e os compromissos das pessoas aumentam e os seus rendimentos mantêm-se ou são menores, tendo esta situação vindo a agravar-se desde nos últimos anos.

Partindo do pressuposto de que reconhecer que o excesso de peso é uma doença e admitir esse problema nas crianças, pode ser considerado o primeiro passo para o desenvolvimento de hábitos de vida mais saudáveis, torna essencial a análise da perceção parental da imagem corporal dos filhos.

Nesta investigação, a amostra global indica que os pais se encontram nada/pouco preocupados (49.0%), com a possibilidade de os seus filhos virem a apresentar excesso de peso e apenas 21.9% se mostram bastante/muito preocupados.

Analisando por estudos, foi possível verificar que a maioria dos pais de ambos os estudos, encontravam-se nada/pouco preocupados com esta questão, no entanto é possível realçar uma maior preocupação dos pais do estudo B (24.3%) em relação aos pais do estudo A (17.5%), com essa possibilidade, sendo as diferenças entre os estudos significativas.

Comparativamente a estudos antecedentes, estes resultados anunciam uma progressiva tendência de mudança na preocupação dos pais, possivelmente indicativa de uma maior consciencialização sobre a problemática da obesidade nas crianças. No estudo realizado em 2009 (Aparício, Cunha, Duarte, Pereira) com 234 crianças e seus pais, foi identificada uma posição inversa, dado que dos pais e mães estudados a maioria, sentiam-se *pouco/nada preocupados* com essa situação, resultados que se assemelhavam ao documentado em estudos antecedentes. Esta posição dos pais permitiu admitir as influências culturais subjacentes, sobretudo dos países latinos, onde é reconhecido que “uma criança mais gordinha é mais saudável e um sinal de maior competência materna”.

Na percepção parental a maioria dos pais (53.7%), assinala a silhueta referente ao peso normal, 26.6% considera a silhueta com pré-obesidade e apenas 9 indicam a de obesidade.

Por estudos, verificou-se no estudo B um maior número de pais que assinala as imagens representativas de pré-obesidade (27,5%) e obesidade (0,6%), enquanto no estudo A se verifica o oposto, maior sinalização das crianças no grupo da normalidade e baixo-peso (56,3% e 20,4% respetivamente). Analisando por sexos, 53.7% das crianças percecionadas como tendo peso normal, 56.4% eram rapazes e 51.0% eram raparigas, das crianças percecionadas como pré-obesas, 26.5% eram rapazes e 26.4% eram raparigas, das 19.9% percecionadas como tendo baixo-peso, foram as raparigas em maior número (17.4% rapazes e 22.4% raparigas) e das 0.4% das crianças que foram percecionadas pelos seus pais como tendo obesidade, 0.3% eram rapazes e 0.2% eram raparigas.

Ao comparar-se a percepção parental com o estado nutricional das crianças avaliado pelo percentil de IMC, os resultados indicaram tendência dos pais em subestimar o verdadeiro estado nutricional, dado que não têm consciência da existência de obesidade nos seus filhos, como evidenciado neste estudo. Também Jeffrey (2005) e He & Evans (2007), documentaram nos seus estudos respectivamente que 75% e 38% dos pais não eram capazes de identificar de forma acurada o estado nutricional dos seus filhos e não reconheciam igualmente a presença de obesidade. A análise

qualitativa dos dados fornecidos pelos pais, permitiu a He & Evans (2007) fundamentarem esta distorção em crenças de que os filhos com excesso de peso são percebidos pelos pais como sendo “fortes” e “maciços” e não “gordos”. Para justificar este facto, tem sido reconhecido que uma das causas para a distorção da imagem corporal dos filhos se baseia na crença de que com o crescimento, o peso tende a distribuir-se mais uniformemente e a tornar-se normal (Baughcum et al., 2000).

A obesidade é conhecida como uma doença crónica de origem multifatorial, sendo os fatores ambientais aqueles que contribuem para o seu desenvolvimento, nomeadamente o comportamento alimentar e a família, principalmente em idade pré-escolar.

Neste âmbito, procurou-se dar resposta às questões de investigação formuladas.

Q1 - Qual a evolução entre a percepção parental da imagem corporal da criança no estudo A e no estudo B?

Comparando a percepção dos pais com o estado nutricional das crianças, avaliado pelo percentil de IMC, os resultados indicaram que os pais não reconhecem a existência de obesidade nos seus filhos, dado que não assinalaram as imagens representativas dessa situação e apenas uma pequena percentagem os percebe como tendo excesso de peso, ou seja, têm tendência a subestimar o verdadeiro estado nutricional dos filhos. porém esta distorção é tanto menor quanto mais elevado o IMC da criança, ou seja, quando os pais selecionam uma silhueta maior, o IMC dos seus filhos é mais elevado.

Relativamente á evolução da percepção dos pais, esta foi notória e favorável do estudo A para o estudo B, indicando que os pais têm uma imagem mais real do estado nutricional dos seus filhos e os percebem em maior percentagem com pré-obesidade e obesidade, 23.3% de crianças com excesso de peso no estudo A (23.2% de crianças com pré-obesidade e 0.1% de crianças com obesidade) e 28.1% de crianças com excesso de peso no estudo B (27.5% de crianças com pré-obesidade e 0.6% de crianças com obesidade).

Também num estudo realizado em 2009 (Aparício et al., 2011) apurou-se que 57,7% dos pais que perceberam os filhos com peso normal, 31,0% das crianças apresentavam obesidade e 59,5% pré-obesidade, enquanto nenhum progenitor assinalou as crianças com obesidade. Resultados comparáveis são descritos por He & Evans (2007), ao documentarem que 38% dos pais não eram capazes de identificar de forma acurada o estado nutricional dos seus filhos e não reconheciam igualmente a

presença de obesidade. Campbell et al (2006) avaliaram 324 pais de crianças pré-escolares e encontraram uma prevalência de excesso de peso de 19%, no entanto, somente 5% das mães referiram que os seus filhos estavam acima do peso, enquanto 70% das mães acreditavam que os filhos com excesso de peso tinham peso semelhante ao das crianças eutróficas. A análise qualitativa dos dados permitiu aos autores fundamentarem esta distorção em crenças de que os filhos com excesso de peso são vistos pelos pais como sendo “fortes” e “maciços” e não “gordos”.

Em 2009, Pires, Nascimento & Silva, (2009), vieram ao encontro destes resultados, ou seja, mostraram que existe a tendência em subestimar o peso dos filhos com excesso de peso e obesidade, pois 81,1% das crianças foram percebidas pelos pais como tendo um peso normal, quando na realidade, apenas 64,1% o eram, e 7,5% das crianças foram consideradas com excesso de peso pelos pais, quando na realidade existiam 16,7%. Ainda nesse estudo, os pais não perceberam crianças obesas, quando na realidade, 17,9% o eram. Aparício, Cunha, Duarte & Pereira (2011) revelam que os pais têm uma percepção distorcida da imagem corporal dos filhos, assinalando uma tendência para subestimar o verdadeiro estado nutricional das crianças.

A relação percepção materna, excesso de peso e obesidade de filhos foi examinada num estudo transversal, realizado em Buenos Aires (Hirschler, 2006), tendo sido avaliadas 321 mães de crianças pré-escolares, com idade média de 4,39 anos e de ambos os sexos. A análise a respeito da percepção materna identificou uma diferença significativa na distorção da percepção da imagem corporal entre as mães de crianças com peso normal (17%) e mães de crianças com excesso de peso (87,5%). Entre as mães de crianças com excesso de peso, 23,7% acreditavam que o seu filho realmente apresentava excesso de peso e apresentavam uma diferença significativa na distorção da percepção dos hábitos alimentares, em relação a mães de crianças com peso normal (90,8% contra 36,3%). Este estudo demonstrou que a falta de percepção materna, do excesso de peso em crianças em idade pré-escolar, se associa a um maior risco desse problema nesta faixa etária.

Assim, ajudar os pais a reconhecerem que a obesidade nas crianças é um problema de saúde e a identificarem o verdadeiro estado nutricional dos seus filhos, pode ser o primeiro passo na promoção de um estilo de vida mais saudável.

Q2 – Qual a diferença entre a percepção parental da imagem corporal da criança e o seu estado nutricional no estudo A e no estudo B?

Como já foi referido anteriormente, é imperativo compreender a percepção parental relativamente à imagem corporal dos seus filhos e as consequências dessa percepção

no desenvolvimento das crianças (Tavares, 2003). Ao compararmos a percepção parental com o estado nutricional das crianças avaliado pelo percentil de IMC, os resultados indicaram tendência parental em subestimar o verdadeiro estado nutricional, dado que não têm consciência da existência de obesidade nos seus filhos, (apenas 0,4% assinalam as imagens representativas dessa situação).

Podemos observar que, 53.7% das crianças percecionadas como tendo peso normal, na realidade 28.7% apresentavam obesidade e 56.6% tinham pré-obesidade, das 26.0% percecionadas com pré-obesidade, na realidade 65.8% tinham obesidade, das 19.9% percecionadas como tendo baixo-peso, 26.1% apresentavam peso normal, 7.7% tinham pré-obesidade e 3.8% tinham obesidade.

Analisando a diferença entre os estudos, verifica-se que no estudo A, 56,3% das crianças percecionadas como tendo peso normal, 24,7% apresentavam de facto obesidade, 56,1% apresentavam pré-obesidade e 25% baixo peso. Das 23,2% assinaladas pelos pais como apresentando pré-obesidade, na realidade 68,0% tinham obesidade.

Relativamente ao estudo B das 52.3% das crianças percecionadas pelos pais, como tendo peso normal, na realidade 87% apresentavam Excesso de peso (30.2% obesidade e 56.8% pré-obesidade). As crianças assinaladas pelos pais como tendo pré-obesidade, na realidade 64.9% apresentavam obesidade. A diferença de médias entre os estudos assumiu-se como significativa, o que valida a evolução na percepção parental do estudo A para o B.

Em vários estudos realizados, identificou-se a não percepção das mães, ou dos pais, a respeito do “status” corporal em relação ao que atualmente é considerado pelas áreas de saúde como adequado. Tanto há dificuldade de reconhecer o sobrepeso ou a obesidade das crianças, quanto há uma tendência a minimizar a imagem corporal, relatando uma criança mais leve do que ela é realmente. Diversos trabalhos mostram que os pais tendem a subestimar o peso corporal dos seus filhos. Eckstein et al (2006) estudaram a percepção dos pais em relação ao peso e à saúde dos filhos com idades entre os dois e os 17 anos. Os pais deveriam assinalar o esboço do tipo corporal que mais se aproximava do do seu filho. Os autores observaram que mais de 70% assinalaram esboços mais magros do que o correspondente real. Noutro estudo, 63% dos pais de escolares canadenses com excesso de peso percebiam o peso dos seus filhos como adequado para a idade e, curiosamente, 22% dos pais de crianças eutróficas percebiam-nas com peso abaixo do normal (He & Evans, 2007). Na Austrália, Campbell et al (2006) avaliaram 324 pais de pré-escolares e encontraram

uma prevalência de sobrepeso de 19%. Apesar disso, somente 5% das mães relataram que seus filhos estavam acima do peso, enquanto 70% das mães acreditavam que os filhos com excesso de peso tinham peso semelhante ao das crianças eutróficas. No Reino Unido, Carnell et al (2005) analisaram mães e crianças de três a cinco anos e notaram que somente 1,9% dos pais cujas crianças tinham sobrepeso e 17,1% dos pais de crianças obesas acreditavam que seus filhos estavam acima do peso. Apesar de poucos pais perceberem o excesso de peso, 66,2% expressaram a preocupação de que o sobrepeso na infância se pudesse tornar obesidade na vida adulta. Aparício (2012), reconhece uma evolução na acurácia de percepção das crianças sobretudo das com pré-obesidade, contudo, ainda pouco acurada nos pesos extremos.

Tem sido reconhecido que uma das causas para a distorção da imagem corporal dos filhos se baseia na crença de que com o crescimento, o peso tende a distribuir-se mais uniformemente e a tornar-se normal, ou que esta pode estar associada a sentimentos de negação e relutância ou dessensibilização em admitir um problema de peso.

Q3 – Qual a relação entre o comportamento alimentar e a percepção parental da imagem corporal das crianças no estudo B?

Para respondermos a esta questão, efetuámos uma regressão entre as várias dimensões do comportamento alimentar e a percepção parental das crianças, onde se verificou que a percepção parental estabelece relações positivas com todas as dimensões do comportamento alimentar, exceto com a dimensão *Subingestão emocional* em que a relação é negativa, revelando-se todas elas não preditores da percepção parental das crianças.

Face aos resultados encontrados podemos inferir que nenhuma das dimensões do comportamento alimentar se revelam explicativas da Percepção parental da criança, no entanto observamos que os comportamentos alimentares *Resposta à comida / prazer em comer*, *Resposta à saciedade / ingestão lenta* e *Seletividade*, estão associadas a uma maior imagem na Percepção parental, enquanto que, os comportamentos alimentares *Subingestão emocional*, *Sobreingestão emocional* e *Desejo de beber*, se associam a uma menor imagem na Percepção parental. Este facto parece indicar que a percepção parental também é influenciada pelo comportamento alimentar da criança podendo repercutir-se nas suas atitudes no momento das refeições. No que diz respeito às atitudes alimentares dos pais face aos seus filhos, não é completamente claro se as suas atitudes restritivas aumentam o risco de obesidade destes ou se são,

pelo contrário, a sua consequência. Isto mesmo foi verificado por Clark e col.(2007), que como já foi referido anteriormente, verificaram que a pressão para comer efetuada pelas mães estava relacionada com a ingestão de alimentos menos saudáveis e consequentemente com o aumento de peso dos filhos. Wardle, 2007, citado em He & Evans (2007), diz que não estão ainda definitivamente esclarecidas as consequências comportamentais da restrição, nem tão pouco a relação entre restrição e obesidade. Também não é completamente claro se as atitudes dos pais restritivas aumentam o risco de obesidade destes ou se são, pelo contrário, a sua consequência. Blissett e Haycraft (2008)

Podemos proferir, perante os resultados, que não existe uma relação entre o comportamento alimentar e a perceção parental da imagem corporal da criança.

É importante realçar que os primeiros cinco anos de vida, são um período de risco para o desenvolvimento de excesso de peso, e que as características do comportamento alimentar, nomeadamente a neofobia alimentar, típica das crianças em idade pré-escolar, pode facilitar o desenvolvimento destes fatores de risco, se a criança não for exposta precocemente aos diversos sabores e texturas. (Ventura, Savage, May & Birch, 2011).

Uma vez que os comportamentos relacionados com a saúde das crianças em idade pré-escolar permanecem em grande parte sob a influência dos seus pais, considera-se complexo enfrentar de forma eficaz a epidemia da obesidade na infância particularmente em Portugal, sem melhorar a compreensão dos pais para as consequências deste problema na saúde das crianças. Consideramos pertinente neste âmbito avaliar de forma sistemática a perceção dos pais sobre a imagem corporal da criança, nas consultas de vigilância de Saúde Infantil, definindo posteriormente as estratégias mais adequadas à situação. Integrar as crenças e outros aspetos culturais na promoção e vigilância de saúde da criança, poderá ter um impacto muito positivo nas mudanças de comportamento da família.

7 - Conclusões

Neste estudo de investigação, pretendeu-se abordar a problemática da obesidade em crianças de idade pré-escolar, focando mais especificamente alguns determinantes como a perceção parental da imagem corporal dos filhos e o comportamento alimentar, através de uma comparação entre dois estudos, de modo a verificar a evolução da perceção parental.

Estando a criança inserida num ambiente familiar, e sendo os pais e família quem mais contribui para o seu bem-estar, não só físico, mas também social e mental, torna-se imperativo o estudo do impacto do contexto ambiental, nomeadamente a circunstância familiar, enquanto preditor da obesidade dos descendentes, dado que as evidências indicam que o nível de adiposidade na infância influencia a adiposidade na vida adulta, principalmente se os pais tiverem igualmente excesso de peso.

Na execução deste estudo, percebemos que existem muitas investigações efetuadas no âmbito da obesidade infantil, mas nenhuma em que fosse abordada a evolução da perceção parental do estado nutricional da criança, ou que abordasse a relação entre a perceção da imagem corporal e o comportamento alimentar da mesma, pelo que consideramos esta investigação como mais um contributo para esta problemática. Colocar estudos no terreno é cada vez mais difícil pelas dificuldades e limitações associadas ao trabalho de campo, pelo que utilizar, com a respetiva autorização dos autores, estudos já realizados, para que se possa analisar se existe evolução da problemática, pode ser uma forma de ultrapassar aquelas dificuldades e dar visibilidade e nova dimensão aos estudos originais.

Os autores dos estudos, Graça Aparício, 2012 – Estudo A e Graça Aparício, Madalena Cunha, João Duarte; Anabela Pereira, Jorge Bonito e Carlos Albuquerque, 2013 – Estudo B, desenvolveram os estudos que suportaram esta investigação e de onde se evidenciaram as seguintes conclusões:

Os pais pertencentes ao estudo A viviam na sua grande maioria na zona urbana e os do estudo B maioritariamente na zona rural.

Relativamente á preocupação dos pais acerca do estado nutricional dos seus filhos, verificaram que os pais se encontravam nada/pouco preocupados com esta questão, no entanto é possível realçar uma maior preocupação dos pais do estudo B em

relação aos pais do estudo A, com essa possibilidade, sendo as diferenças entre os estudos significativas.

Analisando a percepção parental da imagem corporal das crianças no estudo A, 20.4% dos pais perceberam os filhos como tendo baixo-peso, enquanto no estudo B apenas 19.6% o fizeram. Com excesso de peso no estudo A, foram percebidos 23.3% das crianças (23.2% com pré-obesidade e 0.1% com obesidade), enquanto no estudo B os pais já perceberam uma percentagem maior de crianças com excesso de peso (28.1%), sendo 27.5% com pré-obesidade e 0.6% com obesidade.

Relativamente ao estudo A, 56,3% das crianças percebidas como tendo peso normal, 24,7% apresentavam de facto obesidade, 56,1% apresentavam pré-obesidade e 25% baixo peso. Das 23,2% assinaladas pelos pais como apresentando pré-obesidade, na realidade 68,0% tinham obesidade. Relativamente ao estudo B das 52.3% das crianças percebidas pelos pais, como tendo peso normal, na realidade 87% apresentavam Excesso de peso (30.2% obesidade e 56.8% pré-obesidade). As crianças assinaladas pelos pais como sendo pré-obesas, na realidade 64.9% apresentavam obesidade.

A análise das diferenças entre os estudos revelou-se estatisticamente significativa.

Face às questões formuladas foi possível concluir que:

No estudo B um maior número de pais assinala as imagens representativas de pré-obesidade e obesidade, enquanto no estudo A os pais sinalizam as crianças no grupo da normalidade e baixo-peso, respectivamente, com diferenças estatísticas significativas entre os estudos.

Apesar da evolução, os pais não reconhecem a existência de obesidade nos seus filhos, dado que poucos assinalaram as imagens representativas dessa situação e apenas uma pequena percentagem os percebe como tendo excesso de peso, ou seja, têm tendência a subestimar o verdadeiro estado nutricional dos filhos, contudo esta distorção era tanto menor quanto mais elevado era o IMC da criança.

É visível uma evolução favorável da percepção parental do estudo A para o estudo B, em que os pais têm uma imagem mais real do estado nutricional dos seus filhos e os percebem em maior percentagem com pré-obesidade e obesidade, com diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente à percepção parental do estado nutricional da criança, os resultados indicam que os pais continuam a ter uma percepção distorcida da imagem corporal dos

filhos, assinalando ainda tendência para subestimar o verdadeiro estado nutricional das crianças, revelando-se a diferença de médias significativa.

Uma percepção parental da imagem corporal da criança distorcida pode prejudicar não só a oferta e atitudes face à alimentação, assim como os tratamentos. Esse facto pode explicar o quadro atual na incompreensão do sobrepeso, prejudicando ações preventivas e influenciar a não constatação da necessidade terapêutica.

Desse modo podemos propor a percepção parental do estado corporal como um subitem a incluir nessa complexa multifatoriedade do excesso de peso em crianças e adolescentes.

Relativamente à relação entre o comportamento alimentar da criança e a percepção parental da sua imagem corporal, verificou-se que nenhum comportamento alimentar do CEBQ, é preditor da mesma, concluindo-se contudo que quanto maior a Resposta à saciedade / Ingestão lenta, Resposta à comida / prazer em comer e Seletividade, maior é a percepção parental da imagem corporal da criança e quanto maior a Subingestão emocional, o Desejo de beber e a Sobreingestão emocional, menor é a percepção parental do estado nutricional da criança.

Face aos resultados obtidos, revela-se pertinente investir na área da prevenção, nomeadamente na consulta de vigilância infantil, tendo em conta a individualização dos cuidados. Os profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro de saúde infantil e o enfermeiro de família devem ser capazes de avaliar o tipo de família com que se deparam, os seu hábitos e comportamentos face à alimentação quer da família quer da criança, de modo a definir estratégias com e para a família, de modo a promover a saúde e o bem-estar das crianças e da sua família.

Uma vez que os comportamentos relacionados com a saúde das crianças em idade pré-escolar permanecem, em grande parte, sob a influência e controle dos seus pais, será difícil enfrentar, de forma eficaz, a epidemia da obesidade na infância no nosso país, sem aumentar a compreensão dos pais para as consequências deste problema na saúde das crianças e desta forma a sua adesão ao tratamento. Do ponto de vista da saúde pública, consideramos pertinentes as campanhas de sensibilização, através dos média, para a divulgação deste grave problema de saúde e das suas implicações no futuro das crianças.

Assim, ajudar os pais a reconhecerem o estado nutricional dos seus filhos e consciencializá-los de que o excesso de peso e a obesidade são problemas de saúde,

pode ser o primeiro e um importante passo para a resolução do grave problema do excesso de peso infantil em Portugal.

Implicações para a prática

Indo ao encontro dos resultados obtidos, cada vez mais se torna necessário, o desenvolvimento de um conjunto de intervenções, que contribuam para a prevenção do excesso de peso e obesidade na idade pediátrica.

Uma metodologia possível seria a implementação de projetos no terreno, particularmente em famílias vulneráveis e/ou em risco, recorrendo á visitaçã domiciliária e a sessões de esclarecimento, de modo a produzir e a aprofundar conhecimentos, implementando programas de intervenção centrados na criança e na família, que visem estimular comportamentos saudáveis, tais como a preferência pelo consumo de água em vez de refrigerantes, a ingestão de alimentos saudáveis, em vez da chamada “comida de plástico” carregada de calorias e a compreensão dos pais no reconhecimento do verdadeiro estado nutricional dos seus filhos.

A consulta de saúde infantil nos cuidados de saúde primários, poderá ser um espaço de excelência para se detetar atempadamente algum problema nesta área, de modo a que o enfermeiro tome as devidas atitudes para prevenir a doença e promover a saúde, inculcando sempre a importância do papel parental, pois uma percepção adequada do estado nutricional das crianças deve ser fator de primeira instância nos tratamentos de obesidade na infância, principalmente pelo fato da construção dos hábitos alimentares se darem no seio familiar, sofrendo influências significativas do ambiente e das atitudes dos pais.

A percepção materna distorcida pode prejudicar os tratamentos e isso pode explicar o quadro atual de compreender o excesso de peso como uma norma, prejudicando ações preventivas e influenciar a não constatação da necessidade terapêutica.

Desse modo podemos propor a percepção materna do estado corporal como um subitem a avaliar nessa complexa multicausalidade do excesso de peso e da obesidade em crianças e adolescentes.

Desta forma, a nossa intervenção precoce em parceria com a família, torna-se fundamental, de modo a reduzir os fatores de risco da obesidade, aumentando consideravelmente os factores protectores e os benefícios para a saúde das crianças.

Lista de Referências

- Abêbora, A., Espanca, R., & Franco, V. (2012). Obesidade e Imagem Corporal: Avaliação materna em crianças de nível pré-escolar. Comportamentos de saúde infanto-juvenis: Realidades e Prespetivas. Escola Superior de Saúde. Viseu. pp. 133-145.
- Abrantes, P., et al. (2002). Reorganização curricular do ensino básico. Novas áreas Curriculares. Lisboa: DEB-ME
- Aline e Silva Tenorio, Fernanda Kobayashi. Obesidade infantil na percepção dos pais *Perception of childhood obesity by parents. Rev Paul Pediatr 2011;29 (4): 634-9.*
- Almeida R, Garrido C, Guedes M, Bravo L, Nóvoa C. Obesidade e televisão: qual a sua relação real? *Acta Pediatr Port.* 2002;33(5): 323– 7.
- Andrade, A., & Bosi, M. (2003). Mídia e subjetividade: Impacto no comportamento alimentar feminino. *Revista de Nutrição*, 16 (1), 117-125. Doi: 10.1590/S1415-52732003000100012
- Andrade, G., Barros, L., & Ramos, R. (2011). *What's needed to change parents' accuracy of children weight status* Paper presented at the International Conference on Childhood Obesity, Oeiras. Resumes Book retrieved from http://www.uatlantica.pt/cnutricao/Book_CIOI.pdf
- Aparício Costa MG. Obesidade infantil: práticas alimentares e percepção materna de competências [Projecto de Doutoramento]. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2009.
- Aparício G. (2010). Ajudar a desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância. *Millenium*, 38, 283-298
- Aparício G, Cunha, M., Albuquerque, C., Bonito, J., Franco, V., Oliveira, A.J., ...Pereira, A. (2011). Obesidade Infantil: Contextualização no mundo e em Portugal. In A. Pimentel & V. Franco (Coords). *Diálogos dentro da Psicologia. Contributos da investigação luso-brasileira em psicologia social, clínica e educacional* (pp.161-182). (s.l.) edições Aloendro.

- Aparício MG, Cunha M, Duarte J, Pereira A. Olhar dos pais sobre o estado nutricional das crianças pré-escolares. *Millenium*. 2011; 40: 99-113.
- Aparício MG. Obesidade infantil: práticas alimentares e percepção materna de competência [Tese de Doutorado]. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2012.
- Azevedo MR, Araújo CL, Cozzensa da Silva M, Hallal PC. *Rev Saude Publica*. 2007 Feb; 41(1): 69-75.
- Baker et al (2010). Evaluation of the overweight/obese child – Practical tips for the Primary Health Care Provider: Recommendations from the childhood Obesity Task Force of the European association for the study of obesity. *Obesity Facts, Review Article*. 3: 131-137
- Barbosa, V. L. (2004). Prevenção da obesidade na infância e na adolescência. Exercício, Nutrição e Psicologia. 1ª Edição. Editora Manole: Tamboré
- Baughcum AE, Leigh BA, Chamberlin A, Deeks CM, Powers SW, Robert C. Whitaker R. C. Maternal perceptions of overweight preschool children. *Pediatrics*. 2000; 106(6): 1379-87.
- Birch LL, Fisher JO, Grimm-Thomas K, Markey CN, Sawyer R, Johnson SL. Confirmatory factor analysis of the child feeding questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*. 2001; 36: 201-210.
- Blissett J, Haycraft E. Are parenting style and controlling feeding practices related? *Appetite*. 2008, 50, 477-485.
- Branca, F., Nikogosian, H., & Lobstein, T. (2007). *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*: WHO.
- CDC. CDC's 60th anniversary: director's perspective---David J. Sencer, M.D., M.P.H., 1966--1977. *MMWR* 2006; 55:745--9.
- CDC. (2000). National Center for Health and Statistics. Clinical Growth Charts. Retrieved 04 Aug 2008 http://www.cdc.gov/growthcharts/clinical_charts.htm
- Campana S. E .Accuracy, precision and quality control in age determination, including a review of the use and abuse of age validation methods . *Journal of Fish Biology*. Volume 59, Issue 2, August 2001, Pages: 197–242. Article first published online: 1 APR 2005, DOI: 10.1111/j.1095-8649.2001.tb0012

- Campbell NW, Williams J, Hampton A, Wake M. Maternal concern and perceptions of overweight in Australian preschool-aged children. *Med J Aust* 2006;184:274-7.
- Caprio, S., Daniels, S. R., Drewnowski, A., Kaufman, F. R., Palinkas, L. A., Rosenbloom, A. L., & Schwimmer, J. B. (2008). Influence of race, ethnicity, and culture on childhood obesity: implications for prevention and treatment: a consensus statement of Shaping America's Health and the Obesity Society. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Diabetes Care*, 31(11), 2211-2221. doi: 10.2337/dc08-9024
- Cardoso, A. Estado Nutricional da Criança: Influência do Comportamento Alimentar e da Cultura Organizacional da Família. Viseu. 2013
- Carla E., Betzabeth S., 2010 Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(1): 163-71
- Carnell S, Edwards C, Croker H, Boniface D, Wardle J. Parental perceptions of overweight in 3-5 y olds. *Int J Obes (Lond)* 2005;29:353-5.
- Carnell, S., Wardle, J. Obesity associated genetic variation in FTO is associated with diminished satiety *CMA Haworth, IS Farooqi, S O'Rahilly, R Plomin The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 93 (9), 3640-3643
- Cash, T.F., & Pruzinsky, T. (2002). Future challenges for body image theory, research, and clinical, practice. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body Images: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice* (pp. 509-516). New York: Guilford Press.
- Centers for Diseases Control and Prevention (CDC). National Center for Health and Statitics. Clinical Growth Charts [Internet]. GA, USA: CDC; [Revisão 2000 Março 22; consult. 2008 Junho 4]. Disponível em:
http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/growthcharts/clinical_charts.htm.
- Clark H, Goyder E, Bissel P, Blank L, Peters J. How do parents' child-feeding behaviour influence child weight? Implications for childhood obesity policy. *J Public Health*. 2007; 29 (2), 132-141.
- Cole T.J, Bellizzi M.C, Flegal K.M, Dietz W.H. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000;320:1-6.

- Collins, M. E. (1991). Body Figure Perceptions and Preferences Among Preadolescent Children. *International Journal of Eating Disorders*, 10(2), 199-208.
- Cutting T, Fisher J, Grimm-Thomas K, Birch L. Like mother, like daughter: Familial patterns of overweight are mediated by mothers' dietary disinhibition. *Am J Clin Nutr*. 1999; 69, 608-613.
- Daniela A. Obesidade Infantil - Programa multidisciplinar de intervenção em alunos do 6º ano; Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina, Covilhã, 2010
- Direção Geral da Saúde – Orientação da direção geral da saúde: Escala de Braden: Versão adulto e pediatria (Braden Q), 19/05/2011
- Direção Geral da Saúde – Norma da direção geral da saúde – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil – Divisão de saúde sexual, reprodutiva, infantil e juvenil. Lisboa 31/05/2013
- Do Carmo I. Santos, O. Camolas, J. Vieira, J, (2008). *Obesidade em Portugal e no mundo*. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Duarte, E. (2008). Estilos de vida familiar e peso excessivo na criança em idade pré-escolar na região da Beira Interior. In I. Do Carmo & J. Vieira (Eds.), *Obesidade em Portugal e no Mundo* (pp. 139-159). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Drapeau V, Despres JP, Bouchard C, Allard L, Fournier G, Leblanc C, et al. Modifications in food-group consumption are related to long-term body-weight changes. *Am J Clin Nutr* 2004; 80: 29-37
- Eckstein KC, Mikhail LM, Ariza AJ, Thomson JS, Millard SC, Binns HJ *et al*. Parents' perceptions of their child's weight and health. *Pediatrics* 2006; 117:681-90.
- Faith M, Scanlon K, Birch L, Francis L, Sherry B. Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obes Res*. 2004; 12 (11), 1711-1722.
- Fatores de risco associados à obesidade e sobrepeso em crianças em idade escolar
 Patrícia Carriel Silvério Lopes¹; Sônia Regina Leite de Almeida Prado¹; Patrícia Colombo² ¹Universidade de Santo Amaro. Curso de Enfermagem. São Paulo, SP
²Universidade de Santo Amaro. Curso de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil. São Paulo, SP

- Feldman H, Gauthier S, Hecker J, Vellas B, Subbiah P, Whalen E; Donepezil MSAD Study Investigators Group. *Neurology*. 2001 Aug 28;57(4):613-20. Erratum in: *Neurology* 2001 Dec 11;57(11):2153.
- Fernández, C. ; Rubert-Alemán, J. ; Sánchez-Séiquer, P., 2004. Effect of two sources of protein on performance in Murciano-Granadina goats during lactation. *Options Méditerranéennes : Série A*, 59: 79-83
- Fisher, J. O. & Hodges, E. A. (2011). Determinantes e consequências de obesidade infantil. Comentários sobre Chaput e Tremblay e Ventura, Savage, May e Birch in R. E., Tremblay, M. Boivin, R. D. V., Peters (Eds). *Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância* (pp. 1-7). Montreal, Quebec: Centre of excellence for early childhood development. Acedido em 15.09.2014. Disponível em <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/Fisher-HodgesPRTxp1.pdf>
- Flynn MA, McNeil DA, Maloff B, Mutasingwa D, Wu M, Ford C, Tough SC. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. *Obes Rev* 2006; 7(S1): 7-66
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Franceschi, C., et al. Inflammaging and anti-inflammaging: a systemic perspective on aging and longevity emerged from studies in humans. *Mech. Ageing Dev.* 128:92–105.doi:10.1016/j.mad.2006.11.016
- Gualdi-Russo E, Albertini A, Argnani L, Celenza F, Nicolucci M, Toselli S. Weight status and body image perception in Italian children. *Journal of Humann Nutrition Diet.* 2008; 21: 39-45
- Gualdi-Russo E, Manzon VS, Masotti S, Toselli S, Albertini FC, Zaccagni L. Weight status and perception of body image in children: the effect of maternal immigrant status. *Nutrition Journal.* 2012; 11: 85.
- Hackie M, Bowles CL. Maternal perception of their overweight children. *Public Health Nursing.* 2007; 24(6): 538-546.
- Hallal PC, Bertoldi AD, Gonçalves H, Victora CG. Prevalência de sedentarismo e fatores associados em adolescentes de 10-12 anos de idade. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(6): 1277-87.

He M, Evans A. Are parents aware that their children are overweight or obese? Do they care? *Can Fam Physician* 2007; 53:1493-9.

Hense, S., Barba, G., Pohlabeln, H., De Henauw, S., Marild, S., Molnar, D., Ahrens, W. (2011). Factors that Influence Weekday Sleep Duration in European Children. *Sleep*, 34(5), 633-639.

Hirschler V, González C, Cemente G, Talgham S, Petticchio H, Jadzinsky M. Cómo perciben las madres de niños de jardín de infantes a sus hijos con sobrepeso? *Arch Argent Pediatr* 2006; 104(3):221-226.

IOTF. (2005a). About Obesity - Incidence, prevalence & comorbidity. *International Obesity Task Force*. Retrieved from <http://www.ietf.org>

Jackson D, McDonald G., Mannix, Faga P., Firtko A. Mothers' perceptions of overweight and obesity in their children. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2005; 23(2): 8-11.

Jeffery AN, Voss LD, Metcalf SB, Alba S, Wilkin TJ. Parents' awareness of overweight in themselves and their children: cross sectional study within a cohort (EarlyBird 21). *BMJ*. 2005; 330: 23-24.

Johannsen D, Johannsen N, Specker L. Influence of parent's eating behaviors and child feeding practices on children's weight status. *Obesity*. 2006; 14, 431-439.

Martins JM. Educação para a saúde e estilos de vida saudáveis, estudo da aptidão física e saúde das crianças do 1.º ciclo da cidade do Fundão. 2006;17-18.

Johnson, S. L., & Birch, L. L. (1994). Parents' and children's adiposity and eating style. *Pediatrics*, 94 (5), 653-661.

- Madrigal-fritsch, Herlinda et al. Body image perception as an approach to assess nutritional status. *Salud pública Méx* [online]. 1999, vol.41, n.6, pp. 479-486. ISSN 0036-3634. [Http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36341999000600008](http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36341999000600008).
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4 (1), 65-90.
- Martins JM. Educação para a saúde e estilos de vida saudáveis, estudo da aptidão física e saúde das crianças do 1.º ciclo da cidade do Fundão. 2006;17-18.
- Mclza, Z., Goedecke, J. H., Steyn, N. P., Charlton, K., Puoane, T., Meltzer, S., Lambert, E. V. (2005). Development and validation of instruments measuring body image and body weight dissatisfaction in South African mothers and their daughters. [Validation Studies]. *Public Health Nutr*, 8(5), 509-519.
- Miranda, A. C., Santos, O., Araújo, J., Ramos, E., Lopes, C., Carreira, M., & Galvão-Teles, A.(2010). Prevalência da obesidade infanto-juvenil e perímetros da cintura em Portugal:resultados do EPOBiA. *Revista de Endocrinologia, Diabetes e Obesidade (ENDO)*, 4(4), 246.
- Moens E, Braet C, Soetens B. Observation of family functioning at mealtime: A comparison between families of children with and without overweight. *J Pediatr Psychol*. 2007; 32 (1), 52-63.
- Müller J, Hart CM, Francis NJ, Vargas ML, Sengupta A, Wild B, Miller EL, O'Connor MB, Kingston RE, Simon JA. Histone methyltransferase activity of a Drosophila Polycomb group repressor complex. *Cell*. 2002 Oct 18;111 (2): 197-208.
- Nelson MC, Gordon-Larsen P, Song Y, Popkin BM. Associations with Adolescent Overweight and Activity Built and Social Environments. *Am J Prev Med* 2006; 31: 109-17.
- Obesidade infantil na percepção dos pais *Perception of childhood obesity by parents Aline e Silva Tenorio1, Fernanda Cobayashi2 (Rev Paul Pediatr 2011;29 (4):634-9.)*
- Oehlschlaeger MHK, Pinheiro RT, Horta B, Gelatti C, San'Tana P. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes de área urbana. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(2): 157-63.

- Oliveira AMA de, Cerqueira EMM, Souza JS, Oliveira AC de. Sobrepeso e obesidade infantil: influência de fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana, BA. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2003; 47(2): 144-50.
- Oliveira CL, Fisberg M. Obesidade na infância e adolescência: uma verdadeira epidemia. *Arq Bras. Endocrinol Metab* 2003; 47(2): 107-108.
- Oliveira, M. (2006). Prevalência da obesidade infantil no Concelho da Ribeira Grande. *Nutricias - Revista da Associação Portuguesa dos Nutricionistas*, 6, 32-35.
- OMS (2005). The European Health Report 2005. Public Health Action for Healthier Childrean and Populations. OMS. Copenhaga.
- Orlet Fisher J, Rolls BJ, Birch LL. Children's bite size and intake of an entrée are greater with large portions than with age-appropriate or self-selected portions. *Am J Clin Nutr.* 2003 May; 77(5): 1164-70.
- Padez, C., Fernandes, T., Mourão, L., Moreira, P., Rosado, V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year-old portuguese children: trends in body mass index from 1970-2002. [versão electrónica]. *American Journal of Human Biology*, 16, 670-678.
- Patrick H, Nicklas TA. A review of family and social determinants of children`s eating patterns and diet quality. *J Am Coll Nutr.* 2005 Apr; 24(2):83–92.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo Lda.
- Pimentel, A., Franco, V. (2011). Diálogos dentro da psicologia: Contributos da investigação luso-brasileira em psicologia social, clinica e educacional, 1ª edição. Edições Aloendro: Universidade de Évora
- Pires I., Nascimento P., Silva S. Olhar Materno na Obesidade Infantil. Viseu, 2009
- Popkin BM. The nutrition transition and obesity in the developing world. *J Nutr* 2001; 131: 871-3.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2005) - Programa nacional de combate à obesidade. Lisboa: DGS, Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas.
- Portugal. (2006). *Divisão de Saúde Materna Infantil e do Adolescente. Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil: Actualização das Curvas de Crescimento.* Circular Normativa Nº 05/DSMIA). Lisboa: DGS.

- Powell AD, Kahn AS. Racial-differences in womens desire to be thin. *International Journal of Eating Disorders*. 1995; 17(2): 191-195
- Ramos, M., & Stein, L. M. (2000). Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *J Pediatr (Rio J)*, 76 (Supl.3), s229-s237.
- Rego, A., Sousa, F., Pina e Cunha, M., Correia, A. and Saur-Amaral, I. (2007), Leader SelfReported Emotional Intelligence and Perceived Employee Creativity: An Exploratory Study. *Creativity and Innovation Management*, 16(3), 250–264.
- Reilly, J. J., Armstrong, J., Dorosty, A. R., Emmett, P. M., Ness, A., Rogers, I., Sherriff, A. (2005). Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ*, 330 (7504), 1357. Doi: bmj.38470.670903.E0 [pii] 10.1136/bmj.38470.670903.E0
- Relvas, A., & Alarcão, M. (2002). *Novas formas de famílias*. Coimbra: Quarteto.
- Rising R, Lifshitz F. (2005). Relationship between maternal obesity and infant feeding-interactions. *Nutr J*. May; 12(4):17.
- Rito, A. (2006). Estado nutricional de crianças e oferta alimentar no pré-escolar do Município de Coimbra. In I. do Carmo (Ed.), *Obesidade em Portugal e no Mundo* (pp. 113-138). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Rito, A. (2007). Questionário de Frequência Alimentar e Hábitos Saudáveis dirigido a crianças dos 3-7 anos. www.obesidade.online.pt
- Rito, A. (2008). "Childhood Obesity Surveillance Initiative - WHO / Europe "(COSI), [consultado 01 Março de 2014]. Disponível online in: <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/142/4/Relat%C3%B3rio%20COSI-%20VERS%C3%83O%20FINAL.pdf>, 2008. p. 113-138.
- Rito, A., & Breda, J. (2010a). Prevalence of childhood overweight and obesity in Portugal – the national nutrition surveillance system. *Obesity Reviews*, 11(1).
- Singhal V, Schwenk WF, Kumar S. Evaluation and management on childhood and adolescent obesity. *Mayo Clin Proc*.2007 Oct; 82(10):1258–64. Rising R, Lifshitz F. Relationship between maternal obesity and infant feeding-interactions. *Nutr J*. 2005 May; 12(4):17
- Snoek H, Engels R, Janssen J, van Strien T. Parental behaviour and adolescents' emotional eating. *Appetite*. 2007; 49, 223-230.

- Taveras, E. M., Rifas-Shiman, S. L., Oken, E., Gunderson, E. P., & Gillman, M. W. (2008). Short sleep duration in infancy and risk of childhood overweight. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 162(4), 305-311. doi: 10.1001/archpedi.162.4.305 [pii]
- Ventura, A.K., J.S., May, L.A. & Birch, L.L. (2011). Preditores comportamentais, familiares e psicossociais precoces de sobrepeso e obesidade. In R.E., Tremblay, M. Boivin, R.D.V., Peters (Eds). Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância (pp. 1-11). Montreal, Quebec: Centre of excellence for early childhood development. Acedido em 29.08.2014. Disponível em <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/Ventura-Savage-May-BirchPRTxp1.pdf>.
- Viana V, Candeias LII, Rego CIII, Silva DIV Comportamento alimentar em crianças e controlo parental: uma revisão da bibliografia Alimentação Humana 2009 · Volume 15 Nº 1
- Viana, V. (2002). Psicologia, Saúde e nutrição: contributo para o estudo de comportamento alimentar. *Análise psicológica*. 4(XX), 611-624
- Viana, V., Santos, P. & Guimarães, M.J. (2008). Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9, nº2, 209-231.
- Viana V., Sinde, S. (2008). O comportamento alimentar em crianças: Estudo de validação de um questionário numa amostra portuguesa (CEBQ) (2008). *Análise Psicológica*. 1(XXVI). 111-120.
- Victor Viana, Tânia Franco, & Cecília Morais O Estado Ponderal E O Comportamento Alimentar De Crianças E Jovens: Influência Do Peso E Das Atitudes De Controlo Da Mãe. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Porto, Portugal. *Psicologia, saúde & doenças*, 2011, 12(2), 267-279
- Wardle, J., Parmenter, K., & Waller, J. (2000). Nutrition knowledge and food intake. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Appetite*, 34 (3), 269-275. doi: 10.1006/appe.1999.0311
- Wardle J. Understanding the aetiology of childhood obesity: implications for treatment. *Proc Nutr Soc*. 2005 Feb;64(1):73–9.

- World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO; 2000.
- World Health Organization (WHO). Global strategy on diet, physical activity and health: World Health Organization. Geneva: WHO; 2003.
- WHO. (2004). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Retrieved from http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf
- WHO. (2006). *European Charter on counteracting obesity*. Paper presented at the WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity, Istanbul.
- WHO. (2007a). *European Ministerial Conference on Counteracting Obesity. Conference Report. Copenhagen*. Publications retrieved from <http://www.euro.who.int/en/what-wepublish/abstracts/who-european-ministerial-conference-on-counteracting-obesity.-conference-report>
- WHO. (2009a). *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization.
- Wilson, A. C., Forsyth, J. S., Greene, S. A., Irvine, L., Hau, C., & Howie, P. W. (1998). Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up of cohort of children in Dundee infant feeding study. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *BMJ*, 316(7124), 21-25.
- Young-Hyman D, Herman LJ, Scott DL, Schlundt DG. *Obes Res*. 2000 May;8(3):241-8.

ANEXOS

ANEXO I

(Autorização dos autores do estudo A)

Caro(a) investigador(a)

Agradecemos o seu interesse no meu estudo elaborado no âmbito do doutoramento em Ciências e Tecnologias da Saúde na Universidade de Aveiro, sob orientação da Prof. Doutora Anabela Pereira e Co-orientação da Prof. Doutora Madalena Cunha, intitulado: *Obesidade Infantil: práticas alimentares e percepção materna de competências* (Aparício, Graça, 2012).

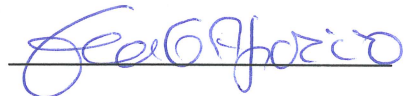
Tenho todo o gosto em lhe disponibilizar dados referentes ao estudo 2 da referida Tese, especificamente da avaliação da “*percepção parental da imagem corporal da criança*”, para fins da sua investigação, assim como de outros dados de caracterização dos participantes neste estudo.

Deste modo, garantimos permissão para a sua utilização, contudo salvaguardamo-nos o direito de solicitar que respeite e atenda a algumas condições exigíveis:

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

Com os melhores cumprimentos,

Visu, 24 de novembro de 2014



(Maria da Graça Ferreira Aparício Costa, PhD)

gaparicio5@hotmail.com

ANEXO II

(Autorização dos autores do estudo B)

Caro(a) investigador(a)

Agradecemos o seu interesse no nosso estudo “*Nutritional status in preschool children: current trends of mother’s body perception and concerns*” (Graça Aparício^{a,*}, Madalena Cunha^a, João Duarte^a, Anabela Pereira^b, Jorge Bonito^c, Carlos Albuquerque^a, 2013) elaborado no âmbito do projeto: **“Monitorização de indicadores de Saúde Infanto-Juvenil: Impacto na educação para a saúde”** (MISIJ), com Referência: PTDC/CPE-CED/103313/2008, desenvolvido sob a coordenação do Investigador Responsável Carlos Manuel de Sousa Albuquerque e proposto pelo Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde.

Temos todo o gosto em lhe disponibilizar dados referentes ao estudo supracitado para fins desta investigação, assim como de outros dados de caracterização dos participantes naquele estudo.

Deste modo, garantimos permissão para a utilização, contudo salvuardamo-nos o direito de solicitar que respeite e atenda a algumas condições exigíveis:

1. Obter o compromisso de receber os resultados do seu estudo;
2. Receber uma cópia dos dados de validade e fiabilidade (se aplicável) obtidos na sua investigação;
3. Todas as referências ao estudo original ou a sua utilização, realizadas no âmbito da atual dissertação de mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da ESSV, ou na publicação de outros trabalhos com ele relacionado, devem incluir a citação da autoria do estudo original e a referência do projeto, conforme indicado na introdução a este documento.

Com os melhores cumprimentos,

Viseu, 24 de novembro de 2014

Pelos Autores


(Maria da Graça Ferreira Aparício Costa, PhD)

gaparicio5@hotmail.com

ANEXO III

(Instrumento de colheita de dados aplicado no estudo A – Escala de determinantes infantis e parentais de excesso de peso)



Ex. ^{mo} Senhor(a)

No âmbito da preparação da Dissertação de Doutoramento na Universidade de Aveiro, subordinada ao tema: "Obesidade Infantil: práticas alimentares e percepção materna de competências", vimos pedir a sua colaboração para responder a este questionário.

A sua informação é muito importante para avaliarmos alguns factores associados à obesidade infantil e podermos tomar medidas preventivas. Os questionários são **anónimos** e a participação neste estudo é **voluntária**. As suas respostas são totalmente **confidenciais** dado que apenas a **equipe de investigação** terá acesso a estes dados, que serão alvo de tratamento estatístico.

Lembramos que não há respostas certas ou erradas, todas serão válidas se traduzirem as **vivências, comportamentos e atitudes** no dia-a-dia com a sua criança. Assim, solicitamos a sua participação, bastando para isso responder às questões que lhe são colocadas.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula () , deve assinalar com uma cruz (X) a(s) alínea(s) que está(ão) de acordo com o seu caso. Nas questões com um espaço em branco (____), deve responder claramente e de forma legível, de acordo com aquilo que faz, sente ou pensa.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos, por favor, que não deixe nenhuma questão por responder.

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

ESCALA DE DETERMINANTES INFANTIS E PARENTAIS DE EXCESSO DE PESO

Parte I – QUESTIONÁRIO BIOGRÁFICO

Espaço destinado à equipa de investigação
Número Questionário _____
Código Instituição _____

1 - DADOS PESSOAIS E ANTECEDENTES DA CRIANÇA

1.1 Questionário respondido por:

Pai Mãe Outro, Quem? _____ (indique o parentesco ou outra relação com a criança)

1.2 A criança mora com: (pode assinalar mais do que uma opção)

Pais (pai e mãe) Só com a Mãe Só com o Pai Pais e Irmãos
 Outros, Quem? _____

1.3 Quantos irmãos tem a criança? _____

2. ANTECEDENTES DA CRIANÇA

2.1 Data de nascimento ____/____/____

2.2 Sexo: Masculino Feminino

2.3 A criança nasceu com quantas semanas de gestação? _____ semanas; Não sei

2.4 Peso ao nascer: _____ (gramas) (por favor, confirme este dado no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil)

2.5 Comprimento ao nascer: _____ (centímetros) (por favor, confirme este dado no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil)

2.6 No Final da gravidez a mãe pesava _____ (por favor, confirme este dado no Boletim de Saúde da grávida)

2.7 Durante a gravidez a mãe sofreu de diabetes gestacional?

Não Sim Não sei

2.8 Idade da mãe quando o bebé nasceu _____ anos

2.9 Recorde-se da alimentação da criança no 1.º ano de vida. Durante quanto tempo foi amamentada só com leite materno?

a) Não foi amamentada

b) Foi amamentada com leite materno: _____ meses;

2.10 Com que idade introduziu ao seu filho(a) a 1.º papa? ____ meses; e a 1.º sopa? ____ meses; Não sei

2.11 Que Tipo de alimentos lhe introduziu (assinale com uma cruz), e com que idade (refira para cada um dos alimentos)

Alimento	Sim	Não	Idade (dias, meses ou anos)	Não Sei
Leite adaptado (de lata)				
Leite de vaca				
Papa sem glúten				
Papa com glúten				
Fruta				
Carne				
Peixe				

2.12 Quem o(a) ajudou a decidir sobre a introdução de novos alimentos? (pode assinalar mais do que uma opção)

- Mãe
- Pai
- Outro familiar
- Pediatra/médico
- Enfermeiro
- Nutricionista
- Outro, Quem? _____

2.13 A criança sofre de alguma doença?

- Não
- Sim
- Qual? _____

2.14 A criança faz alguma alimentação especial?

- Não
- Sim

Se sim, Qual? _____ Porquê? _____
 Quem recomendou? _____

PARTE II – QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR E HÁBITOS SAUDÁVEIS

3. ACTIVIDADE FÍSICA

3.1 Durante o dia a criança frequenta:

- Jardim-de-Infância
- ATL
- Fica em casa
- Fica com _____

3.2 A criança passa, por norma, quantas horas fora de casa? _____ horas

3.3 De que forma a criança se desloca quando sai de casa? (Assinale com uma cruz na opção e refira o tempo gasto nesse percurso)

	Nunca	Quase nunca	Poucas vezes	Sempre	Tempo (Minutos ou horas por dia)
A pé					
Bicicleta					
Carro					
Autocarro					
Outro					

Se Outro, Qual? _____

3.4 Quanto tempo (média de horas totais por dia) passa a criança a:

	De 2ª feira a 6ª feira (horas por dia)	Fim-de-semana (horas por dia)
Ver televisão		
Jogar playstation/consola, computador ou outros jogos interactivos		

3.5 O seu filho(a) está inscrito em algum desporto ou actividade física programada? (tipo natação, ginástica, ballet, futebol, etc.)

- Não
- Sim. Qual? _____
Onde? _____

3.6 Quanto tempo pratica desporto por semana? _____ (horas/minutos)

3.7 O seu filho(a) costuma brincar na rua? (jogar à bola, andar de bicicleta, correr, passear, etc.)

- Não Sim

3.8 Se sim, indique o numero de vezes por semana e a duração média minutos das actividades na rua:

O que a criança costuma fazer	Frequência Número de vezes/semana	Duração Quanto tempo de cada vez (minutos)
Brinca no parque infantil		
Corre com outras crianças		
Joga à bola		
Anda de bicicleta/triciclo		
Passeia na rua		

4. HÁBITOS DE SONO

4.1 Actualmente quanto tempo, em média, **dorme a criança durante a noite?**

	Durante a semana	Fim-de-semana
A que horas se deita	_____	_____
A que horas se levanta	_____	_____

4.2 O seu filho(a) costuma fazer **uma sesta durante o dia?**

- Não
- Sim Quanto tempo? _____ Minutos

4.3 A criança costuma **acordar durante a noite para comer/beber?**

- Não
- Sim Que tipo de alimento ingere? _____

5. HÁBITOS ALIMENTARES DA CRIANÇA:

5.1 Nas principais refeições e durante a semana, onde come a criança e com quem (assinale nas três refeições)

Onde	Pequeno-almoço	Almoço	Jantar
Cantina do jardim de infância			
Em casa			
Restaurante			
"Mcdonalds", Pizzaria, ...			
Outro local _____			

Com quem	Pequeno-almoço	Almoço	Jantar
Pais			
Avós			
Irmãos			
Colegas			
Outros _____			

5.2 Durante a semana, quantas vezes o seu filho(a) faz as seguintes refeições?

	Nunca	1 a 3 dias por semana	4 a 6 dias por semana	Todos os dias
Pequeno-almoço				
Lanche a meio da manhã				
Almoço				
Lanche a meio da tarde				
Jantar				
Ceia				







5.3 No intervalo das principais refeições, o seu filho(a) come guloseimas (rebuçados, pastilhas elásticas, bolos...)?

Nunca	Raramente	Às vezes	Quase todos os dias	Todos os dias

(assinale apenas uma opção)

5.4 Com que frequência o seu filho(a) ingere os alimentos referidos:

 Leite/derivados	Nunca ou raramente	1 vez de 15 em 15 dias	1-3 vezes por semana	4-7 vezes por semana	Mais do que uma vez /dia
Leite gordo (200ml)					
Leite meio gordo (200ml)					
Leite com chocolate (200ml)					
Leite de soja (200ml)					
Yogurte (unidade)					
Danoninho/suissinho®(unidade)					
Pudim, leite creme (1 dose)					
Queijo fresco, requeijão(1 fatia)					
Queijo (1 fatia)					
Gelado (1 bola)					
 Pão e cereais	Nunca ou raramente	1 vez de 15 em 15 dias	1-3 vezes por semana	4-7 vezes por semana	Mais do que uma vez /dia
Pão branco, tostas/forma (unidade/1 fatia)					
Pão centeio/mistura (1 fatia)					
Broa (1 fatia)					
Pão de leite, <i>croissant</i> (unid.)					
Cereais c/ açúcar (chocapic)					
Cereais s/açúcar (Cornflakes, fitness...)					
Arroz cozinhado (3 colheres)					
Massa (esparguete, macarrão) (½ prato)					
Lasanha (½ prato)					
Batatas cozidas (2 médias)					
Batatas fritas caseiras (½ prato)					
Pizza (½ média)					
Batatas fritas pacote (1 pacote pequeno)					
Papas (Nestlé, Cerelac...) (½ taça)					
 Legumes e saladas	Nunca ou raramente	1 vez de 15 em 15 dias	1-3 vezes por semana	4-7 vezes por semana	Mais do que uma vez /dia
Feijão, Grão cozinhados (½ chávena)					
Ervilha, favas (½ chávena)					
Couve cozinhada (½ chávena)					
Brócolos, couve flor (½ cháv.)					
Feijão verde (½ chávena)					
Sopa de legumes (1 taça)					
Espinafres, grelos (½ chávena)					
Milho doce (½ chávena)					
Alface, agrião (½ chávena)					
Tomate, pepino (3 rodela)					
Cebola					

 Carne e ovos	Nunca ou raramente	1 vez de 15 em 15 dias	1-3 vezes por semana	4-7 vezes por semana	Mais do que uma vez /dia
Carne vermelha (vitela, porco, etc.)					
Carne de aves (frango, peru, etc.)					
Fiambre, presunto, salpicão (2 fatias)					
Salsichas (3 médias)					
Frango/peru panados industrial					
Croquetes, folhados, rissóis de carne (2 unidades)					
Hamburger (industrial) (unidade)					
Soja e derivados (tofu, flocos, ...)					
Ovos (unidade)					
 Peixe e marisco	Nunca ou raramente	1 vez de 15 em 15 dias	1-3 vezes por semana	4-7 vezes por semana	Mais do que uma vez /dia
Peixe magro (pescada, dourada, ...) (1 porção)					
Peixe gordo (sardinha, cavala, salmão, carapau) (1 porção)					
Bacalhau (1 posta média)					
Peixe em conserva (1 lata)					
Lulas, polvo, choco (1 porção)					
Peixe frito (panadinhos, rissóis ...) (1 porção)					
Camarão, mexilhão, amêijoas (1 porção)					
 Óleos e gorduras	Nunca ou raramente	1 vez de 15 em 15 dias	1-3 vezes por semana	4-7 vezes por semana	Mais do que uma vez /dia
Azeite (1 colher sopa)					
Óleo vegetal (1 colher sopa)					
Manteiga (1 colher chá)					
Margarina (1 colher chá)					
 Frutas (Considere uma peça média)	Nunca ou raramente	1 vez de 15 em 15 dias	1-3 vezes por semana	4-7 vezes por semana	Mais do que uma vez /dia
Maçã, pêra					
Laranja, tangerina					
Banana					
Kiwi					
Morangos e cerejas					
Pêssego					
Melão, melancia					
Uvas					
Frutas em conserva					
Frutos secos					
 Doces e pastelaria	Nunca ou raramente	1 vez de 15 em 15 dias	1-3 vezes por semana	4-7 vezes por semana	Mais do que uma vez /dia
Bolachas, biscoitos (3-4)					
Croissants, pasteis, bolos(unida.)					
Chocolate em tablete ((1/2)					
Sobremesas doces (mousse...)					
Compotas, marmelada, geleia					
Snaks de chocolate (unidade)					
Açúcar (1 pacote)					
Mel (1 colher)					
 Bebidas (Considere 1 copo = 200ml)	Nunca ou raramente	1 vez de 15 em 15 dias	1-3 vezes por semana	4-7 vezes por semana	Mais do que uma vez /dia
Ice tea					
Refrigerantes, sumos c/ gás					
Sumos fruta, nectar					
Sumos fruta natural					
Coca-cola ®					
Café					
Chá					
Chá aromas					
Água					

5.6 Na confecção dos alimentos usa as seguintes técnicas:

	Nunca ou raramente	1-2 vezes por semana	3-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	Todos os dias
Cozidos					
Assados					
Fritos					
Estufados					
Grelhados					

5.7 Considera que a alimentação do seu filho(a) é:

Muito saudável Bastante saudável Saudável Pouco saudável Nada Saudável

5.8 Durante o último ano, nas refeições feitas em casa, indique qual o comportamento alimentar do seu filho(a) que mais o preocupou: _____

5.9 Dos tipos de alimentos a seguir descritos, quais os que a criança come/bebe melhor?

	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
Carne, peixe e ovos					
Hamburgers, pizzas (<i>Fast food</i>)					
Leite e derivados					
Legumes e saladas					
Fruta variada					
Sopa de legumes					
Cereais e derivados					
Pastelaria					
Massas,					
Água					
Refrigerantes (coca-cola...)					
Manteiga e outras gorduras					
Feijão, grão, ...					

5.10 Considera que o apetite do seu filho(a) é:

Muito Bom	Bom	Normal	Mau	Muito Mau

PARTE III – QUESTIONÁRIO FAMILIAR

6. SOBRE A MÃE E O PAI:

6.1 Idade da Mãe _____ anos Idade do Pai _____ anos

6.2a Estado Civil da Mãe: Solteira Casada Divorciada Viúva Falecida

6.2b Estado Civil do Pai: Solteiro Casado Divorciado Viúvo Falecido

6.3a Residência da Mãe: Aldeia Vila Cidade

6.3b Residência do Pai: Aldeia Vila Cidade

6.4 Pertence ao Centro de Saúde/ Unidade de Saúde Familiar _____

6.5 Nível de escolaridade (assinale com uma cruz para cada um dos pais)

Escolaridade	Mãe	Pai
Não sabe ler nem escrever		
1.º Ciclo do ensino básico (4.º ano)		
2.º Ciclo do ensino básico (6.º ano)		
3.º Ciclo do ensino básico (9.º ano)		
Ensino secundário (12.º ano)		
Ensino pós-secundário (Curso de especialização tecnológica, nível 4)		
Bacharelato		

Licenciatura		
Mestrado		
Doutoramento		

7. SITUAÇÃO PROFISSIONAL

7.1 Está a trabalhar neste momento?

Mãe: Sim

Não Qual a sua situação? Desempregada Aposentada

Pai: Sim

Não Qual a sua situação? Desempregado Aposentado

7.2 Se se encontrar empregado, qual o sector profissional e relação de emprego?

Profissão	Mãe	Pai	Relação de emprego	Mãe	Pai
Sector primário (agricultura)			Trabalhador por conta de outrem		
Sector secundário (Indústria)			Patrão/empregador		
Sector terciário (comércio e serviços)			Trabalhador por contra própria (trabalho regular)		
			Conta própria (trabalho irregular)		

Qual a profissão? da Mãe? _____ do Pai? _____

7.3 Função/cargo que desempenha: a Mãe? _____ o Pai? _____

7.4 O rendimento familiar mensal corresponde (considerar o ordenado da mãe e do pai):

- Ao ordenado mínimo Nacional
 Duas vezes o ordenado mínimo Nacional
 Três vezes o ordenado mínimo Nacional
 Quatro vezes o ordenado mínimo Nacional
 Superior a quatro vezes o ordenado mínimo Nacional

8. Hábitos alimentares dos pais (ou do adulto com quem a criança vive)

8.1 Considera que a vossa alimentação é:

Mãe | Muito saudável Bastante saudável Saudável Pouco saudável Nada Saudável
Pai | Muito saudável Bastante saudável Saudável Pouco saudável Nada Saudável

8.2 Durante a semana, quantas vezes faz as seguintes refeições?

	Nunca		1 a 3 dias por semana		4 a 6 dias por semana		Todos os dias	
	Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe	Pai
Pequeno-almoço								
Lanche a meio da manhã								
Almoço								
Lanche a meio da tarde								
Jantar								
Ceia								

8.3 Relativamente á escolha dos alimentos, as refeições dos pais ou dos adultos com quem a criança vive são:

As mesmas da criança

Diferentes da criança

8.4 Se é diferente, indique qual a principal diferença

8.5 Habitualmente, na selecção dos seus alimentos, está atento:

	Muito atento	Alguma atenção	Pouco atento	Nada atento
Baixo teor de açúcar				
Baixo teor de sal				
Baixo teor de gordura				
Poucos condimentos				
Produtos <i>light</i> ou <i>Diet</i>				

9. Por favor, leia cada afirmação que se segue, assinalando com uma cruz a opção que melhor se adequa àquilo que faz ou pensa, relativamente à alimentação do seu filho(a).

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

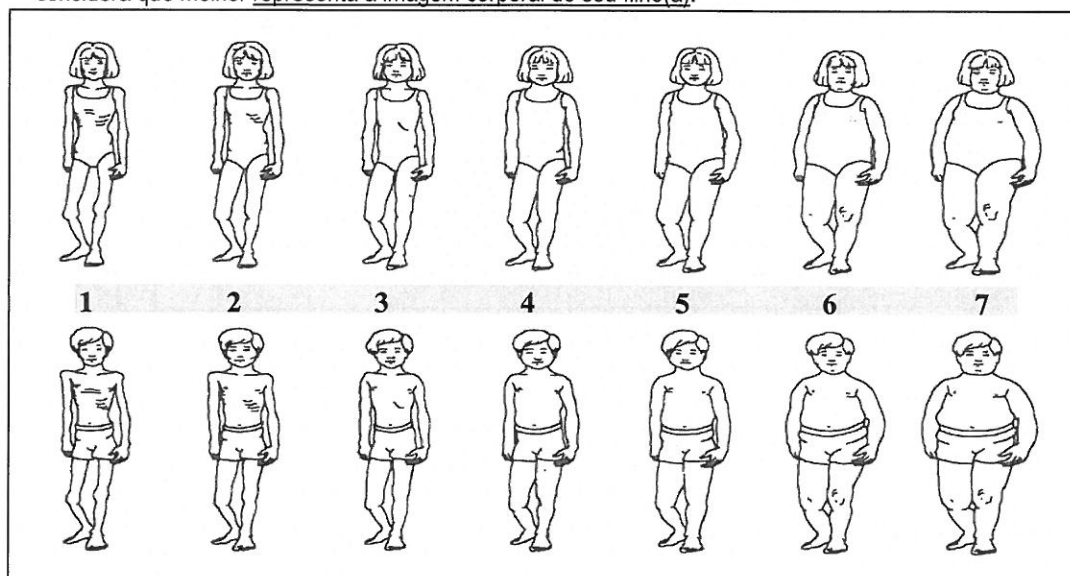
48. As refeições em família são um ritual importante para pais e filhos		
49. Não tomar o pequeno-almoço prejudica a aprendizagem na escola		
50. Deve permitir-se que as crianças colaborem na confecção das refeições em casa		
51. Na compra de alimentos deve ter-se em conta a lista de ingredientes existente no rótulo		
52. É menos preocupante uma criança ser gordinha do que ser magrinha		
53. As refeições em família devem obedecer a um horário regular		
54. A proibição de venda de doces e guloseimas na escola é uma medida para promoção da saúde das crianças		
55. É aconselhável que os pais saibam o que os filhos comem no refeitório da escola		
56. As crianças devem participar na decisão do que querem comer e quanto querem comer		
57. Na compra dos alimentos deve atender-se à sua qualidade nutricional		
58. As crianças devem comer o que gostam, independentemente do valor nutritivo dos alimentos		
59. O peso das crianças deve ser avaliado pelo menos uma vez por ano		
60. As crianças que petiscam entre as refeições, fazem uma alimentação mais equilibrada		

10. Percepção do estado nutricional da criança:

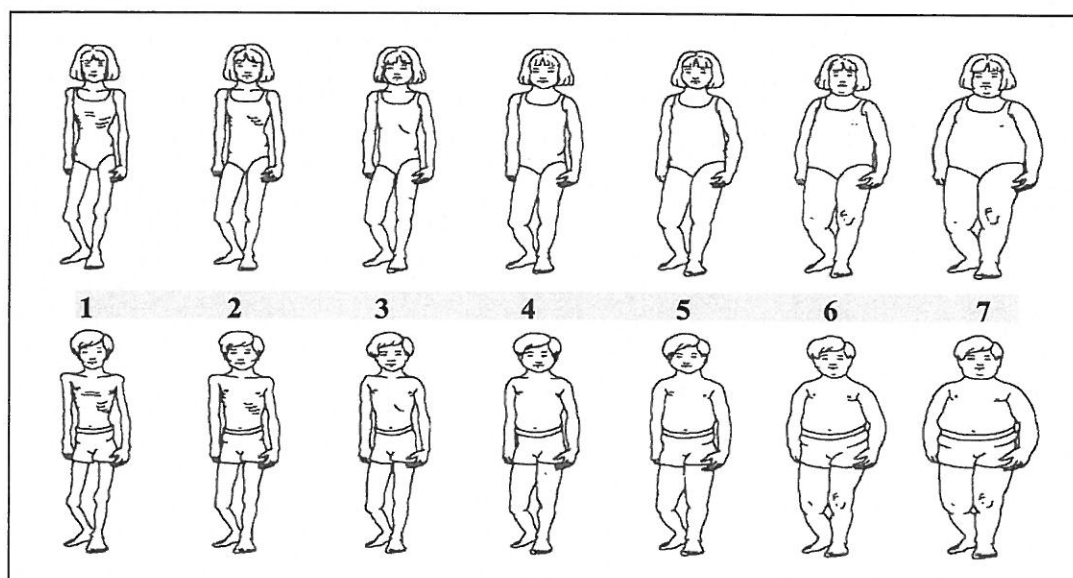
10.1 Até que ponto está preocupado que a sua criança venha a estar com excesso de peso ou obesidade?
(Assinale com uma cruz por baixo do que sente em relação a isso)

Nada preocupada	Pouco preocupada	Preocupada	Bastante preocupada	Muito preocupada

10.2 Atendendo aos números que identificam as figuras (1 a 7), envolva com um círculo, a qual a figura que considera que melhor representa a imagem corporal do seu filho(a).



10.3 Atendendo aos números que identificam as figuras (1 a 7), envolva com um círculo, a figura que gostaria que o seu filho(a) tivesse.



11. De seguida apresentamos um conjunto de afirmações que qualificam o modo como se sente no seu papel de Pai/Mãe. Não há boas nem más respostas. Se responder espontaneamente a sua resposta será a melhor!

Indique o seu grau de acordo ou de desacordo, assinalando com uma cruz o número correspondente a cada uma das 16 afirmações, considerando o esquema de resposta abaixo indicado.

Completamente de acordo	De acordo	Relativamente de acordo	Relativamente em desacordo	Em desacordo	Completamente em desacordo
1	2	3	4	5	6

	1	2	3	4	5	6
1. Os problemas relacionados com a educação de uma criança são fáceis de resolver quando sabemos de que forma ela reage aquilo que fazemos.						
2. Ser mãe/pai pode ser gratificante, mas eu sinto-me um pouco decepcionada.						
3. Quando me deito à noite, tenho a sensação de não ter feito grande coisa pelo meu filho(a).						
4. Por vezes sinto-me incapaz de controlar situações com o meu filho(a), em que penso que deveria ser capaz de o fazer						
5. A minha mãe/pai estava mais bem preparada do que eu, para ser uma boa mãe/pai						
6. Uma mãe/pai com pouca experiência, poderia aprender a ser uma boa mãe/pai, seguindo o meu exemplo						
7. Ser mãe/pai é algo que se vai aprendendo e a maior parte dos problemas de educação são fáceis de resolver						
8. É difícil para uma mãe/pai saber se aquilo que faz com o seu filho(a) é bom ou mau						
9. Às vezes tenho a impressão de que não consigo realizar nada de positivo						
10. As competências que ganho ao cuidar do meu filho(a), correspondem às minhas aspirações pessoais						
11. Se existe alguém que pode perceber o que não está bem com o meu filho(a), esse alguém sou eu						
12. Não estou interessada na minha função de mãe/pai porque as minhas capacidades e interesses têm a ver com outras coisas						
13. Apesar de ser mãe/pai há pouco tempo, sinto-me bastante à vontade nesse papel						
14. Se ser mãe/pai de uma criança fosse mais interessante, eu estaria mais motivada para desempenhar o meu papel de mãe/pai						
15. Tenho a certeza que tenho todas as competências necessárias para ser uma boa mãe/pai						
16. Ser mãe/pai provoca-me tensão e ansiedade						

12. Considerando as possibilidades de resposta indicadas para cada uma das questões que se seguem, assinale com uma cruz, nos espaços em branco, a afirmação que melhor corresponde à sua opinião.

Questão	Nunca	Às vezes	Metade do tempo	Maior parte do tempo	Sempre
1. Quando a sua criança está em casa, com que frequência é responsável por a alimentar?					
2. Com que frequência é responsável por decidir as porções (tamanho das doses) de alimentos do seu filho(a)?					
3. Com que frequência é responsável por decidir se o seu filho(a) come os alimentos adequados?					
Relembrando os seus dados pessoais refira:	Muito magra	Magra	Normal	Acima do peso	Muito acima do peso
4. Na sua Infância considerava-se					
5. Na sua adolescência considerava-se					
6. Aos 20 anos considerava-se					
7. Actualmente considera-se					
Relativamente ao seu filho(a)					
8. No 1.º ano de vida considerava-o					
9. Entre 1-2 anos considerava-o					
10. Entre 2-4 anos considera-o					
11. Entre 4-6 anos considera-o					
	Não Preocupado	Um pouco preocupado	Preocupado	Razoavelmente preocupado	Muito preocupado
12. Qual a sua preocupação acerca da alimentação exagerada da sua criança quando não estão juntos?					
13. Qual a sua preocupação acerca da necessidade da sua criança ter que fazer dieta para manter o peso desejável?					
14. Qual a sua preocupação quanto à possibilidade da sua criança ter excesso de peso?					
	Discordo	Discordo levemente	Indiferente	Concordo levemente	Concordo
15. Tenho que ter a certeza que a minha criança não come demasiados doces (rebuçados, gelados, bolos ou pastéis)					
16. Tenho que ter a certeza que a minha criança não come alimentos com alto teor de gordura					
17. Tenho que ter a certeza que a minha criança não come demasiado dos seus alimentos preferidos					
18. Eu intencionalmente mantenho alguns alimentos fora do alcance da minha criança					
19. Eu ofereço guloseimas (rebuçados, gelados, bolos, pastéis) à minha criança, como recompensa pelo seu bom comportamento					
20. Eu ofereço à minha criança os seus alimentos favoritos, em troca do seu bom comportamento					
21. Se eu não orientasse/regulasse a alimentação da minha criança, ela comeria demasiadas porcarias					
22. Se eu não orientar/regular a alimentação da minha criança, ela iria comer demasiado dos seus alimentos preferidos					
	Discordo	Discordo levemente	Indiferente	Concordo levemente	Concordo
23. A minha criança deve comer sempre tudo o que tem no prato					
24. Tenho que ter cuidado especial para ter a certeza que a minha criança come o suficiente					
25. Se a minha criança diz "não tenho fome", eu tento fazê-la comer de qualquer jeito					
26. Se eu não orientasse/regulasse a alimentação da minha criança, ela comia muito menos do que deveria					
	Nunca	Raramente	Às vezes	Normalmente	Sempre
27. Até que ponto controla as guloseimas (rebuçados, gelado, bolos, tartes, pasteis), que a sua criança come?					
28. Até que ponto controla os petiscos (batatas fritas, doritos, bolinhos de queijo) que a sua criança come?					
29. Até que ponto controla os alimentos com alto teor de gordura, que a sua criança come?					

(Não preencha os dados do seguinte quadro pois serão preenchidos pela equipa de investigação)

1. Dados antropométricos da criança	Valor
Peso	
Estatura	
IMC / Percentil	/
2. Dados clínicos	Valor
Pressão arterial (sistólica e diastólica)	/

Dados clínicos dos pais avaliados pela equipe de investigação: Mãe: Sim Não ; Pai: Sim Não

NOTA: Se não pode estar presente para a equipa avaliar os dados que se seguem, por favor faça-o em casa registando os valores obtidos numa avaliação na farmácia, ou os habituais.

Dados antropométricos e clínicos	Mãe	Pai
Peso		
Estatura		
IMC (apenas a avaliar pela equipa)		
Perímetro da cintura		
Pressão/Tensão Arterial	/	/

Obrigada pela sua colaboração

A equipa de investigação

Maria da Graça Ferreira Aparício Costa
Anabela Maria de Sousa Pereira
Madalena Cunha

ANEXO IV

(Instrumento de colheita de dados aplicado no estudo B – Monitorização de Indicadores de Saúde Inafanto-Juvenil: Impato na Educação para a Saúde)

**Monitorização de Indicadores de Saúde Infanto-Juvenil: Impacto na Educação para a Saúde**

Este questionário faz parte de um Projecto de investigação financiado pela FCT na área dos "problemas de comportamento alimentar e saúde". A sua concretização só será possível graças à sua colaboração, preenchendo o questionário. Neste sentido, pedimos-lhe que o leia e responda a todas as perguntas de uma forma espontânea e sincera, de acordo com aquilo que faz, sente ou pensa. Não existem respostas correctas ou incorrectas, o que nos interessa é a sua opinião. O questionário é anónimo e confidencial. Desde já agradecemos a sua colaboração e disponibilidade. Nas afirmações onde existir uma quadrícula () , deve assinalar com uma cruz (X) a(s) alínea(s) que está(ão) de acordo com o seu caso. Nas questões com um espaço em branco (____), deve responder claramente e de forma legível. **Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos, por favor, que não deixe nenhuma questão por responder.**

MUITO OBRIGADO**Parte I – QUESTIONÁRIO BIOGRÁFICO**

Espaço destinado à equipa de investigação:

Número do Questionário _____

Código da Instituição _____

1 - DADOS PESSOAIS E ANTECEDENTES DA CRIANÇA

1.1 Questionário respondido por:

 Pai Mãe Outro, Quem? _____ (indique o parentesco ou outra relação com a criança)

1.2 A criança mora com: (pode assinalar mais do que uma opção)

 Pais (pai e mãe) Só com a Mãe Só com o Pai Pais e Irmãos Outros, Quem? _____

1.3 Quantos irmãos tem a criança? _____

2. ANTECEDENTES DA CRIANÇA

2.1 Data de nascimento ____ / ____ / ____

2.2 Sexo: Masculino Feminino2.3 A criança nasceu com quantas semanas de gestação? _____ semanas; Não sei

2.4 Peso ao nascer: _____ (gramas) (por favor, confirme este dado no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil)

2.5 Comprimento ao nascer: _____ (centímetros) (por favor, confirme este dado no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil)

2.6 No início da gravidez a mãe **Pesava**: _____ **Media** (altura) _____ e no final da gravidez a mãe **Pesava** _____

(por favor, confirme estes dados no Boletim de Saúde da grávida)

2.7 Durante a gravidez a mãe sofreu de diabetes gestacional?

 Não Sim Não sei

2.8 Idade da mãe quando o bebé nasceu _____ anos

2.9 Recorde-se da alimentação da criança no 1.º ano de vida.

Durante quanto tempo foi amamentada só com leite materno?

a) Não foi amamentada

b) Foi amamentada com leite materno: _____ meses;

2.10 Com que idade introduziu ao seu filho(a) a 1.º papa? _____ meses; e a 1.º sopa? _____ meses; Não sei

2.11 Que Tipo de alimentos lhe introduziu (assinale com uma cruz), e com que idade (refira para cada um dos alimentos)

Alimento	Sim	Não	Idade (dias, meses ou anos)	Não Sei
Leite adaptado (de lata)				
Leite de vaca				
Papa sem glúten				
Papa com glúten				
Fruta				
Carne				
Peixe				

2.12 Quem o(a) ajudou a decidir sobre a introdução de novos alimentos? (pode assinalar mais do que uma opção)

- Mãe
- Pai
- Outro familiar
- Pediatra/médico
- Enfermeiro
- Nutricionista
- Outro, Quem? _____

2.13 A criança sofre de alguma doença?

- Não
- Sim
- Qual? _____

2.14 A criança faz alguma alimentação especial?

- Não
- Sim

Se sim, Qual? _____ Porquê? _____
 Quem recomendou? _____

PARTE II – QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR E HÁBITOS SAUDÁVEIS

3. ACTIVIDADE FÍSICA

3.1 Durante o dia a criança frequenta:

- Jardim-de-Infância
- ATL
- Fica em casa
- Fica com _____

3.2 A criança passa, por norma, quantas horas fora de casa? _____ horas

3.3 De que forma a criança se desloca quando sai de casa? (Assinale com uma cruz na opção e refira o tempo gasto nesse percurso)

	Nunca	Quase nunca	Poucas vezes	Sempre	Tempo (Minutos ou horas por dia)
A pé					
Bicicleta					
Carro					
Autocarro					
Outro					

Se Outro, Qual? _____

3.4 Quanto tempo (média de horas totais por dia) passa a criança a:

	De 2ª feira a 6ª feira (horas por dia)	Fim-de-semana (horas por dia)
Ver televisão		
Jogar (playstation/consola, computador ou outros jogos interactivos)		

3.5 O seu filho(a) está inscrito em algum desporto ou actividade física programada? (tipo natação, ginástica, ballet, futebol, etc.)

- Não
- Sim. Qual? _____
Onde? _____

3.6 Quanto tempo pratica desporto por semana? _____ (horas/minutos)

3.7 O seu filho(a) costuma brincar na rua? (jogar à bola, andar de bicicleta, correr, passear, etc.)

- Não Sim

3.8 Se sim, indique o numero de vezes por semana e a duração média minutos das actividades na rua:

O que a criança costuma fazer	Frequência Número de vezes/semana	Duração Quanto tempo de cada vez (minutos)
Brinca no parque infantil		
Corre com outras crianças		
Joga à bola		
Anda de bicicleta/triciclo		
Passeia na rua		

4. HÁBITOS DE SONO

4.1 Actualmente quanto tempo, em média, **dorme a criança durante a noite?**

	Durante a semana	Fim-de-semana
A que horas se deita	_____	_____
A que horas se levanta	_____	_____

4.2 O seu filho(a) costuma fazer **uma sesta durante o dia?**

- Não
- Sim Quanto tempo? _____ Minutos

4.3 A criança costuma **acordar durante a noite para comer/beber?**

- Não
- Sim Que tipo de alimento ingere? _____

5. HÁBITOS ALIMENTARES DA CRIANÇA:

5.1 Nas principais refeições e durante a semana, onde come a criança e com quem (assinale nas três refeições)

Onde	Pequeno-almoço	Almoço	Jantar
Cantina do jardim de infância			
Em casa			
Restaurante			
"Mcdonalds", Pizzaria, ...			
Outro local _____			

Com quem	Pequeno-almoço	Almoço	Jantar
Pais			
Avós			
Irmãos			
Colegas			
Outros _____			

5.2 Durante a semana, quantas vezes o seu filho(a) faz as seguintes refeições?







	Nunca	1 a 3 dias por semana	4 a 6 dias por semana	Todos os dias
Pequeno-almoço				
Lanche a meio da manhã				
Almoço				
Lanche a meio da tarde				
Jantar				
Ceia				

5.3 No intervalo das principais refeições, o seu filho(a) come guloseimas (rebuçados, pastilhas elásticas, bolos...)?
(assinale apenas uma opção)

Nunca	Raramente	Às vezes	Quase todos os dias	Todos os dias

5.4 Com que frequência o seu filho(a) ingere os alimentos referidos:

 Leite/derivados	Nunca ou raramente	1 vez de 15 em 15 dias	1-3 vezes por semana	4-7 vezes por semana	Mais do que uma vez /dia
Leite gordo (200ml)					
Leite meio gordo (200ml)					
Leite com chocolate (200ml)					
Leite de soja (200ml)					
Yogurte (unidade)					
Danoninho/suissinho@(unidade)					
Pudim, leite creme (1 dose)					
Queijo fresco, requeijão(1 fatia)					
Queijo (1 fatia)					
Gelado (1 bola)					
 Pão e cereais	Nunca ou raramente	1 vez de 15 em 15 dias	1-3 vezes por semana	4-7 vezes por semana	Mais do que uma vez /dia
Pão branco, tostas/forma (unidade/1 fatia)					
Pão centeio/mistura (1 fatia)					
Broa (1 fatia)					
Pão de leite, croissant (unid.)					
Cereais c/ açúcar (chocapic)					
Cereais s/açúcar (Cornflakes, fitness...)					
Arroz cozinhado (3 colheres)					
Massa (esparguete, macarrão) (½ prato)					
Lasanha (½ prato)					
Batatas cozidas (2 médias)					
Batatas fritas caseiras (½ prato)					
Pizza (½ média)					
Batatas fritas pacote (1 pacote pequeno)					
Papas (Nestlé, Cerelac...) (½ taça)					
 Legumes e saladas	Nunca ou raramente	1 vez de 15 em 15 dias	1-3 vezes por semana	4-7 vezes por semana	Mais do que uma vez /dia
Feijão, Grão cozinhados (½ chávena)					
Ervilha, favas (½ chávena)					
Couve cozinhada (½ chávena)					
Brócolos, couve flor (½ cháv.)					
Feijão verde (½ chávena)					
Sopa de legumes (1 taça)					
Espinafres, grelos (½ chávena)					
Milho doce (½ chávena)					
Alface, agrião (½ chávena)					
Tomate, pepino (3 rodela)					
Cebola					

 Carne e ovos	Nunca ou raramente	1 vez de 15 em 15 dias	1-3 vezes por semana	4-7 vezes por semana	Mais do que uma vez /dia
Carne vermelha (vitela, porco, etc.)					
Carne de aves (frango, peru, etc.)					
Fiambre, presunto, salpicão (2 fatias)					
Salsichas (3 médias)					
Frango/peru panados industrial					
Croquetes, folhados, rissóis de carne (2 unidades)					
Hamburger (industrial) (unidade)					
Soja e derivados (tofu, flocos, ...)					
Ovos (unidade)					
 Peixe e marisco	Nunca ou raramente	1 vez de 15 em 15 dias	1-3 vezes por semana	4-7 vezes por semana	Mais do que uma vez /dia
Peixe magro (pescada, dourada, ...) (1 porção)					
Peixe gordo (sardinha, cavala, salmão, carapau) (1 porção)					
Bacalhau (1 posta média)					
Peixe em conserva (1 lata)					
Lulas, polvo, choco (1 porção)					
Peixe frito (panadinhos, rissóis ...) (1 porção)					
Camarão, mexilhão, amêijoia (1 porção)					
 Óleos e gorduras	Nunca ou raramente	1 vez de 15 em 15 dias	1-3 vezes por semana	4-7 vezes por semana	Mais do que uma vez /dia
Azeite (1 colher sopa)					
Óleo vegetal (1 colher sopa)					
Manteiga (1 colher chá)					
Margarina (1 colher chá)					
 Frutas (Considere uma peça média)	Nunca ou raramente	1 vez de 15 em 15 dias	1-3 vezes por semana	4-7 vezes por semana	Mais do que uma vez /dia
Maçã, pêra					
Laranja, tangerina					
Banana					
Kiwi					
Morangos e cerejas					
Pêssego					
Melão, melancia					
Uvas					
Frutas em conserva					
Frutos secos					
 Doces e pastelaria	Nunca ou raramente	1 vez de 15 em 15 dias	1-3 vezes por semana	4-7 vezes por semana	Mais do que uma vez /dia
Bolachas, biscoitos (3-4)					
Croissants, pasteis, bolos(unida.)					
Chocolate em tablete ((1/2)					
Sobremesas doces (mousse...)					
Compotas, marmelada, geleia					
Snaks de chocolate (unidade)					
Açúcar (1 pacote)					
Mel (1 colher)					
 Bebidas (Considere 1 copo = 200ml)	Nunca ou raramente	1 vez de 15 em 15 dias	1-3 vezes por semana	4-7 vezes por semana	Mais do que uma vez /dia
Ice tea					
Refrigerantes, sumos c/ gás					
Sumos fruta, nectar					
Sumos fruta natural					
Coca-cola ®					
Café					
Chá					
Chá aromas					
Água					

5.6 Na confecção dos alimentos usa as seguintes técnicas:

	Nunca ou raramente	1-2 vezes por semana	3-4 vezes por semana	5-6 vezes por semana	Todos os dias
Cozidos					
Assados					
Fritos					
Estufados					
Grelhados					

5.7 Considera que a alimentação do seu filho(a) é:

Muito saudável Bastante saudável Saudável Pouco saudável Nada Saudável

5.8 Durante o último ano, nas refeições feitas em casa, indique qual o comportamento alimentar do seu filho(a) que mais o preocupou: _____

5.9 Dos tipos de alimentos a seguir descritos, quais os que a criança come/bebe melhor?

	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
Carne, peixe e ovos					
Hamburgers, pizzas (<i>Fast food</i>)					
Leite e derivados					
Legumes e saladas					
Fruta variada					
Sopa de legumes					
Cereais e derivados					
Pastelaria					
Massas,					
Água					
Refrigerantes (coca-cola...)					
Manteiga e outras gorduras					
Feijão, grão, ...					

5.10 Considera que o apetite do seu filho(a) é:

Muito Bom	Bom	Normal	Mau	Muito Mau

PARTE III – QUESTIONÁRIO FAMILIAR

6. SOBRE A MÃE E O PAI:

6.1 Idade da Mãe _____ anos Idade do Pai _____ anos

6.2a Estado Civil da Mãe: Solteira Casada Divorciada Viúva Falecida

6.2b Estado Civil do Pai: Solteiro Casado Divorciado Viúvo Falecido

6.3a Residência da Mãe: Aldeia Vila Cidade

6.3b Residência do Pai: Aldeia Vila Cidade

6.4 Pertence ao Centro de Saúde/ Unidade de Saúde Familiar _____

6.5 Nível de escolaridade (assinale com uma cruz para cada um dos pais)

Escolaridade	Mãe	Pai
Não sabe ler nem escrever		
1.º Ciclo do ensino básico (4.º ano)		
2.º Ciclo do ensino básico (6.º ano)		
3.º Ciclo do ensino básico (9.º ano)		
Ensino secundário (12.º ano)		
Ensino pós-secundário (Curso de especialização tecnológica, nível 4)		
Bacharelato		
Licenciatura		
Mestrado		
Doutoramento		

7. SITUAÇÃO PROFISSIONAL

7.1 Está a trabalhar neste momento?

Mãe: Sim

Não Qual a sua situação? Desempregada Aposentada

Pai: Sim

Não Qual a sua situação? Desempregado Aposentado

7.2 Se se encontrar empregado, qual o sector profissional e relação de emprego?

Profissão	Mãe	Pai	Relação de emprego	Mãe	Pai
Sector primário (agricultura)			Trabalhador por conta de outrem		
Sector secundário (Indústria)			Patrão/empregador		
Sector terciário (comércio e serviços)			Trabalhador por conta própria (trabalho regular)		
			Conta própria (trabalho irregular)		

Qual a profissão? da Mãe? _____ do Pai? _____

7.3 Função/cargo que desempenha: a Mãe? _____ o Pai? _____

7.4 O rendimento familiar mensal corresponde (considerar o ordenado da mãe e do pai):

- Ao ordenado mínimo Nacional
 Duas vezes o ordenado mínimo Nacional
 Três vezes o ordenado mínimo Nacional
 Quatro vezes o ordenado mínimo Nacional
 Superior a quatro vezes o ordenado mínimo Nacional

8. Hábitos alimentares dos pais (ou do adulto com quem a criança vive)

8.1 Considera que a vossa alimentação é:

Mãe	Muito saudável	<input type="checkbox"/>	Bastante saudável	<input type="checkbox"/>	Saudável	<input type="checkbox"/>	Pouco saudável	<input type="checkbox"/>	Nada Saudável	<input type="checkbox"/>
Pai	Muito saudável	<input type="checkbox"/>	Bastante saudável	<input type="checkbox"/>	Saudável	<input type="checkbox"/>	Pouco saudável	<input type="checkbox"/>	Nada Saudável	<input type="checkbox"/>

8.2 Durante a semana, quantas vezes faz as seguintes refeições?

	Nunca		1 a 3 dias por semana		4 a 6 dias por semana		Todos os dias	
	Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe	Pai
Pequeno-almoço								
Lanche a meio da manhã								
Almoço								
Lanche a meio da tarde								
Jantar								
Ceia								

8.3 Relativamente à escolha dos alimentos, as refeições dos pais ou dos adultos com quem a criança vive são:

As mesmas da criança

Diferentes da criança

8.4 Se é diferente, indique qual a principal diferença

8.5 Habitualmente, na selecção dos seus alimentos, está atento:

	Muito atento	Alguma atenção	Pouco atento	Nada atento
Baixo teor de açúcar				
Baixo teor de sal				
Baixo teor de gordura				
Poucos condimentos				
Produtos <i>light</i> ou <i>Diet</i>				

9. Da lista de afirmações que se seguem, deve responder a todas as questões, sinalizando com uma cruz a opção que melhor corresponde à sua opinião geral sobre as características da sua família.

As respostas devem traduzir a frequência com que a família vive o que cada afirmação contém, e variam entre o NUNCA (...) e o SEMPRE.

NA MINHA FAMÍLIA:

Nunca	Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
1	2	3	4	5	6

Afirmações	1	2	3	4	5	6
1. Gostamos de fazer coisas em conjunto						
2. É claro o papel que cada um tem para desempenhar						
3. Gostamos que os outros nos reconheçam como uma "boa família"						
4. Quando as "crises" são ultrapassadas, a família fica mais forte						
5. Sentimos que pertencemos uns aos outros						
6. Cada um sabe o lugar que ocupa						
7. Basta um olhar para nos entendemos						
8. Preocupamo-nos com as relações sociais (amigos, escola, trabalho, restante família)						
9. Cada um arruma o que é seu						
10. Sentirmo-nos integrados no meio onde vivemos						
11. O ambiente é de "guerra" aberta						
12. Compreendemo-nos uns aos outros						
13. Todos sabem até onde podem ir						
14. Somos distantes uns dos outros						
15. Podemos expressar os nossos sentimentos						
16. Recebemos carinho uns dos outros						
17. Cada um sabe como comportar-se fora de casa						
18. Quando alguém tem dificuldades, todos procuram ajudar						
19. As regras são cumpridas						
20. Há espaço para que cada um faça o que gosta						
21. Encontram-se soluções para os problemas						
22. Cada um pode lidar à sua maneira com as novas situações						
23. Preocupamo-nos com a imagem que transmitimos						
24. Preocupamo-nos com o que os outros possam dizer						
25. Fazemo-nos entender						

10. Por favor, leia cada afirmação que se segue, assinalando com uma cruz a opção que melhor se adequa àquilo que faz ou pensa, relativamente à alimentação do seu filho(a).

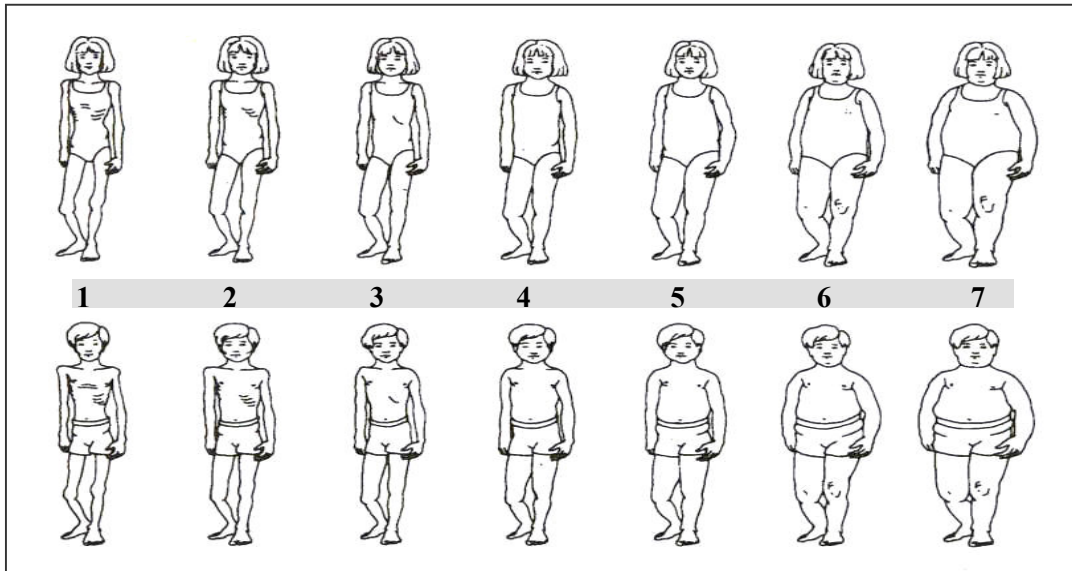
Afirmações	Verdadeiro	Falso	Não Sei
1. A alimentação da criança não precisa ser variada			
2. Uma alimentação saudável para as crianças inclui 5-7 refeições diárias			
3. Um bom pequeno-almoço favorece o desenvolvimento da inteligência			
4. O intervalo ideal entre as refeições é de cinco horas			
5. O leite e os derivados são a principal fonte de cálcio na alimentação			
6. Uma criança deve comer diariamente 3-5 peças de fruta			
7. É aconselhável que uma criança coma diariamente uma porção de doces ou bolos			
8. As refeições do almoço e jantar devem iniciar-se com sopa rica em hortaliças e legumes			
9. Os produtos lácteos gordos são mais recomendados para a criança			
10. Para uma criança é suficiente ingerir diariamente 1 copo de leite ou derivados			
11. As crianças devem comer preferencialmente cozidos e grelhados			
12. Na alimentação das crianças deve utilizar-se pouco sal			
13. As crianças precisam de comer refeições em grande quantidade para crescerem melhor			
14. A obesidade na infância aumenta o risco de obesidade na vida adulta			
15. A quantidade de sal recomendada é uma colher de chá rasa por dia, distribuída por todas as refeições			
16. Uma alimentação com grande quantidade de gordura, açúcar e pobre em vegetais, aumenta o risco de desenvolver doenças como a hipertensão arterial e obesidade nas crianças			
17. As crianças devem comer alimentos ricos em proteínas vegetais (feijão, grão...) pelo menos 4 vezes por semana			
18. A obesidade na infância aumenta o risco de aparecimento de diabetes			
19. Incluir 3-4 vezes por semana 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 secos e o peixe são ricos em gorduras polinsaturadas			
31. Os alimentos pobres em calorias são os designados por "fast food"			
32. Na escolha do pão e outros cereais, deve optar-se pelos menos refinados			
33. O feijão, grão e outras leguminosas, são ricos em proteínas vegetais			
34. As frutas e legumes são alimentos ricos em vitaminas e sais minerais			
35. O pão de mistura ou escuro é o melhor para a alimentação			
36. Os produtos de salsicharia, folhados ou outros salgadinhos podem comer-se com frequência			
37. O pão de mistura ou escuro é fonte de energia e fibra			
38. Na alimentação da criança pode permitir-se o consumo de refrigerantes			
39. Um copo de leite equivale a dois iogurtes sólidos			
40. Fazer as refeições a ver TV é desaconselhado			
41. A actividade física programada (desporto) é aconselhável, mesmo nas crianças fisicamente activas			
42. A ingestão de bebidas açucaradas está associada ao aumento de peso			
43. As crianças não necessitam de ser fisicamente activas			
44. As crianças podem ver TV ou jogar jogos de vídeo, em média 3 horas por dia			
45. As refeições em família são um ritual importante para pais e filhos(as)			
46. Não tomar o pequeno-almoço prejudica a aprendizagem na escola			
47. Deve permitir-se que as crianças colaborem na confecção das refeições em casa			
48. Na compra de alimentos deve ter-se em conta a lista de ingredientes existente no rótulo			
49. É menos preocupante uma criança ser gordinha do que ser magrinha			
50. As refeições em família devem obedecer a um horário regular			
51. É aconselhável que os pais saibam o que os filhos(as) comem no refeitório da escola			
52. Na compra dos alimentos deve atender-se à sua qualidade nutricional			
53. As crianças devem comer o que gostam, independentemente do valor nutritivo dos alimentos			
54. O peso das crianças deve ser avaliado pelo menos uma vez por ano			
55. As crianças que petiscam entre as refeições, fazem uma alimentação mais equilibrada			

11. Percepção do estado nutricional da criança:

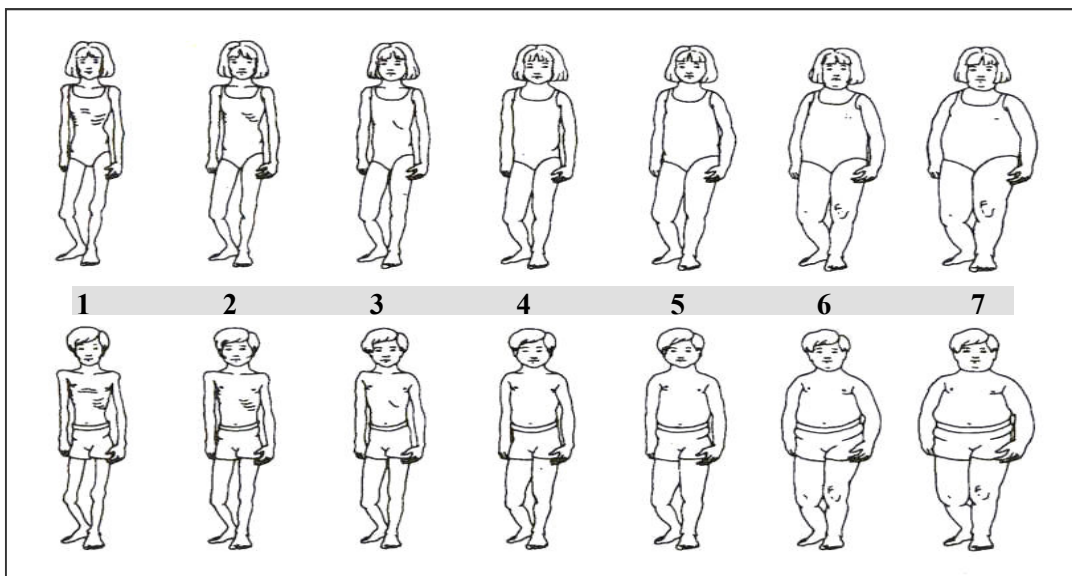
11.1 Até que ponto está preocupado que a sua criança venha a estar **com excesso de peso ou obesidade?**
(Assinale com uma cruz por baixo do que sente em relação a isso)

Nada preocupada	Pouco preocupada	Preocupada	Bastante preocupada	Muito preocupada

11.2 Atendendo aos números que identificam as figuras (1 a 7), envolva com um círculo, a qual a figura que considera que melhor representa a imagem corporal do seu filho(a).



11.3 Atendendo aos números que identificam as figuras (1 a 7), envolva com um círculo, a figura que gostaria que o seu filho(a) tivesse.



12. De seguida apresentamos um conjunto de afirmações que qualificam o modo como se sente no seu papel de Pai/Mãe. Não há boas nem más respostas. Se responder espontaneamente a sua resposta será a melhor!

Indique o seu grau de acordo ou de desacordo, assinalando com uma cruz o número correspondente a cada uma das 16 afirmações, considerando o esquema de resposta abaixo indicado.

Completamente de acordo	De acordo	Relativamente de acordo	Relativamente em desacordo	Em desacordo	Completamente em desacordo
1	2	3	4	5	6

	1	2	3	4	5	6
1. Os problemas relacionados com a educação de uma criança são fáceis de resolver quando sabemos de que forma ela reage aquilo que fazemos.						
2. Ser mãe/pai pode ser gratificante, mas eu sinto-me um pouco decepcionada.						
3. Quando me deito à noite, tenho a sensação de não ter feito grande coisa pelo meu filho(a).						
4. Por vezes sinto-me incapaz de controlar situações com o meu filho(a), em que penso que deveria ser capaz de o fazer.						
5. A minha mãe/pai estava mais bem preparada do que eu, para ser uma boa mãe/pai.						
6. Uma mãe/pai com pouca experiência, poderia aprender a ser uma boa mãe/pai, seguindo o meu exemplo.						
7. Ser mãe/pai é algo que se vai aprendendo e a maior parte dos problemas de educação são fáceis de resolver.						
8. É difícil para uma mãe/pai saber se aquilo que faz com o seu filho(a) é bom ou mau.						
9. Às vezes tenho a impressão de que não consigo realizar nada de positivo.						
10. As competências que ganho ao cuidar do meu filho(a), correspondem às minhas aspirações pessoais.						
11. Se existe alguém que pode perceber o que não está bem com o meu filho(a), esse alguém sou eu.						
12. Não estou interessada na minha função de mãe/pai porque as minhas capacidades e interesses têm a ver com outras coisas.						
13. Apesar de ser mãe/pai há pouco tempo, sinto-me bastante à vontade nesse papel.						
14. Se ser mãe/pai de uma criança fosse mais interessante, eu estaria mais motivada para desempenhar o meu papel de mãe/pai.						
15. Tenho a certeza que tenho todas as competências necessárias para ser uma boa mãe/pai.						
16. Ser mãe/pai provoca-me tensão e ansiedade.						

13. Considerando as possibilidades de resposta indicadas para cada uma das questões que se seguem, assinale com uma cruz, nos espaços em branco, a afirmação que melhor corresponde à sua opinião.

Questão	Nunca	Às vezes	Metade do tempo	Maior parte do tempo	Sempre
1. Quando a sua criança está em casa, com que frequência é responsável por a alimentar?					
2. Com que frequência é responsável por decidir as porções (tamanho das doses) de alimentos do seu filho(a)?					
3. Com que frequência é responsável por decidir se o seu filho(a) come os alimentos adequados?					
Relembrando os seus dados pessoais refira:	Muito magra	Magra	Normal	Acima do peso	Muito acima do peso
4. Na sua Infância considerava-se					
5. Na sua adolescência considerava-se					
6. Aos 20 anos considerava-se					
7. Actualmente considera-se					
Relativamente ao seu filho(a)					
8. No 1.º ano de vida considerava-o					
9. Entre 1-2 anos considerava-o					
10. Entre 2-4 anos considera-o					
11. Entre 4-6 anos considera-o					
	Não Preocupado	Um pouco preocupado	Preocupado	Razoavelmente preocupado	Muito preocupado
12. Qual a sua preocupação acerca da alimentação exagerada da sua criança quando não estão juntos?					
13. Qual a sua preocupação acerca da necessidade da sua criança ter que fazer dieta para manter o peso desejável?					
14. Qual a sua preocupação quanto à possibilidade da sua criança ter excesso de peso?					
	Discordo	Discordo levemente	Indiferente	Concordo levemente	Concordo
15. Tenho que ter a certeza que a minha criança não come demasiados doces (rebuçados, gelados, bolos ou pastéis)					
16. Tenho que ter a certeza que a minha criança não come alimentos com alto teor de gordura					
17. Tenho que ter a certeza que a minha criança não come demasiado dos seus alimentos preferidos					
18. Eu intencionalmente mantenho alguns alimentos fora do alcance da minha criança					
19. Eu ofereço guloseimas (rebuçados, gelados, bolos, pastéis) à minha criança, como recompensa pelo seu bom comportamento					
20. Eu ofereço à minha criança os seus alimentos favoritos, em troca do seu bom comportamento					
21. Se eu não orientasse/regulasse a alimentação da minha criança, ela comeria demasiadas porcarias					
22. Se eu não orientar/regular a alimentação da minha criança, ela iria comer demasiado dos seus alimentos preferidos					
	Discordo	Discordo levemente	Indiferente	Concordo levemente	Concordo
23. A minha criança deve comer sempre tudo o que tem no prato					
24. Tenho que ter cuidado especial para ter a certeza que a minha criança come o suficiente					
25. Se a minha criança diz "não tenho fome", eu tento fazê-la comer de qualquer jeito					
26. Se eu não orientasse/regulasse a alimentação da minha criança, ela comia muito menos do que deveria					
	Nunca	Raramente	Às vezes	Normalmente	Sempre
27. Até que ponto controla as guloseimas (rebuçados, gelado, bolos, tartes, pasteis), que a sua criança come?					
28. Até que ponto controla os petiscos (batatas fritas, doritos, bolinhos de queijo) que a sua criança come?					
29. Até que ponto controla os alimentos com alto teor de gordura, que a sua criança come?					

14. De seguida apresentamos um conjunto de afirmações relacionadas com o comportamento alimentar do seu filho(a). Não há boas nem más respostas. Se responder espontaneamente a sua resposta será a melhor! Neste sentido, assinale com que frequência considera que o seu filho(a) se posiciona face a cada um dos comportamentos alimentares abaixo identificados. Deverá assinalar com uma cruz o número correspondente considerando o esquema de resposta a seguir indicado.

Nada frequente	Pouco frequente	Frequente	Bastante frequente	Muito frequente.
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1. O meu filho(a) adora comida.					
2. O meu filho(a) come mais quando anda preocupado.					
3. O meu filho(a) tem um grande apetite.					
4. O meu filho(a) termina as refeições muito rapidamente.					
5. O meu filho(a) interessa-se por comida.					
6. O meu filho(a) anda sempre a pedir de beber (refrigerantes ou sumos).					
7. Perante novos alimentos o meu filho(a) começa por recusá-los.					
8. O meu filho(a) come vagorosamente.					
9. O meu filho(a) come menos quando está zangado.					
10. O meu filho(a) gosta de experimentar novos alimentos.					
11. O meu filho(a) come menos quando está cansado.					
12. O meu filho(a) está sempre a pedir comida.					
13. O meu filho(a) come mais quando está aborrecido.					
14. Se o deixassem o meu filho(a) comeria demais.					
15. O meu filho(a) come mais quando está ansioso.					
16. O meu filho(a) gosta de uma grande variedade de alimentos.					
17. O meu filho(a) deixa comida no prato no fim das refeições.					
18. O meu filho(a) gasta mais que 30 minutos para terminar uma refeição.					
19. Se tivesse oportunidade o meu filho(a) passaria a maior parte do tempo a comer.					
20. O meu filho(a) está sempre à espera da hora das refeições.					
21. O meu filho(a) fica cheio antes de terminar a refeição.					
22. O meu filho(a) adora comer.					
23. O meu filho(a) come mais quando está feliz.					
24. O meu filho(a) é difícil de contentar com as refeições.					
25. O meu filho(a) come menos quando anda transtornado.					
26. O meu filho(a) fica cheio muito facilmente.					
27. O meu filho(a) come mais quando não tem nada para fazer.					
28. Mesmo quando já está cheio o meu filho(a) arranja espaço para comer um alimento preferido.					
29. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) passaria o dia a beber continuamente (refrigerantes ou sumos).					
30. O meu filho(a) é incapaz de comer a refeição se antes tiver comido alguma coisa.					
31. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) estaria sempre a tomar uma bebida					
32. O meu filho(a) interessa-se por experimentar alimentos que nunca provou antes.					
33. O meu filho(a) decide que não gosta de um alimento mesmo que nunca o tenha provado.					
34. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) estaria sempre com comida na boca.					
35. O meu filho(a) come cada vez mais devagar ao longo da refeição.					

Dados clínicos dos pais avaliados pela equipe de investigação:

Mãe: Sim Não

Pai: Sim Não

NOTA: Se não pode estar presente para a equipa avaliar os dados que se seguem, por favor faça-o em casa ou registe os valores habituais.

Dados antropométricos e clínicos	Mãe	Pai	Filho/a*
Peso			
Estatura			
IMC (apenas a avaliar pela equipa)			
Perímetro da cintura			Não Aplicável
Pressão/Tensão Arterial	/	/	

*Dados a avaliar obrigatoriamente pela equipa de investigação

Muito obrigado pela sua colaboração!

Entidades Financiadoras

