

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





## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer a todos aqueles que tornaram a realização deste trabalho possível, nomeadamente:

À orientadora, Professora Doutora Graça Aparício, pelo seu apoio e orientação constantes, pela sua disponibilidade, paciência e palavras de incentivo e de encorajamento, sem os quais acredito que este trabalho não seria possível.

Ao Professor Doutor João Duarte, pela colaboração e ajuda preciosa.

Aos pais e crianças que participaram no estudo, pela sua disponibilidade e colaboração.

Às educadoras de infância, pela ajuda e disponibilidade que demonstraram.

Aos meus pais, pela educação que me proporcionaram e por tudo o que me ensinaram.

Ao Daniel, pela paciência, compreensão, apoio e incentivo.

A todos os que me ajudaram na realização deste trabalho, o meu muito obrigada!



## Resumo

**Enquadramento:** As famílias têm grande influência na saúde das crianças, é importante que estas possuam conhecimentos para uma adequada alimentação dos seus filhos. Reconhece-se que as crianças devem ser ajudadas precocemente a desenvolver hábitos alimentares saudáveis, pois é na idade pré-escolar que os padrões básicos da alimentação são adquiridos e na idade escolar são consolidados.

**Objetivos:** Classificar o estado nutricional da criança; analisar a influência das variáveis sociodemográficas no conhecimento dos pais sobre alimentação da criança; relacionar o estado nutricional da criança com o conhecimento dos pais sobre alimentação.

**Métodos:** Estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, realizado numa amostra não probabilística, por conveniência de 114 pais e crianças, mães com média de idade de 34,40 anos (Dp=5,777) e pais 36,50 (Dp=9,155). Das crianças, 56,1% tinham idade pré-escolar e 43,9% idade escolar, variando entre os 3 anos e 9 anos, (média= 5,53; Dp=1,93). Para a recolha de informação utilizou-se o questionário “*Conhecimento dos Pais sobre Alimentação Infantil (QAI)*” da autoria de Aparício, Nunes, Duarte e Pereira (2012). Para classificação do IMC, foi efetuada a avaliação antropométrica das crianças no jardim-de-infância, escolas do 1º ciclo do ensino básico e nas consultas de vigilância de saúde infantil da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de um Concelho do distrito de Viseu e utilizados os pontos de corte do NCHCS (CDC, 2000) para a classificação do estado nutricional.

**Resultados:** No global da amostra, 57,0% das crianças eram normoponderais, 16,7% tinham excesso de peso, 13,2% obesidade e 13,2% estavam em situação de baixo peso. Por grupo etário, apurou-se que 60,9% das crianças em idade pré-escolar eram normoponderais, com uma prevalência de excesso de peso de 17,2% (9,4% obesidade e 7,8% pré-obesidade) e 21,9% de baixo peso. Na idade escolar, 52,0% tinham peso normal, 46,0% excesso de peso (28,0% pré-obesidade e 18,0% obesidade) e 2,0% baixo peso. A caracterização dos conhecimentos sobre alimentação infantil revelou que 43,9% dos progenitores tinham conhecimentos suficientes, 30,7% bons e 25,4% insuficientes. Concluiu-se haver relação entre os conhecimentos dos pais e a idade, escolaridade, profissão, residência e número de filhos. Os pais das crianças com peso normal apresentaram melhores valores médios no QAI e pelos resultados obtidos, inferiu-se que melhores conhecimentos conduzem a melhores atitudes na alimentação da criança. O modelo de regressão multivariada explica cerca de 9% da variância observada no fator *regras alimentares* e 23% no fator *alimentação e saúde*.

**Conclusões:** Os resultados indicam que os conhecimentos dos pais sobre a alimentação da criança continuam insuficientes e associados ao contexto sociodemográfico de desigualdades em saúde. Assim, torna-se importante promover o *empowerment* da família, podendo esta ser uma das estratégias para a prevenção da obesidade infantil e minimização das iniquidades em saúde.

**Palavras-Chave:** Obesidade Infantil; Conhecimentos sobre alimentação; Estado nutricional; Criança.



## Abstract

**Context:** Families have a major influence on children's health, thus it is crucial that they have proper food knowledge in order to provide a correct nutrition for their children. Considering that children acquire their basic eating patterns at preschool age and that these patterns are established at school age, it is acknowledged that children should be helped to develop healthy eating habits in the early years.

**Objectives:** To classify children's nutritional status; to analyse the influence of socio-demographic variables on parental knowledge about children's nutrition; to relate children's nutritional status to parental knowledge of food.

**Methods:** Quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational study conducted in a nonprobability convenience sample of 114 parents and children. The mothers' average age was 34.40 years old (SD = 5,777) and the fathers' was 36.50 years old (SD = 9.155). Of the children, 56.1% had pre-school age and 43.9% school age, ranging from 3 to 9 years (mean = 5.53; SD = 1.93). The "*Conhecimento dos Pais sobre Alimentação Infantil (QAI)*" questionnaire [*Parental Knowledge of Child Nutrition (CNQ-Children's Nutrition Questionnaire)*] by Aparício, Nunes, Duarte & Pereira (2012) was applied to collect data. To classify the BMI, was performed anthropometric assessment of children in a nursery school, in basic education schools and in the child health surveillance consultations in the Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) of a Council in the District of Viseu. The cut-off points of the NCHS (CDC, 2000) were used to grade the nutritional status.

**Results:** In the overall sample, 57.0% of children were normal weight, 16.7% were overweight, 13.2% were obese and 13.2% were underweight. In terms of age groups, it was established that 60.9% of preschool-age children were normal weight, the prevalence of overweight was 17.2% (9.4% obese and 7.8% pre-obese) and the prevalence of underweight was 21.9%. As far as the school-age children are concerned, 52.0% were normal weight, 46.0% were overweight (28.0% pre-obese and 18.0% obese) and 2.0% were underweight. The data collected about parental knowledge of child nutrition showed that 43.9% of the parents had sufficient knowledge, 30.7% good and 25.4% insufficient. It was determined that there is a relationship between the parents' knowledge and their age, education, occupation, residence and number of children. The normal weight children's parents had better average values in the QAI [CNQ - Children's Nutrition Questionnaire]. According to these results, it was possible to conclude that better knowledge leads to better attitudes in terms of child nutrition. The multivariate regression model explains the observed variance in the *food rules* factor (about 9%) and in the *food and health* factor (about 23%).

**Conclusions:** The results indicate that parental knowledge of child nutrition is still insufficient and it is related to health inequalities in the socio-demographic context. Consequently, it is important to assess and promote family empowerment. The latter may also be one of the strategies to prevent childhood obesity and to minimise health inequalities.

**Keywords:** Childhood Obesity; Food Knowledge; Nutritional Status; Child.



# Sumário

Agradecimentos	
Resumo	
Abstract	
Lista de Tabelas	
Lista de Figuras	
Lista de Abreviaturas e Siglas	
<b>Introdução</b> .....	17
<b>I PARTE – Fundamentação Teórica</b> .....	21
<b>1 - A Família e a Alimentação Infantil</b> .....	23
1.1 - Importância da Alimentação para o Crescimento e Desenvolvimento da Criança .....	23
1.2 - Comportamento Alimentar Infantil.....	26
1.3 - Conhecimentos dos Pais sobre Alimentação Infantil.....	29
1.4 Influência das Variáveis Sociodemográficas nos Conhecimentos e Práticas Alimentares dos Pais .....	32
1.5 - Implicações da Alimentação na Saúde da Criança .....	35
<b>2 - Obesidade Infantil</b> .....	39
2.1 - Conceito e Classificação.....	39
2.2 - Contextualização da Obesidade em Portugal .....	41
2.3 - Complicações .....	44
<b>3 - Prevenção da Obesidade na Infância</b> .....	47
3.1 - Papel da Família na Prevenção da Obesidade Infantil.....	47
3.2 - Papel do Enfermeiro na Prevenção da Obesidade Infantil .....	50
<b>II Parte – Estudo Empírico</b> .....	53
<b>1 - Metodologia</b> .....	55
1.1 - Métodos.....	55
<b>1.1.1 - Tipo de estudo</b> .....	56
<b>1.1.2 - Variáveis</b> .....	57
1.2 - Participantes.....	59
<b>1.2.1 - Caracterização da amostra</b> .....	60
1.3 - Instrumento de Recolha de dados .....	62
<b>1.3.1 - Questionário</b> .....	62
1.4 - Procedimentos.....	66

1.5 - Análise de Dados.....	68
<b>2 - Resultados .....</b>	<b>71</b>
2.1 - Análise Descritiva .....	71
2.2 - Análise Inferencial.....	82
<b>3 - Discussão.....</b>	<b>95</b>
3.1 - Discussão Metodológica .....	95
3.2 - Discussão dos Resultados.....	96
<b>Conclusão .....</b>	<b>105</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>109</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>117</b>
<b>Anexo I</b> - Instrumento de recolha de dados.....	119
<b>Anexo II</b> - Consentimento informado .....	125
<b>Anexo III</b> - Pedidos de autorização para a recolha de dados.....	129
<b>Anexo IV</b> - Declaração da investigadora principal/orientadora.....	133
<b>Anexo V</b> - Autorização das instituições para a recolha de dados .....	137

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Classificação do estado nutricional de crianças 0-5 e 5-19 anos, com base nos padrões da OMS de 2006 e 2007 .....	41
<b>Tabela 2</b> - Classificação do estado nutricional de crianças e adolescentes tendo em conta o percentil de IMC .....	41
<b>Tabela 3</b> - Operacionalização das variáveis .....	58
<b>Tabela 4</b> - Distribuição dos respondentes ao questionário, em função do sexo das crianças.....	60
<b>Tabela 5</b> - Estatísticas relativas da idade do progenitor em função do sexo .....	61
<b>Tabela 6</b> - Grupo etário do progenitor em função do sexo .....	61
<b>Tabela 7</b> - Estatísticas relativas à idade da criança .....	62
<b>Tabela 8</b> - Grupo etário da criança em função do sexo .....	62
<b>Tabela 9</b> - Significado aparente e pressupostos dos quatro fatores do QAI.....	64
<b>Tabela 10</b> - Consistência interna dos itens do questionário alimentação infantil (QAI) .....	65
<b>Tabela 11</b> - Estatísticas relativas ao peso de nascimento das crianças em função do sexo .....	71
<b>Tabela 12</b> - Estatísticas relativas à estatura da criança em função do sexo .....	72
<b>Tabela 13</b> - Estatísticas relativas à estatura por grupo etário .....	72
<b>Tabela 14</b> - Estatísticas relativas ao peso em função do sexo.....	73
<b>Tabela 15</b> - Estatísticas relativas ao peso por grupo etário.....	73
<b>Tabela 16</b> - Classificação do estado nutricional das crianças em função do sexo .....	74
<b>Tabela 17</b> - Classificação do estado nutricional das crianças por grupo etário .....	74
<b>Tabela 18</b> - Caracterização da escolaridade do progenitor .....	75
<b>Tabela 19</b> - Caracterização do grau do ensino do progenitor .....	75
<b>Tabela 20</b> - Caracterização do profissional dos pais, segundo a CPP-2010.....	76
<b>Tabela 21</b> - Caracterização da profissão dos progenitores .....	76
<b>Tabela 22</b> - Caracterização da residência dos progenitores .....	77
<b>Tabela 23</b> - Caracterização do estado civil dos progenitores .....	77
<b>Tabela 24</b> - Estatísticas relativas ao número de filhos .....	77
<b>Tabela 25</b> - Caracterização do número de filhos dos progenitores .....	78
<b>Tabela 26</b> - Estatísticas percentuais por dimensões do QAI .....	79
<b>Tabela 27</b> - Conhecimentos de quem respondeu ao QAI .....	79
<b>Tabela 28</b> - Conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil e a idade .....	79
<b>Tabela 29</b> - Conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil em função da idade da criança .....	80
<b>Tabela 30</b> - Conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil e a escolaridade.....	80

<b>Tabela 31</b> - Conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil e a profissão .....	81
<b>Tabela 32</b> - Conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil e a residência.....	81
<b>Tabela 33</b> - Conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil e o estado civil .....	82
<b>Tabela 34</b> - Conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil e o número de filhos.....	82
<b>Tabela 35</b> - Teste de <i>U Mann-Whitney</i> entre o conhecimento dos pais e o sexo .....	83
<b>Tabela 36</b> - Análise de variância a um fator entre o conhecimento dos pais e a idade, <i>Anova</i> .....	83
<b>Tabela 37</b> - Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> entre o conhecimento dos pais sobre alimentação infantil e a escolaridade .....	84
<b>Tabela 38</b> - Teste de <i>U Mann-Whitney</i> entre os fatores do QAI e a residência .....	85
<b>Tabela 39</b> - Teste de <i>U Mann-Whitney</i> entre os fatores do QAI e o estado civil.....	85
<b>Tabela 40</b> - Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> entre o conhecimento dos pais sobre alimentação infantil e a profissão.....	86
<b>Tabela 41</b> - Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> entre os fatores do QAI e o percentil de IMC .....	87
<b>Tabela 42</b> - Trajetórias standardizadas, rácios críticos e VIF das variáveis com o fator <i>alimentação e saúde</i> .....	87
<b>Tabela 43</b> - Trajetórias standardizadas, rácios críticos e VIF das variáveis com o fator <i>regras alimentares</i> .....	89
<b>Tabela 44</b> - Trajetórias standardizadas, rácios críticos e VIF das variáveis com o fator <i>variedade/diversidade no padrão alimentar</i> .....	90
<b>Tabela 45</b> - Trajetórias standardizadas, rácios críticos e VIF das variáveis com o fator <i>crenças alimentares familiares</i> .....	91
<b>Tabela 46</b> - Trajetórias standardizadas, rácios críticos e VIF das variáveis com o fator <i>global</i> .....	92
<b>Tabela 47</b> - Trajetórias, rácios críticos e coeficientes de regressão dos fatores do QAI....	93

## Lista de Figuras

<b>Figura 1</b> - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis .....	57
<b>Figura 2</b> - Modelo de regressão linear múltipla entre as variáveis e o fator <i>alimentação e saúde</i> do QAI.....	88
<b>Figura 3</b> - Modelo final ajustado da trajetória das variáveis e o fator <i>alimentação e saúde</i> do QAI.....	88
<b>Figura 4</b> - Modelo de regressão linear múltipla entre as variáveis e o fator <i>regras alimentares</i> do QAI.....	89
<b>Figura 5</b> - Modelo final ajustado da trajetória das variáveis preditoras e o fator <i>regras alimentares</i> do QAI.....	90
<b>Figura 6</b> - Modelo de regressão linear múltipla entre as variáveis e o fator <i>variedade/ diversidade no padrão alimentar</i> do QAI.....	91
<b>Figura 7</b> - Modelo de regressão linear múltipla entre as variáveis e o fator <i>crenças alimentares familiares</i> do QAI.....	92
<b>Figura 8</b> - Modelo de regressão linear múltipla entre as variáveis e o fator <i>global</i> do QAI.....	93
<b>Figura 9</b> - Modelo final ajustado da trajetória das variáveis preditoras e o fator <i>global</i> do QAI.....	93
<b>Figura 10</b> - Modelo de regressão múltipla multivariada com os fatores <i>alimentação e saúde e regras alimentares familiares</i> e as variáveis preditoras .....	94



## Lista de Abreviaturas e Símbolos

APCOI - Associação Portuguesa contra a Obesidade Infantil

CDC - Center for Disease Control and Prevention

CEBQ - *Child Eating Behaviour Questionnaire*

cit. - citado

cm - centímetro

cols. - colaboradores

COSI - *Childhood Obesity Surveillance Initiative*

DGS - Direção-Geral da Saúde

ENA - *Escala de Neofobia Alimentar*

gr - grama

IMC - Índice de Massa Corporal

IOTF - International Obesity Task Force

kg - Quilograma

m - metro

NA - Neofobia Alimentar

NCHS - National Center of Health and Statistics

OMS - Organização Mundial de Saúde

P - Percentil

p. - página

QAI - *Questionário de Alimentação Infantil*

QCAPAI - *Questionário Crenças, Atitudes e Práticas Alimentares*

SPCO - Sociedade Portuguesa de Cirurgia de Obesidade

SPSS - *Statistical Package for the Social Science*

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

WHO - World Health Organization



## Introdução

A obesidade foi considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a epidemia do século XXI, representando atualmente um dos mais sérios problemas de saúde pública que afeta crianças, adolescentes e adultos.

É a doença nutricional pediátrica com mais prevalência a nível mundial, não atingindo apenas os países desenvolvidos, mas particularmente aqueles que se apresentam em fase de desenvolvimento (Rêgo & Peças, 2012).

A obesidade resulta da interação de vários fatores, destacando-se os genéticos e ambientais, que incluem o estilo de vida (redução do exercício físico e elevado consumo de gorduras).

A Sociedade Portuguesa de Cirurgia de Obesidade (SPCO, 2005), relata que a obesidade é a forma mais comum de má nutrição no mundo ocidental, sendo uma doença crónica de armazenamento excessivo de gordura, com muitos anos de evolução, envolvendo na sua génese fatores hereditários, bioquímicos, hormonais, ambientais, comportamentais e culturais.

De acordo com alguns autores, trata-se de um problema social pela degradação da qualidade de vida, pelos distúrbios da imagem corporal, baixa autoestima e isolamento social das crianças e suas famílias.

O impacto da obesidade na criança pode ser quantificado pela influência que esta patologia tem na sua qualidade de vida, no recurso aos serviços de saúde, no absentismo escolar, na limitação nas atividades da vida diária, nomeadamente na prática de desporto, assim como nas relações interpessoais, marginalização, depressão e isolamento. Ao nível da família, as repercussões podem traduzir-se no absentismo profissional, nas alterações dos estilos de vida e na necessidade de acompanhamento dos familiares (SPCO, 2005).

Constata-se, assim, que Portugal é um dos países europeus com maior número de crianças com excesso de peso e obesidade, o que obriga a uma intervenção urgente, tanto a nível da identificação dos determinantes, mas sobretudo a nível da sua prevenção (OMS, 2006).

No seio familiar, desenvolvem-se atitudes e comportamentos alimentares que são produto de um longo processo de socialização e desenvolvimento. O grupo de pares, experiências de cidadania, conhecimentos escolares e informações arrecadadas dos meios de comunicação social, são algumas das influências que permitem o desenvolvimento de atitudes e comportamentos alimentares (Viana, Guimarães, Teixeira & Barbosa, 2003).

O desenvolvimento de atitudes e comportamentos relativamente à alimentação na criança e adolescente efetua-se, então, segundo um processo de aprendizagem. Apesar de a obesidade ser de etiologia multifatorial, a influência ambiental destaca-se como um dos fatores desencadeadores da sua ocorrência. Este efeito parece ser mais evidente em indivíduos geneticamente mais suscetíveis (Rêgo & Peças, 2007).

A família desempenha um papel muito importante na prevenção desta doença, os pais são considerados os primeiros educadores nutricionais, interferindo nas escolhas alimentares das crianças, bem como nos seus hábitos alimentares.

Segundo Ramos e Stein (2000), a influência dos hábitos alimentares tem sido amplamente estudada, tendo-se verificado que a família é responsável pela formação do comportamento alimentar da criança, pois é no ambiente familiar que esta aprende a perceção dos sabores e desenvolve as suas preferências alimentares. Estas preferências e atitudes face à alimentação desenvolvem-se, sobretudo, até ao final da idade pré-escolar.

Face ao exposto, a idade pré-escolar é, assim, um momento crucial para se atuar preventivamente. É determinante o conhecimento do estado nutricional e a identificação dos fatores de risco associados ao excesso de peso da população portuguesa nesta faixa etária (Gomes, Espanca, Gato & Miranda, 2010).

Face a esta realidade, com este trabalho, desenvolvido no âmbito de Relatório Final do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pretende-se analisar os conhecimentos dos pais sobre alimentação da criança e a sua relação com o estado nutricional, nas crianças em idade pré-escolar e escolar, do jardim de infância e 1º ciclo do ensino básico de um concelho do distrito de Viseu e, desta forma, contribuir para a prevenção da obesidade infantil.

Enquanto investigadora, e exercendo a atividade profissional na área geográfica destas instituições, é de todo pertinente ter este conhecimento para o desenvolvimento de estratégias de prevenção da obesidade no geral e, em particular, da obesidade infantil, para uma melhor intervenção.

Suportado pelo que referem os estudos realizados nesta área, e no sentido de dar resposta às nossas inquietações baseadas na evidência do dia a dia, formulamos as seguintes questões de investigação:

- Qual será a prevalência de excesso de peso nas crianças que frequentam o jardim de infância e 1º ciclo do ensino básico?
- Quais são os conhecimentos dos pais sobre alimentação das crianças que frequentam o jardim de infância e 1º ciclo do ensino básico?

- Qual a influência das variáveis sociodemográficas no conhecimento dos pais sobre alimentação da criança?
- Qual a relação entre o estado nutricional da criança e o conhecimento dos pais sobre alimentação da criança?

De forma a dar resposta às questões formuladas, foram delineados os seguintes objetivos:

- Determinar o excesso de peso das crianças que frequentam o jardim de infância e 1º ciclo do ensino básico;
- Caracterizar o conhecimento dos pais sobre alimentação da criança.
- Analisar a influência das variáveis sociodemográficas no conhecimento dos pais sobre alimentação da criança.
- Relacionar o estado nutricional da criança e o conhecimento dos pais sobre alimentação da criança.

Para a sua concretização, delineou-se um estudo transversal, de análise quantitativa, do tipo descritivo-correlacional, numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 114 pais e crianças em idade pré-escolar e escolar.

Este documento encontra-se estruturado em duas partes distintas que se complementam. Na primeira parte, é feito um enquadramento teórico à problemática da obesidade, onde se contextualiza a obesidade infantil no geral, abordando aspetos relativos à epidemiologia, etiologia, consequências e o papel da família e do enfermeiro na prevenção da obesidade infantil.

A segunda parte, relativa ao estudo empírico, engloba o enquadramento metodológico do estudo, respetivo tratamento estatístico, a apresentação e discussão dos resultados e, por último, são elencadas as principais conclusões do estudo.



**I PARTE**  
**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

---



## 1 - A Família e a Alimentação Infantil

Na faixa etária pediátrica, as famílias, e sobretudo os pais, desempenham um papel fundamental na formação dos hábitos alimentares saudáveis e na promoção da saúde da criança.

A alimentação dos pais costuma exercer influência decisiva na alimentação infantil, afetando a preferência alimentar da criança e a regulação da ingestão energética. Na infância, a criança apreende, sobretudo, por imitação, nesse sentido o convívio familiar pode contribuir para aquisição de hábitos alimentares saudáveis ou errôneos, uma vez que os pais, bem como os irmãos, são o espelho dessa criança, e a alimentação da família ditará o futuro do seu comportamento alimentar (Silva, 2015).

### 1.1 - Importância da Alimentação para o Crescimento e Desenvolvimento da Criança

A alimentação infantil, ao mesmo tempo que constitui fator fundamental para o crescimento e desenvolvimento, pode também ser um dos principais fatores de prevenção de algumas doenças na idade adulta (Vieira, Santos & Resende, 2007).

Reconhece-se, hoje, que uma alimentação saudável durante a infância é duplamente benéfica, pois, por um lado, facilita o desenvolvimento intelectual e o crescimento adequado para a idade e, por outro, previne uma série de patologias relacionadas com uma alimentação incorreta e desequilibrada, como a anemia, a obesidade, a desnutrição, as cáries dentárias, o atraso de crescimento, entre outras (Rego et al., 2004, cit. por Aparício, 2010).

O processo de crescimento e desenvolvimento de uma criança é um processo global, que ocorre de modo contínuo, progressivo e dinâmico em várias fases e que se inicia no momento da concepção. Além da herança genética, este complexo processo ocorrerá de forma mais ou menos saudável dependendo das influências do meio ambiente (familiar e extrafamiliar) em que a criança cresce e se desenvolve, das condições que lhe sejam propiciadas e da sua adaptação em cada fase da sua vida (Duarte, 2012).

O Ministério da Saúde (2002) refere, ainda, que o crescimento é um processo biológico de multiplicação e aumento celular, visível através do aumento do tamanho corporal. Este processo não é constante, pois, ao longo da vida, apresenta características diferentes: i) fases de ganho acelerado, como é o caso do período intra-uterino, primeiro ano de vida e início da puberdade; ii) de desaceleração, que acontece do primeiro ao segundo

ano de vida e final da puberdade; iii) e fases de menores ganhos, do segundo ano de vida até ao início da puberdade, estas últimas, habitualmente, acompanhadas de diminuição do apetite (Ministério da Saúde, 2002).

Barros e Seyffarth (2008), acrescentam que o primeiro ano de vida de uma criança é caracterizado por crescimento acelerado e enormes aquisições no processo de desenvolvimento, incluindo habilidades para receber, mastigar e digerir outros alimentos além do leite materno, e no autocontrolo do processo de ingestão de alimentos para atingir o padrão alimentar cultural do adulto. Entre o primeiro e o segundo ano de vida há uma desaceleração normal, surge o crescimento mais lento com menores necessidades energéticas e a criança adquire mais autonomia e independência. A partir do segundo ano de vida, dá-se a fase de menores ganhos (crescimento em escada), existe a afirmação da personalidade (fase do não). Entre os cinco e os sete anos o peso acelera (rebate adipocitário), mas o crescimento mantém-se lento (Aparício, 2015).

Para Aparício (2010), atendendo às características do crescimento e desenvolvimento infantil, é lógico considerar que a alimentação, durante os primeiros cinco anos de vida, requer cuidados e oferta específicos, nomeadamente em qualidade, quantidade, frequência e até consistência.

Assim sendo, a alimentação desempenha um papel determinante desde o início da vida da criança. Destaca-se a importância do aleitamento materno, este é considerado como o alimento mais adequado no crescimento e desenvolvimento saudável, pois oferece os nutrientes que a criança necessita para iniciar uma vida saudável e deve ser dado em exclusivo até aos seis meses de vida. Este é perfeitamente adaptado à sua imaturidade digestiva e, devido às suas características, protege-a de doenças infecciosas e alérgicas, promove um melhor desenvolvimento intelectual e psicomotor e, sobretudo, promove a vinculação, facilitando a interação mãe-bebé (Levy & Bértolo, 2012).

Posteriormente, no segundo semestre de vida, com o crescimento e desenvolvimento acelerado, a criança necessita de outros alimentos que lhe permita fazer face às necessidades biológicas, contribuindo estes progressivamente com 20% a 50 % de energia (Aparício, 2010).

A introdução de novos alimentos é, não só necessária, pelos aspetos nutricionais já referidos, mas possível, pela maturação estrutural e funcional dos aparelhos gastrointestinal, renal e metabólico e pela maturidade dos mecanismos imunológicos do intestino, dado que após os seis meses há redução da possibilidade de reações de hipersensibilidade. Além disso, o desenvolvimento psicomotor e neurocomportamental do latente permite-lhe o controlo da cabeça/pescoço e a perda do reflexo de extrusão, característica dos bebés até

cerca dos quatro/cinco meses, que os leva a expulsar qualquer alimento mais consistente, depositado na parte anterior da língua e, muitas vezes, interpretado como recusa por parte da criança (Silva et al., 2005, cit. por Aparício, 2010). Desta forma, a utilização da colher é possível e deve ser estimulada, pois permite o desenvolvimento de outras competências, como a mastigação e progressiva integração da criança na dieta e refeições da família (Aparício, 2010).

Segundo Barros e Seyffarth (2008), os bebês são particularmente vulneráveis durante o período de transição, quando se inicia a alimentação complementar. Assegurar que as necessidades nutricionais sejam satisfeitas requer, portanto, que os alimentos complementares sejam: introduzidos no momento certo, ou seja, quando a necessidade de energia e nutrientes exceda o que pode ser provido por aleitamento materno exclusivo; sejam adequados, pois devem fornecer energia, proteína e micronutrientes que satisfaçam as necessidades nutricionais de uma criança em crescimento e que sejam oferecidos de acordo com os sinais de apetite e saciedade da criança.

Um dos grandes objetivos da diversificação alimentar é, pois, a introdução no regime alimentar familiar, o que deverá acontecer entre os 12 e 18 meses. Ou seja, a criança participa nas refeições da família: come à mesa, o que todos comem e, tanto quanto possível, à mesma hora. Esta participação no regime alimentar da família pode constituir uma excelente oportunidade para rever e, eventualmente, corrigir os hábitos alimentares da família (Sasseti, 2012). Nesta fase, a família deve cozinhar de modo saudável, incluir diversidade para serem asseguradas as necessidades e nutrientes essenciais; variedade de forma a evitar excessos ou défices em determinados nutrientes; e manter a proporcionalidade entre os diferentes grupos de alimentos (Aparício, 2010).

Apesar de cada período da vida ter particular importância, a idade pré-escolar, corresponde a uma fase muito importante em termos evolutivos. É considerada de fundamental importância na vida humana, pois nela ocorrem grandes modificações a nível físico, cognitivo e psicossocial. Durante a idade pré-escolar ocorrem mudanças no crescimento e desenvolvimento da criança, que irão potenciar o desenvolvimento da sua autonomia. O termo crescimento diz respeito às mudanças de ordem física, como o aumento da estatura e peso, e o desenvolvimento refere-se às competências psicomotoras e sociais, isto é, às capacidades da criança para aprender e para ser autónoma (Duarte, 2012).

Aparício (2010) acrescenta, ainda, que esta é também uma fase de afirmação e desejo de autonomia por parte da criança, desempenhando a alimentação um papel importante para o treino de novas habilidades e, por vezes, exigências.

Do ponto de vista nutricional, neste período pré-escolar é fundamental procurar obter um equilíbrio entre a energia que a criança consome e a energia que ela gasta, caso contrário haverá acumulação de gordura e conseqüente aumento de peso, quando esta é fisiologicamente uma fase de desaceleração no crescimento (Aparício, 2010).

Muitos dos hábitos alimentares são condicionados desde os primeiros anos de vida, pelo que desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância reveste-se de uma dupla importância: por um lado, permite um crescimento e desenvolvimento adequado e, por outro, permite uma aprendizagem baseada na experiência, observação e educação, tornando-se este período de vida numa importante janela de oportunidade (Aparício, 2010).

Assim, podemos dizer que cada criança tem o seu próprio padrão de crescimento, assim como influências familiares únicas em todos os âmbitos, incluindo alimentares, pelo que a alimentação nos primeiros anos de vida terá uma repercussão definitiva sobre o comportamento biológico e social, onde se inclui o comportamento alimentar, temática que abordaremos no capítulo seguinte.

## 1.2 - Comportamento Alimentar Infantil

O comportamento alimentar tem as suas bases fixadas na infância, transmitidas pela família, através de tradições, crenças, valores e tabus. As práticas alimentares, adquiridas por imitação ou condicionamento, seguem como diretrizes com forte carga emocional, difíceis de serem modificadas e nas quais a influência dos pais é decisiva, podendo ter implicações no desenvolvimento das preferências alimentares, padrões de consumo e, conseqüentemente, no eventual excesso de peso (Vieira, Santos e Resende, 2007).

Viana e Sinde (2003), avaliaram o comportamento alimentar infantil utilizando o *Child Eating Behaviour Questionnaire* (CEBQ) - Questionário do Comportamento Alimentar da Criança, de Wardle e col. (2001). Este questionário avalia oito dimensões do comportamento alimentar, que poderão ser posteriormente associadas ao estado nutricional da criança. Estas dimensões são: *resposta à saciedade*; *ingestão lenta*; *seletividade*; *resposta à comida*; *prazer em comer*; *desejo de beber*; *sobreingestão emocional*; e *subingestão emocional*. Este foi aplicado a crianças e jovens da população portuguesa entre os 3 e os 13 anos de idade e como resultados da análise das dimensões, destacou-se a dimensão *resposta à comida*, que avalia o interesse pela comida, referindo-se à influência dos atributos externos dos alimentos, ou de fatores de índole social, no que concerne ao apetite e ingestão, e que é uma característica determinante do comportamento alimentar das crianças e adolescentes com obesidade.

Mello, Luft e Meyer (2004) reforçam também que o comportamento alimentar da criança é influenciado por vários fatores, sejam externos (unidade familiar e suas características, atitudes dos pais e amigos, valores sociais, culturais e conhecimentos nutricionais) e internos (necessidades e características psicológicas, imagem corporal, valores e experiências pessoais, autoestima, preferências alimentares, saúde e desenvolvimento psicológico).

Para Moreira e Tapadinhas (2008), o comportamento alimentar está associado aos estilos de vida que podem conduzir ao aparecimento de perturbações do comportamento alimentar. Nas últimas décadas, estas perturbações têm vindo a tornar-se cada vez mais frequentes, podendo, por exemplo, expressar-se por episódios de restrição alimentar, pela prática excessiva de exercício físico ou, em último caso, assumir outras formas patológicas, que se manifestam na idade adulta, tal como a anorexia nervosa ou a bulimia.

Aproximadamente 25% a 45% das crianças com desenvolvimento normal e até 80% das crianças com atrasos de desenvolvimento apresentam algum tipo de problema alimentar (Martins & Mansilha, 2014).

A alimentação normal depende da integração bem sucedida de funções fisiológicas e de relações interpessoais durante uma fase precoce do desenvolvimento. Uma alteração em alguma destas áreas pode resultar num problema alimentar, como a ausência ou o atraso no desenvolvimento das competências alimentares, a dificuldade em tolerar líquidos ou sólidos, a recusa em comer baseada no gosto, na textura e noutros fatores sensoriais, a falta de apetite ou de interesse na comida, a utilização de comportamentos alimentares para conforto, o autoconsolo ou a autoestimulação (Martins & Mansilha, 2014).

Segundo as autoras, os fatores que têm vindo a ser apontados como predisponentes ao aparecimento da doença, são certos padrões temperamentais da criança e/ou cuidadores, doença recorrente, baixa resiliência, depressão ou baixa assertividade parental. Nesse sentido, a patologia poderá eclodir, podendo ser fatores precipitantes uma doença aguda, uma agressão, dor ou negligência.

Cada fase de crescimento e desenvolvimento da criança é caracterizada por diversos comportamentos: no primeiro ano de vida, a criança está preparada para a ingestão repetida e variada, exercita o paladar, e o leite materno é o ideal complementado após os seis meses. Posteriormente, entre o primeiro e o segundo ano de vida, a criança tem menor necessidade de alimentos, mas necessita de uma maior ingestão de fibras e vitaminas (verduras e fruta), surge menor interesse em comer, são mais esquisitos nas escolhas, o apetite é irregular, a exigência do paladar aumenta e observam-se esforços de autonomia e novos comportamentos às refeições. A partir do segundo ano de vida, a criança distrai-se

facilmente à mesa, se houver muitos estímulos, esta é mais energética, começa a escolher o que vai comer (fase seletiva), são habituais as manias e os caprichos, associam o sabor com o aroma e a cor, fazem birras e excluem alimentos (neofobia alimentar). Entre os 5 e os 7 anos, a criança gosta sobretudo de alimentos energéticos (doces e salgados), neste período existe influência do ambiente social nas opções alimentares (Aparício, 2015).

Assim, a idade pré-escolar corresponde a uma fase muito importante do desenvolvimento infantil, o comportamento alimentar do pré-escolar é determinado em primeira instância pela família, da qual ela é dependente e, secundariamente, pelas outras interações psicossociais e culturais da criança. O padrão da alimentação do pré-escolar é determinado pelas suas preferências alimentares. A dificuldade é fazer com que a criança aceite uma alimentação variada, aumentando as suas preferências e adquirindo um hábito alimentar mais adequado, uma vez que muitas crianças têm medo de experimentar novos alimentos e sabores, fenómeno este denominado de neofobia alimentar<sup>1</sup> (NA) (Ramos & Stein, 2000).

Babo e Almeida (2013) estudaram os determinantes da NA através da aplicação da *Escala de Neofobia Alimentar* (ENA). Aplicaram esta escala a 72 pares de crianças e encarregados de educação, e concluíram que as crianças apresentavam valores de comportamento neofóbico mais elevado do que os encarregados de educação. O comportamento neofóbico mais elevado das crianças encontra-se associado a uma maior frequência de ingestão de alimentos “simples”, mas também a uma menor ingestão de alimentos “saudáveis” e a um percentil do índice de massa corporal (IMC) mais elevado. Foi encontrada uma associação muito fraca entre a NA total das crianças e a NA total dos encarregados de educação.

Como consequência deste fenómeno, a criança poderá formar um hábito alimentar inadequado. Durante o primeiro ano de vida, a neofobia é menor do que em crianças em idade pré-escolar, pois nesta idade, se não foram expostas à diversidade, consomem apenas alimentos de que gostam, recusando aqueles de que não gostam (Vieira, Santos e Resende, 2007).

Então, a neofobia alimentar pode ser reduzida por métodos de aprendizagem da alimentação que permitem que a criança aprenda sobre fome e saciedade, sabores e consistência dos alimentos e quantidade que deve ser consumida. A criança necessita provar o alimento, mesmo que em quantidade mínima, para que aumente a sua aceitação. Geralmente, a sua aceitação ocorre após doze a quinze apresentações do alimento e os

---

<sup>1</sup> Neofobia alimentar significa o medo em consumir alimentos novos que são inicialmente considerados estranhos. Esta característica é geralmente observada em crianças com idades entre os um e sete anos de idade, podendo, no entanto, surgir também em adultos. característica é geralmente observada em crianças com idades entre os um e sete anos de idade, podendo, no entanto, surgir também em adultos.

pais não devem desistir de oferecer, sem forçar alimentos recusados, mesmo porque é a exposição repetida que poderá contribuir para a redução da NA (Vieira, Santos e Resende, 2007).

Alguns estudos têm revelado que a rejeição precoce da criança a um determinado alimento pode ser alterada. Grande parte dos alimentos que as crianças rejeitam inicialmente, poderá ser aceite em outras ocasiões se for dada à criança mais oportunidades de provar o alimento. Neste sentido, a rejeição a novos alimentos pela criança pode ser encarada como uma adaptação (Oliveira, 2009).

Outras perturbações do comportamento alimentar poderão surgir. Após o primeiro ano de vida, há uma desaceleração normal (fisiológica) de crescimento, pelo que é habitual uma diminuição de apetite, com desinteresse pela comida e mesmo pelas refeições em si (anorexia fisiológica). Esta situação é habitualmente vivida com preocupação por parte dos pais e, muitas vezes, é geradora de conflitos e práticas persuasivas contraproducentes (Cordeiro, 2005, cit. por Aparício, 2010).

Face ao exposto, os pais desempenham um papel relevante no comportamento alimentar da criança, devendo adotar algumas medidas que o favoreçam: através da participação ativa, tornando o momento da refeição agradável, onde a criança seja respeitada e tenha atenção do adulto; diminuindo a quantidade de alimentos servidos à criança, colocando os alimentos disponíveis ao alcance dos filhos para que estes se sirvam e, finalmente, devem oferecer a maior variedade possível do cardápio, introduzindo alimentos novos e diferentes formas de preparação alimentar (Vieira, Santos e Resende, 2007).

### 1.3 - Conhecimentos dos Pais sobre Alimentação Infantil

Para promover hábitos alimentares mais saudáveis e, conseqüentemente, diminuir os índices de obesidade ou outro tipo de patologias associadas ao comportamento alimentar infantil, acredita-se que seja importante que as pessoas tenham conhecimentos de alimentação e nutrição (Triches & Giugliani, 2005).

O insuficiente conhecimento sobre alimentação e nutrição saudável, os comportamentos alimentares inadequados e o aumento da inatividade física dos pais têm sido descritos como sendo os principais fatores influenciadores dos comportamentos alimentares e práticas de atividade física das crianças (Gomes, Espanca, Gato e Miranda 2010).

Vários autores desenvolveram estudos acerca dos *conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil*, nomeadamente Costa, Nunes, Duarte e Pereira (2012), que realizaram um estudo de validação do *Questionário de Alimentação Infantil (QAI)* com 559 progenitores de crianças a frequentar o ensino pré-primário nos jardins de infância de cinco agrupamentos, de entre os oito que constituem um concelho da região centro de Portugal, e um jardim de infância de uma instituição particular de solidariedade social do mesmo concelho, pertencentes às NUTs III Dão-Lafões. Os autores concluíram que, para o global da amostra, a maioria dos pais apresentava bom conhecimento (52,1%), respetivamente em 54,2% dos pais, 52,2% das mães e 51,6% dos casais, sendo os conhecimentos insuficientes mais expressivos nos progenitores do sexo masculino.

Também no estudo de Aparício-Costa (2012), sobre *obesidade infantil: práticas alimentares e percepção materna de competências*, realizado com 792 pais de crianças em idade pré-escolar, a autora verificou que, na totalidade da amostra, 51,9% apresenta bons conhecimentos, sobretudo as mães (52,4%), enquanto 33,3% dos pais revelou conhecimentos insuficientes.

No estudo realizado por Costa e Silva (2007), sobre *os conhecimentos e comportamentos dos pais de crianças entre os 6-10 anos*, verificou-se que 12,5% apresentava um conhecimento mais alargado acerca das causas da obesidade, 80% revelava conhecimento de pelo menos uma das consequências, 85% referia como métodos preventivos desta patologia a alimentação saudável e a prática de atividade física regular. Os autores verificaram, ainda, que a maioria dos pais possuía comportamentos preventivos desta patologia, tais como, prática de exercício físico, confeção de maior número de refeições de forma saudável, ingestão de bebidas saudáveis às refeições, hábito de ingestão da sopa, consumo de fruta à sobremesa, realização de quatro a seis refeições por dia e equilíbrio de refeições de carne e peixe.

Para Huizinga, Beech, Cavanaugh, Elasy e Rothman (2008), os conhecimentos em saúde fazem parte de um conceito mais abrangente, usualmente referido como literacia em saúde<sup>2</sup>. A baixa literacia em saúde tem sido identificada em diversos estudos como um fator de risco para patologias (nomeadamente as que têm o comportamento como agente patogénico relevante e que implicam auto-gestão da patologia) como, por exemplo, obesidade (baixa literacia tem sido associada a valores superiores de IMC), entre outros. Níveis adequados de literacia em saúde parecem resultar em melhorias da saúde e em mais qualidade de vida, por outro lado, níveis inferiores de literacia em saúde estão associados a

---

<sup>2</sup> O conceito de literacia em saúde é atualmente entendido como integrador de vários níveis de capacitação, podendo ser definido como a capacidade para obter, processar e compreender informação e serviços básicos de saúde, necessários para fazer escolhas de saúde adequadas (tais como a escolha da unidade ou serviço de saúde onde procurar ajuda terapêutica, adoção de estilos de vida saudável, ou na adoção de um papel ativo relativamente aos determinantes sociais de saúde).

saúde mais precária e mesmo a mais mortalidade (Pignone, Dewalt, Sheridan, Berkman & Lohr, 2005). Por outro lado, há bastante evidência em como pessoas com baixa literacia em saúde têm menor capacidade de compreensão dos conteúdos de folhetos informativos sobre alimentos ou fármacos.

Num estudo recente, de natureza observacional e transversal, realizado com 171 crianças e adolescentes entre os 6 e os 19 anos, verificou-se uma correlação negativa significativa entre literacia em saúde e o IMC, ou seja, quanto maior a literacia em saúde, menor a carga ponderal, mesmo após ajustamento para a idade e género. O mesmo estudo concluiu também haver correlação positiva entre a literacia em saúde e a perceção de auto-eficácia relacionada com o comportamento alimentar (Sharif & Black, 2010).

O conhecimento sobre os fatores que promovem e defendem a saúde e sobre os fatores de risco para a saúde, bem como a capacidade de utilizar e aplicar de forma efetiva esse mesmo conhecimento, é determinante para a adoção de comportamentos e estilos de vida salutogénicos.

Para além da influência do conhecimento dos pais na alimentação infantil, a *transição nutricional* está na origem do aumento do peso corporal. Esta integra os processos de transição demográfica e epidemiológica, envolvendo mudanças nos hábitos alimentares, como o aumento do consumo de alimentos com alta densidade energética e a redução do consumo de cereais, frutas e vegetais, que acompanham as mudanças económicas, sociais e demográficas (Silva, 2015).

Acrescenta-se, ainda, que as modificações nas estruturas familiares, nos papéis sociais de género e os valores de uma sociedade podem ser considerados fatores determinantes do excesso de peso e obesidade infantil. As pessoas, de modo geral, apresentam resistência em seguir orientações que representam mudanças no seu estilo de vida (Dornelles, Anton & Pizzinato, 2014).

Os autores mencionados anteriormente fazem referência ao facto dos pais passarem a maior parte do dia fora de casa, pois o estilo de vida atual impõe um ritmo acelerado, o que, por vezes, faz como que estes tenham pouco tempo dedicado às tarefas domésticas, principalmente com a alimentação, ou seja, a falta de tempo e a grande disponibilidade de alternativas práticas como os alimentos de fácil preparação e de consumo rápido, com alto teor energético são a opção, o que muitas vezes gera comportamentos alimentares pouco saudáveis.

Também o conhecimento dos pais sobre a imagem corporal dos filhos pode condicionar a adoção de medidas preventivas, pois alguns progenitores têm a perceção alterada do peso excessivo dos seus filhos, mantendo a ideia de que a criança “gordinha” é

mais saudável. Em Portugal, o estudo de Andrade, Barros e Ramos (2011), documentou que 94% das mães das 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 (Costa, 2012).

Perante isto, entende-se que os pais devem oferecer à criança refeições saudáveis em quantidade e qualidade, isto é, com nutrientes adequados à idade, privilegiando o consumo de legumes, frutos e cereais. Devem, no entanto, dar algum espaço à criança e permitir alguma liberdade de escolha da quantidade e qualidade do que deseja comer, de forma controlada, saudável e sem imposições. Pressionar a criança a comer tudo o que tem no prato pode levar a ingestão excessiva, tornando-se um hábito pouco saudável.

A imposição excessiva de regras pode gerar maior risco do que prevenção da obesidade. Também não deverão ser dados alimentos como prémios, ou fazer uso de negociação. A recompensa e o castigo, associados à ingestão de alimentos, transmitem uma carga afetiva que confunde a criança e que não contribui, de modo algum, para a adoção de bons hábitos alimentares (Duarte, 2012).

Em suma, os pais precisam ensinar aos seus filhos o significado de uma alimentação saudável, de um alimento ou produto saudável, isto é, da importância de uma dieta que os defenda de doenças como a obesidade, a diabetes e outras. Mas, para isso, é necessário possuírem conhecimentos, neste âmbito e, acima de tudo, terem essas práticas, pois a criança aprende com as conversas, troca de ideias e experiências com os adultos, mas, essencialmente, com os seus exemplos (Duarte, 2012).

#### 1.4 - Influência das Variáveis Sociodemográficas nos Conhecimentos e Práticas Alimentares dos Pais

Diversas variáveis, tais como o estatuto socioeconómico (rendimento familiar, nível de escolaridade, profissão dos pais...), têm sido fortemente associadas à obesidade infantil (Castro, 2011).

Neste âmbito, o facto das crianças, geralmente, passarem mais tempo com as mães do que com os pais, pode explicar que a educação materna tem maior influência na obesidade infantil do que a educação paterna (Lamerz et al., 2005). Ainda segundo Moreira et al., (2010), as mães com nível de escolaridade mais elevado, têm uma alimentação habitualmente composta por hortofrutícolas e uma menor adoção de comportamentos sedentários.

Ainda hoje, a alimentação apresenta-se no convívio familiar e social, vinculada à figura feminina, representada pela mãe e/ou mulher e, assim, atrelada a um referencial afetivo. Observa-se, na sociedade atual, a reorganização da rotina da família, em que a figura feminina, no caso mãe ou mulher, mesmo trabalhando fora de casa, continua como a principal provedora da alimentação da família. Diversos fatores, como o tempo de deslocamento imposto pelo trânsito e o próprio ritmo das grandes cidades, têm dificultado a execução das refeições no domicílio (Reichembach, 2004).

Apesar do pai ser muito importante, tudo leva a crer que a figura materna tem influência determinante, tanto como modelo em termos de comportamento alimentar, como gestora da qualidade e quantidade de alimentos que há em casa, pelo menos no presente quadro social (Fonseca, 2012).

Neste sentido, o elevado nível educacional dos pais tem sido associado a uma maior consciência nas escolhas alimentares e, conseqüentemente, a menor prevalência da obesidade infantil (Patrick & Nicklas, 2005).

Alguns estudos têm analisado a influência das variáveis sociodemográficas nos conhecimentos alimentares dos pais. Andrade (2014), numa amostra de 231 pais de crianças dos jardins de infância da zona norte de Loures, verificou que as variáveis demográficas (idade, anos de escolaridade e especialização profissional) estão positivamente relacionadas com o conhecimento nutricional.

Costa (2012), no seu estudo sobre *obesidade infantil: práticas alimentares e percepção materna de competências*, realizado com 792 pais de crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos, através da aplicação do QAI, concluiu que, em relação à idade, as mães mais velhas ( $\geq 40$  anos) apresentavam melhores conhecimentos sobre alimentação, enquanto os pais, eram os de 26-32 anos que apresentavam conhecimentos mais elevados. Ou seja, a autora encontrou relação entre o conhecimento bom e o nível superior de escolaridade e rendimento familiar mais elevado, os conhecimentos insuficientes e suficientes e o 2º e 3º ciclo e ainda os conhecimentos insuficientes e o nível básico de escolaridade.

Analisando em função da escolaridade, concluiu serem as mães com ensino superior (69,6%) e secundário/profissional (50,9%) as que detinham melhores conhecimentos sobre alimentação infantil. Contrariamente, as mães com o 2º e 3º ciclo de escolaridade e ensino básico apresentavam conhecimentos insuficientes (36,7%) (Costa, 2012).

A mesma autora analisou as práticas alimentares dos pais e contextualizou-as no ambiente sociodemográfico, através da aplicação do *Questionário Crenças, Atitudes e Práticas Alimentares (QCAPAI)*, composto por sete fatores (*monitorização, responsabilidade*

*percebida, restrição, preocupação com o peso da criança, controlo, pressão para comer e recompensa*). Verificou que, face aos pais, as mães pontuavam valores mais elevados em todos os fatores do QCAPAI, com exceção do fator *preocupação com o peso da criança* e práticas de *controlo*. Às mães e aos pais mais jovens (19-32 anos), foram atribuídas mais práticas de *monitorização*, crenças de *preocupação com o peso da criança*, *pressão para comer* e atitudes de *recompensa*, enquanto as mães mais velhas apresentavam valores mais elevados nas crenças de *responsabilidade percebida* e *restrição*, e os pais, de *controlo*. Relativamente à escolaridade, as mães e pais com o 2º e 3º ciclo de escolaridade apresentavam maior *preocupação com o peso da criança* e as mães com ensino básico utilizavam mais práticas de *pressão para comer*.

Parmenter, Waller e Wardle (2000), no seu estudo, encontraram também diferenças significativas de conhecimento em função do nível socioeconómico, do nível de escolaridade e da idade dos pais. Neste estudo, os pais mais novos apresentavam um conhecimento nutricional significativamente inferior aos pais mais velhos, o que tem sido confirmado em outros trabalhos sobre conhecimento nutricional em adultos (Hansbro et al., 1997; Tate & Clade, 1990; Whichelow & Prevost, 1996), contudo, a relação com a idade é menos clara, enquanto a relação entre a escolaridade, a profissão e o conhecimento nutricional tem sido mais facilmente compreendida. Parmenter et al. (2000), relacionam este dado com o facto de as pessoas de meia-idade terem uma perceção de vulnerabilidade à doença superior aos jovens adultos estando, por isso, mais centrados e interessados em assuntos relacionados com a saúde. Este é um resultado que necessita de maior esclarecimento, mas que aponta para que, para além dos pais de níveis sócio educacionais mais baixos, serão os pais mais novos que poderão retirar maior benefício da informação nutricional.

Neste contexto, considerando a problemática da obesidade e o seu incremento na atualidade, quer na população em geral, quer na idade pediátrica, a abordagem da influência dos conhecimentos e práticas alimentares dos pais revelam-se uma valia importante para a prevenção desta doença, pois, a família, nomeadamente os pais, desempenha um papel importante nas escolhas alimentares e na qualidade da alimentação da criança.

Contudo, nestas escolhas alimentares da família, considera-se determinante o nível socioeconómico da família, dada a sua influência no momento de escolha dos alimentos, devido ao seu custo. Porém, os estudos revelam que o acesso a um maior poder de compra não é sinónimo de uma alimentação de melhor qualidade. Outras investigações realizadas com o intuito de analisar a relação entre o nível cultural e o comportamento alimentar, evidenciaram que a escolaridade pode influenciar a dieta alimentar na idade adulta, mas no que se refere aos conhecimentos sobre nutrição e hábitos alimentares saudáveis, estes não

se apresentam linearmente correlacionados. Este facto, na opinião de Aparício (2010), indica que os indivíduos podem não saber aplicar esse mesmo conhecimento e que a informação sobre nutrição, que advém de várias fontes, por vezes é vista como conflituante ou com desconfiança, o que desestimula a motivação para a mudança.

### 1.5 - Implicações da Alimentação na Saúde da Criança

Tal como referido, a alimentação saudável é essencial desde cedo, a fim de manter uma boa qualidade de vida e prevenir patologias futuras. Assim sendo, os hábitos alimentares saudáveis desde a infância proporcionarão níveis ideais de saúde e favorecerão o desenvolvimento físico e intelectual adequado, reduzindo os transtornos causados pelas deficiências nutricionais e evitando a manifestação da obesidade e outros distúrbios alimentares (Paiva, 2010).

Uma alimentação adequada tem uma repercussão sobre a saúde da criança em geral, e sobre o seu crescimento em particular. Desta maneira, os alimentos consumidos, em toda a sua variedade definem, em grande medida, a saúde, o crescimento e o desenvolvimento dos seres humanos (World Health Organization [WHO], 2003).

Atualmente, as modificações nos hábitos alimentares e o estilo de vida sedentário, usualmente presentes na rotina diária, assumem um papel importante na determinação da obesidade. A dieta inadequada pode influenciar desfavoravelmente o crescimento e maturação, podendo levar ao aparecimento de doenças crónicas, como a hipertensão, as dislipidémias, a diabetes e a doença arterial coronária.

Nas crianças, a alimentação inadequada caracteriza-se pelo consumo excessivo de açúcares e gorduras, associada à ingestão insuficiente de frutas e hortaliças, assim como o consumo exagerado de refrigerantes, contribuindo, assim, para o ganho de peso nesta faixa etária. Estudos têm demonstrado ser cada vez mais frequente a ingestão dessas bebidas pela população jovem, situação que se agravou a partir das últimas duas décadas do século XX (French, Lin & Guthrie, 2003). Os resultados de um estudo conduzido por Ludwig, Peterson e Gortmaker (2001) mostraram associação positiva entre o consumo de refrigerantes e a ocorrência de obesidade infantil.

No estudo de Pereira e Lopes (2012), realizado com 50 crianças, com idades entre os 6 e os 10 anos, em dois ATL (Atividade de Ocupação de Tempo Livre), localizados na cidade de Viseu, verificaram relação entre os hábitos alimentares e a obesidade, indicando que as crianças com obesidade frequentam mais locais com *fast-food*, costumam comer menos vegetais nas suas refeições e comem menos vezes sopa.

Também Costa (2012) estudou os determinantes do ambiente alimentar familiar, concretamente o conhecimento dos pais sobre alimentação e o IMC da criança, tendo verificado que este apresenta correlações fracas para todos os fatores do QAI, e que o IMC das crianças estabelecia relações positivas com os fatores do QAI, mas apenas significativas nas *regras alimentares* e *conhecimento global*, inferindo que mais regras alimentares e melhor conhecimento sobre alimentação infantil se associavam a maior IMC das crianças.

Erros alimentares, quer por insuficiência ou por excesso, revelam os seus efeitos no crescimento e no estado nutricional das crianças. A insuficiência alimentar tem como consequência o hipocrescimento e, em determinadas situações, alterações severas no desenvolvimento do sistema nervoso central. O excesso alimentar conduz à obesidade infantil que, por sua vez, afeta a qualidade de vida no futuro, predispondo à obesidade no adulto, dada a hiperplasia irreversível dos adipócitos, bem como outras situações patológicas como diabetes, hipertensão e aterosclerose. A correta ingestão e utilização energética e nutricional age no controlo da doença e manutenção do bem-estar, saúde e produtividade, cuja maior evidência é visível numa criança alta, forte, saudável, com maiores facilidades de aprendizagem escolar e que se torna num adulto feliz, produtivo e participativo na sociedade (Sanghvi, 2004, cit. por Sousa & Almeida, 2006).

Aliado a uma alimentação incorreta, o sedentarismo desempenha um papel determinante no aumento de peso das crianças. Atualmente, as crianças estão mais sedentárias, as brincadeiras feitas ao ar livre e em espaços verdes foram trocadas por atividades menos ativas, como o uso da televisão e do computador.

Portugal é o país da Europa com maior taxa de sedentarismo. No estudo realizado sobre os hábitos desportivos da população portuguesa, editado pelo Instituto Nacional de Formação e Estudos do Desporto, estima-se que apenas 23% da população realize alguma prática desportiva (Benaziza, 2002).

Este aumento do sedentarismo tem contribuído para que as crianças e jovens apresentem excesso de peso e obesidade. Dados da Internacional Obesity TaskForce (IOTF) mostram que Portugal tem uma das taxas de obesidade infantil mais elevadas de toda a União Europeia, com o problema do excesso de peso a afetar mais de 30% das crianças dos 7 aos 11 anos. Estes dados são particularmente preocupantes porque o excesso de peso é fator de risco para a saúde e se não for corrigido mantém-se na idade adulta (Benaziza, 2002).

Hoje, é cada vez mais visível o aumento da taxa de obesidade infantil em Portugal, onde 31,5% de crianças se encontram acima do peso com idades compreendidas entre os 7 e 9 anos, dos quais 11% são considerados obesos (Magalhães, 2008).

Perante o exposto, podemos concluir que a obesidade infantil está diretamente relacionada com fatores como a alimentação inadequada e a inatividade física. Os hábitos alimentares transmitidos pelos pais têm sido apontados como os principais responsáveis pelo aumento da prevalência da obesidade infantil.

Assim sendo, o estado nutricional da criança é de particular interesse, pois a presença de obesidade nesta faixa etária tem sido associada ao aparecimento precoce de patologias, que comprometem a qualidade de vida e o bem-estar na idade adulta.



## 2 - Obesidade Infantil

A obesidade infantil constitui, na atualidade, um dos mais sérios desafios de saúde pública, tendo atingido níveis epidémicos em vários países do mundo.

Na Europa, a prevalência desta doença tem-se mantido constante e é particularmente preocupante entre crianças de estratos socioeconómicos mais desfavorecidos. Existem 40-50 milhões de crianças com excesso de peso no espaço europeu e este valor é dez vezes superior ao registado relativamente ao ano de 1970 (Branca, Nikogosian & Lobstein, 2007).

A obesidade na infância e adolescência está associada a uma série de efeitos adversos da saúde e bem-estar das crianças e adolescentes, para além de aumentar a probabilidade de obesidade na idade adulta (Carvalho, Carmo, Breda & Rito, 2011).

A mudança na sociedade moderna, a maior disponibilidade e acessibilidade a alimentos altamente calóricos e pobres em nutrientes, têm influenciado os diferentes estilos de vida e, conseqüentemente, o aumento da obesidade infantil (Cardoso, 2013).

### 2.1 - Conceito e Classificação

A obesidade é uma doença, sendo definida pela OMS como uma doença crónica, ou seja, que exige tratamento durante a vida. Para além de, por si só, ser uma doença, a situação de obesidade é responsável, já durante a idade pediátrica, pela ocorrência de outras doenças associadas, que se designam de “comorbilidades” (Rêgo & Peças, 2012).

Para Duarte (2008), a obesidade é definida como uma condição de acúmulo 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.

Segundo Tomada (2012), a obesidade é mais que um problema de estética, é um dramático problema de saúde pública, uma síndrome complexa, multifatorial, conducente a alterações físicas e psicossociais graves, com a sua gênese na idade pediátrica.

Assim, do ponto de vista conceptual, a obesidade define-se como o excesso de gordura corporal total, existindo uma forte correlação entre a quantidade de gordura total e o IMC ( $IMC = \frac{\text{peso [kg]}}{\text{estatura}^2 \text{ [m]}}$ ). Na idade pediátrica, devido às características dinâmicas do processo de crescimento e à variação fisiológica da composição corporal, a interpretação dos valores de IMC obriga à utilização de tabelas de referência que, tal como as curvas de crescimento, são específicas para o sexo e a idade (Tomada, 2012).

Embora para avaliação do estado nutricional e, particularmente, da obesidade se tenha adotado vários indicadores, os últimos anos têm vindo a estabelecer o IMC, definido pelo antropólogo belga Quetelet, como um bom indicador, aplicável a adultos, crianças e jovens, mas que tem de ser adaptado nestes dois últimos casos, à idade e ao sexo (Carmo et al., 2012).

A classificação do excesso de peso em crianças efetua-se segundo os seus valores de crescimento, nomeadamente do peso, estatura e determinação do IMC. Mas dadas as características particulares desse crescimento, estes dados têm que ser percentilados e comparados com curvas de referência que habitualmente utilizam os indicadores antropométricos como o peso/idade, altura/idade e IMC/idade por sexo. O percentil indica a posição relativa do valor de IMC do indivíduo, relativamente a uma população do mesmo sexo e idade (Carmo et al., 2012).

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 três indicadores de referência reconhecidos internacionalmente: IOTF, Centre for Disease Control and Prevention (CDC) e OMS. Estes referenciais são ferramentas úteis para monitorizar a prevalência e tendências face aos pontos de corte para o estado nutricional, não devendo ser analisados de forma excessiva, nem ser confundidos com diagnóstico clínico (Daniels et al. 2005).

O primeiro padrão da OMS, aprovado pela Assembleia Mundial de Saúde da OMS em 1994, resultou de um estudo multicêntrico. Com esta investigação, foram obtidos dados de crescimento e desenvolvimento motor de 8 440 crianças com origens étnicas e culturais diferentes, pertencendo a famílias de nível socioeconómico favorável e amamentadas com leite materno pelo menos durante seis meses. A determinação destes critérios permitiu criar evidências acerca da importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, completando com outros alimentos a partir dessa idade, para um crescimento e desenvolvimento saudável da criança. Os autores defenderam que as recomendações de comportamentos nos instrumentos de triagem permitiriam aumentar o nível das perspetivas internacionais em relação à vigilância de saúde das crianças pequenas, visto se basearem nas recomendações sobre nutrição infantil (Onis et al., 2007). O segundo padrão de referência da OMS permite avaliar crianças entre os 5 e os 19 anos tal como as novas curvas de 2006, baseada numa abordagem prescritiva. Para além das curvas de percentil de peso, comprimento e estatura, este padrão usa os percentis de IMC e correspondentes *scores* – *z* para a classificação do estado nutricional da criança, fundamentado nos pontos de corte apresentados na tabela 1.

**Tabela 1** - Classificação do estado nutricional de crianças 0-5 e 5-19 anos, com base nos padrões da OMS de 2006 e 2007

Classificação do estado nutricional		Percentil IMC	Scores - Z
0 – 5 anos	5 – 19 anos		
Magreza acentuada	Magreza acentuada	<0, 1	< - 3
Magreza	Magreza	≥ 0, 1 < 3	-3 < - 2
Eutrofia	Eutrofia	≥ 3 < 85	> -2 e < +1
Risco de sobrepeso	Sobrepeso	>85 e < 97	>+1 e <+2
Sobrepeso	Obesidade	>97 e < 99,9	>+2 e +3
Obesidade	Obesidade Grave	>99,9	> + 3

Fonte: WHO Child Growth Standards (2006), cit. por Costa (2012).

Para Rito, Breda e Carmo (2011), a forma mais direta e informativa de interpretar o resultado da avaliação consiste na classificação do percentil. O percentil indica a posição relativa do valor de IMC do indivíduo relativamente a uma população do mesmo sexo e idade, utilizada como padrão e estratificada em centis. A tabela 2 apresenta a classificação do estado nutricional baseada no percentil do IMC do National Center of Health and Statistics (NCHS) (CDC, 2000).

**Tabela 2** - Classificação do estado nutricional de crianças e adolescentes tendo em conta o percentil IMC

Classes do IMC	Percentil
Baixo Peso	Igual ou inferior ao percentil 5
Peso Normal	Entre o percentil 5 e o percentil 85
Excesso de Peso	Igual ou superior ao percentil 85
Pré-obesidade	Igual ou superior ao P85 e inferior ao P95
Obesidade	Igual ou superior ao percentil 95

Fonte: Rito et al. (2011).

De reforçar que as curvas de crescimento permitem monitorizar o estado nutricional e o crescimento das crianças e adolescentes. A interpretação e análise destas curvas e, conseqüentemente, a informação prestada à família, deve ser cuidada e ponderada, visto 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 et al., 2002, cit. por Costa, 2012).

## 2.2 - Contextualização da Obesidade em Portugal

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, com um aumento de até três vezes na últimas décadas, tanto nos países desenvolvidos, como naqueles com economias em transição (WHO, 2006, cit. por Costa, 2012).

Nas últimas décadas verificaram-se alterações económicas e sociais que levaram a grandes alterações no estilo de vida individual e coletivo, sobretudo nas escolhas e comportamentos individuais determinantes de saúde, especialmente os relacionados com a alimentação e a atividade física (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2005).

No que respeita à obesidade infanto-juvenil, Portugal ocupa uma das posições mais desfavoráveis do cenário europeu, facto evidenciado pelos diversos estudos nacionais realizados e divulgados, quer no país, quer a nível internacional. Em 2004, foi considerado o 2º país europeu com a prevalência mais elevada (IOFT, 2005, cit. por Costa, 2012). No entanto, a utilização de diferentes classificações, amostras, e mesmo na organização interna das investigações, não facilita comparações dentro e entre países (Moreira, 2007, cit. por Costa, 2012).

Os estudos de prevalência do excesso de peso e da obesidade realizados em vários países e em Portugal têm revelado um aumento desta doença não só em adultos, mas também em crianças e em fases precoces das suas vidas, como a idade pré-escolar (Duarte, 2012).

Em Portugal e outros países do Sul da Europa, como a Itália, a Grécia e a Espanha, este problema de saúde evidencia uma prevalência de excesso de peso em 23,6% das crianças portuguesas dos 3 aos 6 anos e nas crianças entre os 7-9 anos já ultrapassa os 30%. Estes resultados mostram que esta conjuntura começa cedo, agravando-se com a idade (Rito & Breda, 2006).

Segundo um estudo realizado entre 2013-2014, pela Associação Portuguesa contra a Obesidade Infantil (APCOI, 2016), que contou com 18 374 crianças (uma das maiores amostras neste tipo de investigação), 33,3% das crianças entre os dois e os 12 anos tem excesso de peso, das quais 16,8% são obesas.

A OMS, no seguimento da aprovação da Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade, criou um sistema de vigilância da obesidade infantil designado *WHO - European Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI/ WHO Europe), em que participavam 13 países, e que constituiu o primeiro sistema de vigilância nutricional infantil internacional. Portugal assumiu a sua coordenação e denominou a iniciativa a nível nacional de “COSI – Portugal”<sup>3</sup> (Rito & Graça, 2015). Este sistema de vigilância tem como população alvo as crianças do 1º ciclo do ensino básico, e após a seleção duma amostra representativa de escolas para a sua implementação, essas passaram a funcionar como escolas sentinela, onde decorre o COSI Portugal a cada dois a três anos, com determinação do estado

---

3 O “COSI Portugal” tem como objetivo criar uma rede sistemática de recolha, análise, interpretação e divulgação de informação descritiva sobre as características do estado nutricional infantil de crianças em idade escolar do 1º ciclo do ensino básico, que se traduz num sistema de vigilância que produz dados comparáveis entre países da Europa e que permite a monitorização da obesidade infantil a cada 2-3 anos.

nutricional segundo os três critérios (OMS, CDC e IOTF). A primeira avaliação aconteceu no ano 2007-2008, repetida em 2009-2010 e em 2012-2013 (últimos dados publicados em 2015). Na segunda fase do estudo COSI, juntaram-se quatro novos países aos 13 participantes: Grécia, Hungria, Macedónia e Espanha. Segundo os critérios de avaliação da OMS, a prevalência de excesso de peso infantil (incluindo obesidade), nesta segunda fase, variou de 18% a 57% nos rapazes e de 18% a 50% nas raparigas.

Na terceira fase (2012/2013), participaram mais quatro países: Albânia, Roménia, Moldávia e Turquia, totalizando 21 países participantes no OMS/COSI. Os dados revelados apuraram que, no global, em 2013, 31,6% das crianças nestas faixas etárias apresentava excesso de peso, uma redução de mais de seis pontos percentuais na incidência apurada em 2008 (37,9%). Destas, 13,9% estava em situação de obesidade e 17,7% pré-obesidade, percentagem que, há sete anos, era de 15,8%. Comparando os resultados entre países, o estudo demonstra que Portugal continua a ser um dos que apresenta maior prevalência de excesso de peso e de obesidade, apesar da diminuição de 35,7% (incluindo 14,7% de obesidade) em 2010, para 31,6% (13,9% obesidade) em 2013. Já a prevalência do baixo peso começou em 1% em 2008, regrediu para 0,8% em 2010 e, em 2013, subiu para 2,7% (Rito & Graça, 2015).

O estudo revelou algumas assimetrias nos vários distritos, mas em 2013 salienta que a região centro apresentou os piores indicadores, com uma prevalência de obesidade de 38%, e um outro facto é que, neste último estudo, as raparigas apresentaram piores indicadores, o que no passado cabia aos rapazes, ou seja, a região centro foi a região do país com valores superiores de peso, estatura e IMC, sendo as diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

Padez, Fernandes, Mourão, Moreira e Rosado (2004), no estudo que realizaram com crianças entre os 7 e os 9 anos, concluíram que a prevalência de excesso de peso e de obesidade era de 31,6%, sendo que 20,3% das crianças tinha excesso de peso e 11,3% tinha obesidade.

No estudo realizado por Duarte (2008), onde foram avaliadas 1 111 crianças que frequentavam o ensino pré-escolar no ano letivo 2006-2007 na Sub-Região da Beira Interior Sul, verificou-se, no global da amostra, uma percentagem de excesso de peso de 27,7%, (15,66% pré-obesidade e 12,06% obesidade).

Numa outra amostra de 982 crianças de 6-7 anos de idade do Nordeste Transmontano, avaliada em 2009 num Projeto de Vigilância Nutricional Infantil, os resultados apontaram para 18,9% de crianças com pré-obesidade e 15,3% com obesidade. A prevalência de pré-obesidade foi maior nas meninas (18,9%) e a obesidade nos meninos

(16,0%). Os concelhos com maior prevalência de excesso de peso foram Carrazeda de Ansiães (42,9%) e Vimioso (39,5%), sendo o concelho de Freixo de Espada à Cinta aquele que apresentou maior índice de obesidade (26,3%) (Santos, 2010).

Também Costa (2012), no seu estudo realizado com 792 crianças pré-escolares residentes num concelho pertencente às NUTs III Dão – Lafões, apurou que 31,3% das crianças apresentava excesso de peso (18,9% pré-obesidade e 12,4% obesidade).

Na terceira fase do COSI Portugal (2012/2013), onde foram obtidos dados de sete regiões do país, no total de 5 935 crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 8 anos, os resultados demonstraram a prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) de 31,6%, correspondendo a 17,7% de pré-obesidade e 13,9% de obesidade infantil (Rito & Graça, 2015).

Vários investigadores realizaram estudos acerca desta problemática, nomeadamente Lourenço, Santos e Carmo (2014) que estudaram o *estado nutricional e hábitos alimentares em crianças de idade pré-escolar no concelho de Sintra*, num total de 300 crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 4 anos, onde verificaram, no global da amostra, 30,6% de excesso de peso (13,6% pré-obesidade e 17,0% obesidade).

Analisando os dados do COSI Portugal, verifica-se que a prevalência de excesso de peso tem vindo a diminuir em todas as fases. Mas, podemos concluir que se torna necessário implementar estratégias multidisciplinares na abordagem da obesidade infantil, com medidas de intervenção precoce para mudar o rumo desta epidemia, diminuindo, assim, as complicações associadas.

## 2.3 - Complicações

As complicações da obesidade são muito diversas, tanto pela própria sobrecarga que o excesso de peso acarreta para o corpo, como pelas perturbações metabólicas a que conduz. Algumas destas complicações atentam contra a qualidade de vida, enquanto outras colocam diretamente em risco a existência (Fernandes, 2005).

### ***Complicações a nível fisiológico***

As consequências da pré-obesidade e obesidade em crianças são variadas e incluem, entre outras, aumento do risco de doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes *mellitus*, arteriosclerose prematura, hiperlipidémia, alterações ortopédicas, perturbações do crescimento, alterações cutâneas, alterações gastrointestinais e hepáticas, apneia do sono e alterações psicossociais (Almeida, 2002; Falkner, 2003, cit. por Sousa, 2011).

Vitolo e Campagnolo (2008) acrescentam, ainda, a existência de complicações respiratórias, como alterações da função pulmonar, visto que, nas formas mais graves de obesidade, pode ocorrer o síndrome de *Pickwick*, caracterizado por hipoventilação, surtos de sono durante o dia e apneia do sono. E a presença de alterações dermatológicas como estrias, infecções fúngicas, principalmente na região das dobras, aumento da pigmentação da pele das axilas e do pescoço (acantose nigricans) e alterações posturais que levam a complicações ortopédicas.

Segundo Rêgo e Peças (2012), podem surgir outras complicações como a acumulação de gordura no fígado (esteatose), a presença de pedras na vesícula (litíase vesicular), a ocorrência precoce de indicadores de puberdade (maturação precoce) e o ovário poliquístico (responsável pelo aumento de pêlos, acne e irregularidades menstruais).

### ***Complicações a nível psicológico/emocional***

A nível psicológico, as consequências são significativas. É frequente a ocorrência de situações de discriminação em brincadeiras de grupo, bem como a ridicularização perante os pares. A autoimagem progressivamente fragilizada conduz frequentemente a situações de mau rendimento escolar, depressão e autoexclusão que persistem durante a vida adulta (Rêgo & Peças, 2012).

Chaput e Tremblay (2011), acrescentam que as crianças com obesidade se encontram mais expostas a estigmas de peso, isolamento social e depressão, podendo este tipo de complicações contribuir para o agravamento da obesidade devido à vulnerabilidade psicológica que aumenta a tendência para comer e a manterem atividades sedentárias pelo isolamento.

As complicações do foro comportamental e psicológico são as manifestações mais comuns e precoces. A baixa autoestima, muitas vezes associada à alteração da imagem corporal, a estigmatização social e os sintomas depressivos, podem ter uma repercussão muito negativa no desenvolvimento da criança com excesso de peso. Pensa-se que a estigmatização social, associada à obesidade, pode originar um mal-estar crónico, sentimentos de vergonha e até de culpa que, por sua vez, poderão conduzir a perturbações afetivas (Fonseca, 2012).

Estudos têm revelado que a redução da gordura corporal ou o tratamento da obesidade em idade pediátrica estão associadas a uma diminuição das complicações. No entanto, estas crianças serão mais suscetíveis na vida adulta de sofrer de patologia cardiovascular, metabólica ou neoplásica, mesmo após a aquisição de um peso adequado (Carvalho, 2009).

A melhor forma de combater a obesidade infantil consiste na sua prevenção, mas para que isso aconteça é necessário envolver a família, através da promoção da saúde. Cabe aos profissionais de saúde conhecer a criança e o seu ambiente familiar, para que as intervenções se tornem eficazes.

### 3 - Prevenção da Obesidade na Infância

Na prevenção da obesidade infantil, dever-se-ão ter em conta os diferentes contextos sociais e culturais onde a criança se insere, pois é mais difícil reverter a obesidade na idade adulta, assim como tratar as complicações associadas.

A estratégia de combate à obesidade é hoje claramente multissetorial. De facto, só através de uma ação global, conjunta, bem estruturada, envolvendo todos os “atores” interessados, se poder mudar o curso desta epidemia (Rito & Graça, 2015).

A prevenção deve ser iniciada numa fase precoce do desenvolvimento infantil, sendo a idade pré-escolar o período de oportunidade, onde os padrões básicos são adquiridos, nomeadamente os da alimentação, pelo que introduzir comportamentos saudáveis ligados à alimentação e ao exercício físico, em contexto social e afetivamente positivo, é uma mais valia (Lourenço, Santos e Carmo 2014).

Considerando a influência genética e ambiental no desenvolvimento desta doença, em ambas as situações, a única atitude é a vigilância do crescimento e a prevenção comportamental precoce (Rêgo, 2012).

Tal como referimos, no contexto ambiental vários fatores têm sido apontados como concorrentes para o aumento da prevalência de peso excessivo na população infantil mundial, nomeadamente aqueles que dizem respeito ao seu microambiente. Destes, têm tido especial destaque os padrões alimentares, o tipo de interações familiares estabelecidas durante as refeições, o exercício físico, o tempo gasto frente ao televisor, a exposição à publicidade, as horas de sono e outras que incluem crenças parentais, como a perceção dos pais sobre a imagem da criança, para além de fatores de índole económica e social como o nível de escolaridade, a raça e a etnia (Costa, 2012).

Os estudos revelam, assim, que o contexto ambiental infantil é multifacetado e complexo, e é fortemente influenciado pelos pais e cuidadores, visto que estes não só ajudam a moldar os comportamentos, como influenciam as atitudes e crenças alimentares e de atividade física das crianças, detendo, assim, um importante papel no seu peso (Costa, 2012).

#### 3.1 - Papel da família na Prevenção da Obesidade Infantil

A família tem um papel primordial na prevenção da obesidade infantil, pois ela é a principal prestadora de cuidados à criança, sendo responsável pela promoção da sua saúde e bem-estar.

Segundo Duarte (2012), as famílias têm um grande impacto na saúde das crianças, na medida em que constituem o seu primeiro ambiente de aprendizagem. A família é, portanto, o primeiro e o principal contexto de socialização da criança, esta proporciona um relacionamento intergeracional e constitui, em si mesma, um ambiente privilegiado de transmissão de valores, de comportamentos e de influências, naqueles que crescem e se desenvolvem no seu seio.

Vários estudos têm reforçado a ideia da influência dos pais na alimentação e atividade física dos seus filhos, pois estes constituem modelos e modelam de diferentes formas esses hábitos e, conseqüentemente, o peso das crianças, podendo contribuir para que tenham um peso saudável, excessivo ou mesmo obesidade, na dependência de um estilo de vida saudável ou não (Duarte, 2012).

Rito (2012) acrescenta, ainda, que os pais devem estar conscientes de que são agentes decisivos na determinação das atitudes alimentares dos filhos, sendo os seus principais modelos. A família é a maior responsável por passar conceitos culturais que definem o tipo de alimentação, providenciando experiências com alguns alimentos e restringindo outros, conforme as suas próprias preferências.

Também para Viana, Candeias, Rêgo e Silva (2009), os hábitos alimentares da criança são influenciados por aspetos aprendidos no seio familiar. Tal como já foi referido, os pais influenciam o estilo alimentar dos seus filhos, servindo de modelos através das suas atitudes e práticas face à alimentação dos filhos. Assim, as atitudes e práticas parentais na alimentação da criança e na regulação da ingestão energética, têm sido comparadas ao estilo educacional da família, podendo ser: de controlo restritivo, pressão para comer e vigilância ou controlo discreto. O controlo restritivo compreende a exclusão de alimentos considerados menos saudáveis ou a sua redução na quantidade ingerida pelas crianças. O controlo exacerbado pelos pais na alimentação das crianças pode prejudicar a capacidade destas regularem a sua ingestão calórica, no entanto, não é ainda claro se as atitudes restritivas aumentam o risco de obesidade ou se são, pelo contrário, a sua consequência. A pressão para comer implica a pressão para ingerir alimentos considerados saudáveis (vegetais e frutas) e que, segundo alguns autores, origina, frequentemente, respostas contrárias. Por fim, a vigilância ou controlo discreto implica a atenção dos pais pelos hábitos alimentares dos seus filhos e a opção de atitudes subtis como, por exemplo, não comprar alimentos menos saudáveis e, dessa forma, não os disponibilizar em casa.

Num estudo realizado com 22 crianças, entre os 3 e os 5 anos de idade, e respetivos progenitores, verificou-se que as crianças cujos pais apresentavam uma elevada restrição alimentar, tinham uma massa corporal maior do que as crianças cujos pais tinham

menos restrição alimentar. Esta associação parece ter sido mediada diretamente pelo papel dos pais como modelos de comportamentos alimentares pouco saudáveis (Brown & Ogden, 2004).

O consumo de alimentos em meio familiar é fundamental para obter comportamentos alimentares saudáveis, assim como regras sobre a duração e frequência das refeições. Estudos demonstram que a criança, ao realizar refeições com outros membros do agregado familiar, apresenta hábitos alimentares mais ou menos saudáveis de acordo com as atitudes e comportamento alimentares da família (Patrick & Nicklas, 2005).

Tal como foi referido anteriormente, o ambiente familiar desempenha um papel importante na abordagem da obesidade infantil. Os estudos revelam que as intervenções em ambiente familiar motivam os pais das crianças na mudança comportamental, nomeadamente dos comportamentos relacionados com a alimentação e atividade física. Assim, o Expert Committee for Obesity Evaluation and Treatment recomenda que a abordagem da obesidade infantil seja iniciada precocemente e que envolva a família (Barlow, 2007).

Golan et al. (1998) realizaram uma investigação onde comparam a eficácia de uma abordagem em ambiente familiar (pais como os agentes exclusivos de mudança) com uma abordagem convencional (as crianças como os únicos agentes de mudança). Após um ano de intervenção, os autores demonstraram que a abordagem da obesidade infantil foi mais eficaz no grupo cuja intervenção foi feita em ambiente familiar. Neste grupo, 79% das crianças reduziu mais de 10% do excesso de peso e 35% deixou de ser obeso, enquanto no grupo convencional, apenas 38% reduziu mais de 10% do excesso de peso e 14% deixou de ser obeso. Após um, dois e sete anos de intervenção, Golan e Crown (2004) observaram as alterações que aconteceram nestas crianças. Os resultados a longo prazo foram admiravelmente positivos, 60% das crianças no grupo em ambiente familiar e 31% das crianças no grupo convencional deixaram de ser obesas (Carvalho, Carmo, Breda e Rito, 2011).

Tudo isto leva a concluir que a consciencialização da família, como se percebe, constitui o ponto de partida para o tratamento de crianças com obesidade. A efetividade desse tratamento está diretamente relacionado com o apoio e o estímulo que recebem dos seus familiares. Todos os membros da família necessitam de informações precisas sobre ações preventivas. Prevenir a obesidade não significa, somente, diferenciar o que se pode ou não comer, mas, principalmente, a identificação dos fatores e das razões de natureza física, emocional e social que determinam o ganho de peso excessivo (Silveira, 2015).

### 3.2 - Papel do Enfermeiro na Prevenção da Obesidade Infantil

A prevenção da obesidade infantil deve ter início no período pré-concepcional, ter continuidade durante a gravidez e prolongar-se até à idade pré-escolar (Lourenço, 2015). Cabe ao enfermeiro estar atento a cada criança, quer esta se dirija aos cuidados de saúde primários quer diferenciados, e fornecer toda a informação possível à família no sentido de prevenir a obesidade infantil.

Para Baker et al. (2010), os cuidados de saúde primários são, pois, o palco de eleição para que o sucesso da prevenção seja atingido.

Também para Lourenço (2015), a interação que os enfermeiros estabelecem com os pais/criança nas visitas domiciliárias, nas consultas de vigilância de saúde infantil, na vacinação, entre outros, oferece uma excelente oportunidade para dar aos pais a melhor e mais apropriada informação, sugestões variadas e recomendações necessárias para que saibam identificar os comportamentos que colocam a criança em risco e, desta forma, poderem agir em conformidade.

Segundo os autores referidos anteriormente, o enfermeiro deve encorajar as mudanças de estilo de vida, particularmente em famílias com crianças em risco de obesidade ou com progenitores obesos, uma vez que a prevenção é muito mais fácil do que a reversão da doença. O papel do enfermeiro relativamente à obesidade infantil, passa fundamentalmente pela sua prevenção e deteção, o mais precocemente possível, e pelos ensinamentos realizados à família aos níveis alimentar e comportamental (Martins, 2008).

Assim sendo, nos cuidados de saúde primários deve estabelecer-se objetivos e expectativas realistas para a criança e família, enfatizando repetidamente o papel dos pais no processo de prevenção da obesidade infantil, reforçando a mensagem de que a maioria das sugestões relacionadas com atividade física e comportamento alimentar dirigida aos pais é, na realidade, aplicável a toda a família e não apenas às crianças, incutindo que estes são responsáveis pela compra dos produtos alimentares bem como pela confeção das refeições, informando que o controlo de peso é um processo a longo prazo, para a vida, e não se contempla apenas com mudanças num curto período de tempo. É também importante transmitir reforço positivo nas situações de sucesso e mudança (Baker et al., 2010).

Perante uma criança com excesso de peso e obesidade, é fundamental a observação cuidada. As recomendações da Childhood Obesity Task Force propõem quatro áreas principais na abordagem da prevenção da obesidade infantil: história clínica, exame físico, caracterização do comportamento alimentar e de atividade física (Baker et al., 2010).

A **história clínica** aborda o período da gravidez (diabetes gestacional ou hipertensão gestacional, retardo de crescimento intra-uterino), peso ao nascimento (importância da identificação dos recém-nascidos leves para a idade gestacional); caracterização do estado nutricional dos progenitores e irmãos; antecedentes pessoais relevantes dos progenitores/irmãos; terapêutica regular efetuada pela criança (glucocorticoides, fármacos psicotrópicos) e revisão dos diferentes sistemas (padrão de sono, limitações físicas devido a problemas ortopédicos, avaliação do comportamento alimentar, na rapariga deve ser caracterizada a idade da menarca, a regularidade do ciclo menstrual, bem como a presença de hiperandrogenismo). O **exame físico** deve incluir a avaliação do peso e estatura, o cálculo do IMC e o registo na tabela de percentis, pelo menos uma vez por ano; medição do perímetro da cintura; avaliação de estigmas sugestivos de doença (atraso de desenvolvimento, dismorfismo, hipogonadismo, estrias abdominais exuberantes e acantose nigricans) e avaliação da tensão arterial. Na abordagem do **comportamento alimentar**, deve estabelecer-se um horário para as refeições; promover as refeições na cozinha e em família; quantificar o consumo de bebidas açucaradas (refrigerantes, leite com chocolate) e recomendar o consumo de água; incentivar o consumo de alimentos saudáveis (frutas, legumes, peixe e cereais) e promover o consumo de hidratos de carbono complexos em detrimento dos simples. Por último, na abordagem da **atividade física**, é importante promover a deslocação para a escola a pé ou de bicicleta; promover a participação em qualquer atividade física, mesmo que por curtos períodos de tempo; reduzir para menos de duas horas por dia o tempo despendido com a televisão ou computador; sugerir atividades em conjunto com os pais e amigos e recomendar atividade física durante pelo menos uma hora por dia.

Neste sentido, a Academia Americana de Pediatria recomenda um plano de orientação de comportamentos visando hábitos saudáveis de vida. Estas recomendações devem ser iniciadas o mais precocemente possível, envolvendo o período da gravidez, os grupos etários dos latentes e crianças (Rêgo & Peças, 2012). Na **gravidez**, os pais devem ser incentivados a promover uma alimentação adequada, um bom controlo glicémico e encorajar uma planificação de um aleitamento materno prolongado. Nos **lactentes**, torna-se decisivo educar a mãe durante a amamentação sobre a importância da alimentação do latente, encorajar ao aleitamento materno exclusivo durante seis meses, desencorajar a introdução precoce de alimentos não lácteos e não adicionar ao biberão cereais, mel e açúcar. Para modelar as **crianças**, a família deve fazer cinco refeições diárias, manter um horário de refeições familiares, promover uma dieta equilibrada, enfatizando o consumo de frutos, vegetais, legumes e cereais, usar a água como bebida, minimizando o consumo de sumos e bebidas adoçadas, evitar a oferta de prémios com alimentos e evitar petiscar nos

intervalos das refeições. Relativamente à atividade física, deve promover-se um estilo de vida ativo, reduzir as horas passadas a ver televisão e incrementar o gosto pela prática regular de exercício físico.

Lourenço (2015) refere que qualquer intervenção preventiva deve ser centrada na família. Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, devem desafiar os próprios pais a adotar um estilo de vida saudável.

Desta forma, a família é considerada como parceira de cuidados, sendo esta parceria entre o profissional e os pais um importante mecanismo, quer de capacitação, quer de *empowerment*.<sup>4</sup>

Aos profissionais compete-lhes a função de apoiar, reforçar a capacidade da família, encorajar e de promover o seu desenvolvimento. Aos pais compete-lhes decidir o que é importante e melhor para eles e para a família. Assim sendo, é através da permanente capacitação e *empowerment* da criança/família que a construção do conhecimento, a mudança de comportamentos e a adoção de atitudes promotoras de saúde pode ser uma realidade.

Para Johnson et al. (2008), o *empowerment* envolve uma relação de parceria, pois o core dos cuidados centrados na família baseia-se em quatro princípios: na *dignidade e respeito*, onde os profissionais de saúde escutam e respeitam as escolhas e as perspetivas da família, conhecimento, valores e crenças e cultura, sendo incorporados no planeamento e na prestação de cuidados; na *partilha de informação*, em que os profissionais de saúde comunicam e partilham todas as informações úteis de forma precisa e no momento oportuno, a fim de a família poder participar no cuidado e na tomada de decisão; na *participação*, ou seja, a família é encorajada e apoiada a participar no cuidado e na tomada de decisão, escolhendo o seu nível de atuação; e, por último, na *colaboração*, que envolve a família, prestadores de cuidados, dirigentes das instituições de saúde, todos são chamados a colaborar no planeamento, na implementação e na avaliação dos programas.

Assim sendo, a obesidade infantil é hoje, e cada vez mais, um importante problema de saúde pública de origem multifatorial, pelo que é de extrema importância a sua deteção e tratamento precoces. É aqui que o enfermeiro assume um papel fulcral ao identificar fatores de risco e ao promover aconselhamento e orientação aos níveis alimentar e comportamental (Martins, 2008).

---

4 O *empowerment* confere à família, através da interação com o enfermeiro, as competências necessárias para que a mesma conserve ou conquiste um sentido de controlo sobre a sua vida e consiga fazer mudanças positivas que dêem origem a comportamentos de ajuda, que estimulem os seus pontos fortes e aptidões. A capacitação e o *empowerment* só são possíveis através de uma relação de parceria, em que os pais/família são indivíduos capazes de se tornarem mais competentes através da partilha de conhecimentos, de habilidade e de recursos.

## **II PARTE**

### **ESTUDO EMPÍRICO**

---



## 1 - Metodologia

Um estudo de investigação insere um processo ordenado, que leva o investigador a percorrer uma série de etapas, desde a definição do problema à obtenção de resultados (Fortin, Côté & Vissandjée, 2003).

A investigação científica é definida como um processo sistemático de colheita de dados observáveis e verificáveis no mundo empírico, isto é, no mundo que é acessível aos nossos sentidos, com vista a descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

Neste capítulo, procedemos à descrição da metodologia utilizada ao longo do estudo, nomeadamente da classificação do tipo de estudo, definição da população e amostra, operacionalização e categorização das variáveis, apresentação do instrumento e do procedimento de recolha de dados, bem como do seu tratamento.

### 1.1 - Métodos

A escolha do tema em estudo está relacionada com o facto de ser reconhecido que as famílias têm uma grande influência na saúde das crianças, e que as crenças e conhecimentos dos pais sobre alimentação, influenciam as suas atitudes e comportamentos educacionais, particularmente na educação alimentar. Os pais são o principal elemento regulador do comportamento alimentar das crianças, e é importante possuírem conhecimentos para uma adequada alimentação dos seus filhos (Duarte, 2012). Igualmente, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) aponta como objetivos para os cuidados de saúde a crianças, a estimulação de comportamentos saudáveis relacionados com a nutrição adequada à idade, prevenindo práticas alimentares desequilibradas.

Neste âmbito, a promoção e prevenção desempenha um papel fulcral. A intervenção em saúde dirigida às crianças deve ter na sua base a valorização do contexto familiar, como o seu primeiro ambiente de aprendizagem, enfatizando a sua influência no desenvolvimento físico e psicossocial da própria criança. A investigação dos fatores ambientais associados ao aumento do excesso de peso da criança em idade pré-escolar e escolar leva, inevitavelmente, ao estudo dos seus hábitos alimentares e, conseqüentemente, à influência da família nesse contexto. Os hábitos alimentares vão sendo aprendidos no seio da família e, para que a criança desenvolva uma alimentação equilibrada, os pais e todos os adultos com quem a criança contacta vão servir de modelos através das suas próprias escolhas, mais ou menos adequadas, constituindo o primeiro ambiente de aprendizagem com potencial para desenvolver estilos de vida saudáveis. Assim, identificar os conhecimentos

dos pais sobre alimentação infantil e analisar a influência dos fatores sociodemográficos nesses conhecimentos foi o mote para a presente investigação.

Após a formulação do problema, foram definidas, claramente, as questões de investigação e os objetivos que, pretendemos, conduzam necessariamente a uma explicação da razão do estudo (Fortin et al., 2009). Assim, para uma melhor compreensão do problema, foram formuladas as seguintes questões de investigação:

- Qual será a prevalência de excesso de peso nas crianças que frequentam o jardim-de-infância e 1º ciclo do ensino básico?
- Quais são os conhecimentos dos pais sobre alimentação das crianças que frequentam o jardim-de-infância e 1º ciclo do ensino básico?
- Qual a influência das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, profissão, residência, escolaridade e número de filhos) no conhecimento dos pais sobre alimentação da criança?
- Qual a relação entre o estado nutricional da criança e o conhecimento dos pais sobre alimentação da criança?

Tendo em conta a problemática escolhida, e para dar resposta às nossas questões, definimos os seguintes objetivos:

- Determinar o excesso de peso das crianças que frequentam o jardim de infância e 1º ciclo do ensino básico;
- Caracterizar o conhecimento dos pais sobre alimentação da criança;
- Analisar a influência das variáveis sociodemográficas no conhecimento dos pais sobre alimentação da criança;
- Relacionar o estado nutricional da criança e o conhecimento dos pais sobre alimentação da criança.

### **1.1.1 - Tipo de estudo**

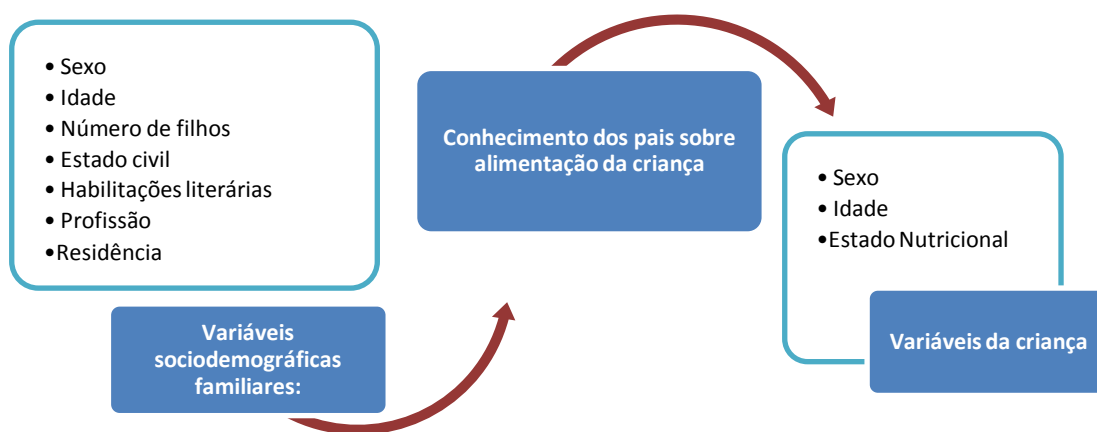
O desenho de investigação é um plano que permite responder às questões ou verificar hipóteses e que define mecanismos de controlo, tendo por objeto minimizar os riscos de erro (Fortin et al., 2009).

Tendo em conta o problema, o presente estudo é do tipo descritivo-correlacional, de cariz transversal, realizado numa amostra não probabilística por conveniência. Será orientado segundo uma lógica descritiva-analítica, dado que pretende descrever o

conhecimento dos pais sobre alimentação da criança e analisar a influência das variáveis sociodemográficas sobre a mesma, e sobre o estado nutricional da criança.

Por outro lado, utiliza a análise quantitativa na medida em que usa um processo sistemático de recolha de informação, com base em dados observáveis e quantificáveis, dado que envolve uma colheita de informação numérica, num determinado momento ou período compatível com o estudo que pretendemos desenvolver e recorre a procedimentos estatísticos para análise da informação (Fortin et al., 2003).

Face à 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** - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis

### 1.1.2 - Variáveis

As variáveis são as unidades de base da investigação. Elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo. As variáveis tomam diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados (Fortin et al., 2009).

As variáveis podem ser classificadas segundo o papel que exercem numa investigação. Variável independente é considerada como a causa efeito produzido na variável dependente. A variável dependente é a que sofre o efeito da variável independente, é o resultado predito pelo investigador.

Neste estudo, foram consideradas variáveis independentes, as variáveis sociodemográficas familiares (sexo, idade, número de filhos, estado civil, habilitações literárias, profissão e residência) e as variáveis da criança (sexo, idade e estado nutricional).

Por sua vez, a variável dependente será o conhecimento dos pais sobre alimentação da criança.

De seguida, procedemos à operacionalização das variáveis em estudo (tabela 3).

A operacionalização de um conceito consiste num processo pelo qual um construto é traduzido ou transposto, segundo fenómenos observáveis e mensuráveis. Implica que o conceito se torne explícito, especificando as suas dimensões e determinando os indicadores que serão utilizados para o medir. Este processo começa no próprio conceito, as dimensões que o explicitam, a sua significação, os indicadores empíricos e as medidas (Fortin et al., 2009).

**Tabela 3 - Operacionalização das variáveis**

Variáveis sociodemográficas da família	Operacionalização
<b>Idade</b>	Avaliado em função da mãe, pai (outros) e classificado/recodificada em três grupos: <= 30 anos; 31-35 anos; >=36 anos
<b>Profissão</b>	Utilizados os grupos profissionais descritos na Classificação portuguesa das profissões 2010 (2011), composto por nove grupos: - Grupo 0: Forças Armadas - Grupo 1: Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos - Grupo 2: Atividades intelectuais e científicas - Grupo 3: Técnicos e profissões de nível intermédio - Grupo 4: Pessoal administrativo - Grupo 5: Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores - Grupo 6: Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, pesca e floresta - Grupo 7: Qualificados da indústria, construção e artífices - Grupo 8: Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem - Grupo 9: Trabalhadores não qualificados
<b>Escolaridade</b>	Avaliado em função da mãe, pai e avós e recodificado em três categorias: Até ao 9º ano (Básico), Secundário (12º ano) e Superior (licenciatura, mestrado, doutoramento)
<b>Residência</b>	Agrupados por residência rural e urbana
<b>Número de filhos</b>	Classificado em: 1 filho, 2 e ≥ 3 filhos
<b>Estado civil</b>	Recodificado em: com companheiro e sem companheiro
<b>Sexo</b>	Agrupado em: género masculino e feminino
Variáveis da Criança	
<b>Sexo</b>	Agrupado em: género masculino e feminino
<b>Idade</b>	Agrupado em: pré-escolares (3-6 anos) e escolares (6-9 anos)
<b>Estado nutricional</b>	Classificados segundo o percentil de IMC para a idade e sexo, utilizando os pontos de corte do percentil de IMC do NCHS (DGS, 2006) e que são seguintes: <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Baixo Peso</b> &lt; 5  <b>Normal</b> ≥ 5 &lt; 85  <b>Pré-obesidade</b> ≥ 85 &lt; 95  <b>Obesidade</b> ≥ 95 </div>
Variável dependente	
<b>Conhecimento dos pais sobre alimentação da criança</b>	<b>Conhecimento</b> – conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões apreendidas, conhecimento e reconhecimento da informação (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011).  Avaliados através da aplicação do QAI, 55 afirmações, distribuídos por quatro fatores, tendo sido atribuídos zero pontos, no caso de a resposta ser não e de um ponto no caso de a resposta ser sim. Para classificação dos conhecimentos foram efetuados pontos de corte para o valor global da escala com base no percentil 25 e 75, preconizada por Pestana e Gageiro (2008, p.114), permitindo a classificação abaixo apresentada: <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Conhecimento Insuficiente</b> – (≤ percentil 25) = 40  <b>Conhecimento Suficiente</b> – (&gt;p25 &lt; p75) = 41-46  <b>Conhecimento Bom</b> - (≥ percentil 75) = 47 </div>

## 1.2 - Participantes

A população é um grupo de pessoas ou objetos, com características comuns. É o conjunto das pessoas que satisfaz os critérios de seleção definidos previamente e que permite fazer generalizações. Esta define-se por critérios de inclusão (Fortin et al., 2009).

Realizámos, desta forma, o nosso estudo num concelho do distrito de Viseu, sendo a população alvo representada pelo conjunto de crianças em idade pré-escolar e escolar e respetivos pais, a frequentar o jardim-de-infância e 1º ciclo do ensino básico e as consultas de vigilância de saúde na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do mesmo concelho. As crianças, com idades compreendidas entre os 3 e os 9 anos, encontravam-se matriculadas na rede de ensino público pré-primário e 1º ciclo do ensino básico no ano letivo 2015-2016, no agrupamento de escolas do referido concelho, num total de 202 crianças, 68 integrando o ensino pré-primário e 134 crianças o 1º ciclo do ensino básico.

Assim, a amostra em estudo foi definida de forma não probabilística por conveniência de acordo com os critérios previamente definidos:

- i) serem crianças a frequentar o jardim de infância e o 1º ciclo do ensino básico do concelho do distrito de Viseu, ou as consultas de vigilância de saúde na UCSP do concelho, no período em que decorreu o estudo;
- ii) os pais aceitarem participar no estudo preenchendo o questionário;
- iii) os pais devolverem o questionário;
- iv) os pais terem capacidade de comunicação;
- v) as crianças terem autorização do representante legal para a participação no estudo;
- vi) a criança estar presente no jardim de infância nos dias em que a equipa procedesse à avaliação antropométrica.

O instrumento de recolha de dados (*Anexo I*) foi aplicado no período entre dezembro de 2015 e fevereiro de 2016, de modo a conseguir-se uma amostra aceitável para o cumprimento da finalidade do estudo e dos objetivos propostos, obtendo-se 114 questionários, que correspondeu a 56,43% do total de crianças inscritas nos referidos níveis de ensino, 31,68% das crianças do ensino pré-primário e 24,75% do 1º ciclo do ensino básico.

Os pais foram devidamente informados dos objetivos do estudo, foi solicitada a sua participação voluntária e garantida a confidencialidade, através de consentimento informado (*Anexo II*).

As crianças envolvidas no estudo foram classificadas quanto ao seu estado nutricional, através da avaliação do peso/estatura e obtido o IMC de duas formas:

- i) Quando estas recorreram às consultas de vigilância infantil na UCSP;
- ii) Através de avaliação realizada no jardim de infância/escola.

### 1.2.1 - Caracterização da amostra

Desta avaliação resultou a caracterização sociodemográfica dos pais e das crianças, que apresentamos de seguida.

#### • Caracterização sociodemográfica parental

Pela análise da tabela 4, podemos verificar que, no global, 90,4% dos questionários foram preenchidos pela mãe e apenas 9,6 % pelo pai/outros. Analisando face ao sexo das crianças, observa-se que este preenchimento foi efetuado em 90,6% pela mãe dos meninos, comparativamente a 90,2% pela mãe das meninas. Em relação aos pais e outros (avó, irmã), verificamos uma percentagem de 9,4% nos meninos, 9,8% nas meninas, contudo, as diferenças não se revelaram significativas ( $\chi^2 = 0,942$ ;  $p = 0,599$ ).

**Tabela 4** - Distribuição dos respondentes ao questionário, em função do sexo das crianças

Grupo etário	Sexo		Feminino		Total		$\chi^2$	$p$
	Masculino		n	%	n	%		
	n	%	(61)	(100)	(114)	(100)		
Mãe	48	90,6	55	90,2	103	90,4	0,942	0,599
Pai e outros	5	9,4	6	9,8	11	9,6		
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>	<b>61</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>100</b>		

#### • Idade do progenitor

No global, verificou-se, pela análise da tabela 5, uma idade mínima de 20 e máxima de 56, a que corresponde uma média de 34,51 (Dp=6,10) e um coeficiente de variação de 17,67%, indicando dispersão moderada em torno da média. Estes resultados são idênticos aos das mães, que indicam um valor mínimo de 20 e um valor máximo de 56 anos, a que corresponde uma média de 34,40 (Dp=5,77). O coeficiente de variação de 16,79% indica, igualmente, uma dispersão moderada.

Relativamente à idade dos pais e outros (avó, irmã), indica um valor mínimo de 26 e um valor máximo de 48 anos, a que corresponde uma média de 35,60 (Dp=9,155) e um coeficiente de variação de 25,71%, numa dispersão moderada em torno do valor médio (cf. tabela 5).

**Tabela 5** - Estatísticas relativas à idade do progenitor em função do sexo

	n	Min	Max	M	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Pai e outros	10	26	48	35,60	9,155	25,716	- 0,016	-1,628	0,017
Mãe	104	20	56	34,40	5,777	16,793	1,662	2,852	0,187
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>20</b>	<b>56</b>	<b>34,51</b>	<b>6,100</b>	<b>17,67</b>	<b>1,584</b>	<b>1,409</b>	<b>0,185</b>

Face à variabilidade das idades dos progenitores foram criados grupos etários e, assim, pela análise da tabela 6, verifica-se que, no global, 36% de progenitores tem, respetivamente, idades  $\leq 30$  anos e  $\geq 36$  anos, enquanto 28,1% se enquadra no grupo etário dos 31-35 anos.

Por sexos, a maior percentagem de pais inquiridos situa-se nos grupos etários  $\leq 30$  e  $\geq 36$  anos com 50% e nenhum tem entre 31-35 anos. Relativamente às mães, a maior percentagem encontra-se nos mesmos grupos etários com 36,4% e 30,8% entre 31-35 anos. A diferença entre os sexos é estatisticamente significativa ( $X^2=4,278$ ;  $p=0,118$ ) e de acordo com os residuais ajustados as diferenças situam-se nas mães que têm entre 31-35 anos (cf. tabela 6).

**Tabela 6** - Grupo etário do progenitor em função do sexo

Grupo etário	Sexo		Feminino		Total		Residuais		
	Masculino		n	%	n	%	Masc	Fem	
	n	%	(10)	(100)	(104)	(100)	(114)	(100)	
$\leq 30$ anos	5	50,0	36	34,6	41	36,0	1,0	-1,0	
31-35 anos	0	0,0	32	30,8	32	28,1	-2,1	2,1	
$\geq 36$ anos	5	50,0	36	34,6	41	36,0	1,0	-1,0	
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>100</b>			

### Caracterização sociodemográfica da criança

Tal como referido, a amostra infantil é constituída por 114 crianças, 56,1% em idade pré-escolar e 43,9% em idade escolar. No que respeita à idade e para o global, na tabela 7 verifica-se que a idade mínima das crianças é de 3 anos e a máxima de 9 anos, a que corresponde uma média de 5,53; desvio padrão de 1,93 e um coeficiente de variação de 35,04%.

Analisando por sexos, verifica-se que, apesar das mesmas idades máximas e mínimas, a média dos meninos é ligeiramente inferior, correspondendo a 5,45 anos ( $Dp=1,93$ ) e a das meninas a 5,59 anos ( $Dp=1,95$ ). O coeficiente de variação indica uma dispersão elevada em ambos os sexos, respetivamente, 35,54% e 34,93% para o sexo masculino e feminino (cf. tabela 7).

**Tabela 7** - Estatísticas relativas à idade da criança

	n	Min	Max	M	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Masculino	53	3	9	5,45	1,937	35,541	0,003	-1,657	0,004
Feminino	61	3	9	5,59	1,953	34,937	0,144	-1,751	0,000
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>5,53</b>	<b>1,93</b>	<b>35,04</b>	<b>1,72</b>	<b>-2,40</b>	<b>0,000</b>

No global da amostra, verifica-se na tabela 8 que 56,1% das crianças se encontra no grupo etário dos pré-escolares, enquanto 43,9% se enquadra no grupo dos escolares.

Por sexos, constata-se que 54,7% de meninos e 57,4 % das meninas pertencem ao grupo dos pré-escolares enquanto 45,3% e 42,6% integram os escolares. A diferença entre a distribuição dos sexos não se revela estatisticamente significativa ( $\chi^2=0,081$ ;  $p=0,775$ ).

**Tabela 8** - Grupo etário da criança em função do sexo

Grupo etário	Sexo		Feminino		Total		Residuais	
	Masculino		n	%	n	%	Masc	Fem
	n	%	(61)	(100)	(114)	(100)		
Pré-escolares	29	54,7	35	57,4	64	56,1	-0,3	0,3
Escolares	24	45,3	26	42,6	50	43,9	0,3	-0,3
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100</b>	<b>61</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>100</b>		

### 1.3 - Instrumento de Recolha de Dados

Na elaboração de um trabalho de investigação, torna-se necessário aplicar um instrumento de recolha de dados segundo um plano pré-estabelecido e que vá ao encontro dos objetivos do estudo, inicialmente delineados (Fortin et al., 2009).

Após a definição da problemática e da amostra a investigar, torna-se necessário decidir qual o método de recolha de informação mais apropriado. Assim sendo, no presente estudo optamos pela utilização do questionário.

#### 1.3.1 - Questionário

O questionário é um instrumento de colheita de dados que exige do participante respostas escritas a um conjunto de questões. Tem por objetivo recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões (Norwood, cit. por Fortin et al., 2009).

No presente estudo, o questionário utilizado era constituído por perguntas fechadas e abertas de resposta rápida, composto por duas partes, uma para caracterização sociodemográfica dos pais e da criança, e também para registo do seu peso, estatura, IMC e percentil de IMC.

A segunda parte integrava o Questionário de Alimentação infantil (QAI). Segundo os autores, o QAI é um instrumento que pretende avaliar os conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil (Aparício, Cunha, Duarte & Pereira, 2012), destinando-se a ser aplicado a pais de crianças em idade pré-escolar. Na sua construção, os autores basearam-se numa revisão da literatura e nas recomendações de fontes científicas, nomeadamente de Birch (2001), EUFIC (2005), DGS (2005), DGS/Plataforma Contra a Obesidade, WHO (2009). É composto por afirmações que abordam aspetos como a característica dos alimentos/grupos alimentares com implicações para a saúde (positivas e negativas); comportamentos que medeiam as práticas alimentares diárias; atitudes fundamentadas em crenças alimentares culturais e familiares; conhecimentos nutricionais básicos que norteiam o quotidiano das pessoas, para utilização dos diversos grupos alimentares (Costa, 2012). O QAI integra 55 afirmações dicotómicas (verdadeiro/falso), sendo solicitado aos pais para assinalarem com uma x a afirmação correspondente àquilo que faz, pensa e sabe, relativamente à alimentação do filho(a). A fim de evitar tendências de resposta, algumas questões foram construídas de forma a representarem conceitos positivos e, outras, negativos.

Inicialmente, os autores construíram uma versão inicial do questionário que integrava 60 afirmações dicotómicas (verdadeiro/falso). Posteriormente, através do estudo de análise fatorial, foram eliminados cinco itens (21, 56, 31, 45 e 54), ficando a versão final constituída por 55 questões, distribuídas por quatro fatores.

À semelhança de outros questionários de conhecimentos, a pontuação varia entre zero (0) e um (1); onde 1 significa que a resposta é dada no sentido correto, indicando conhecimentos adequados sobre a alimentação infantil. A pontuação 0 é dada às respostas falsas, o que indica conhecimentos incorretos. Quanto maior o *score* de pontuação total, melhor o conhecimento dos pais em alimentação infantil (Costa, 2012).

Os autores atribuíram aos fatores os seguintes significados: **fator 1** *alimentação e saúde* e que satura em 22 itens (14, 16, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54 e 55), explicando 16,20% da variância total. O **fator 2** *regras alimentares*, é constituído por 13 itens (2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 18, 20 e 22), explicando 9,72% da variância total. O **fator 3**, designado por *crenças alimentares familiares*, é composto por nove itens (1, 10, 19, 21, 23, 24, 26, 31 e 43) e explica 6,91% da variância total. O **fator 4**, intitulado de *variedade/diversidade no padrão alimentar*, é composto por 11 itens (6, 15, 17, 25, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 39), explicando 6,75% da variância total (cf. tabela 9) (Costa, 2012).

**Tabela 9 - Significado aparente e pressupostos dos quatro fatores do QAI**

Fatores	Significado	Pressupostos
Fator 1	Alimentação e saúde	Avalia os pressupostos que estão na base da relação entre a alimentação e a saúde, não só pela escolha dos nutrientes, mas igualmente pelo padrão de consumo e gestão da atividade diária
Fator 2	Regras alimentares	Avalia algumas regras que estão na base do padrão alimentar infantil
Fator 3	Variedade/diversidade no padrão alimentar	Avalia os conhecimentos e as práticas para a inclusão das diferentes porções e do valor alimentar dos diferentes alimentos e variedade dentro do mesmo grupo
Fator 4	Crenças alimentares familiares	Avalia as crenças decorrentes da cultura ou da incorreta promoção alimentar

### **Estudo de consistência interna ou fiabilidade do Questionário de Alimentação Infantil (QAI)**

A fiabilidade de uma medida refere a capacidade desta ser consistente. Dizemo-lo, porém, com maior ou menor grau de certeza porque toda a medida é sujeita a erro. Assim, a fiabilidade que podemos observar nos nossos dados é uma estimativa, e não um “dado”. “Erro” é a *variabilidade* observada no processo de mensuração de um mesmo objeto, a ausência de erro é a “consistência” (Marôco & Garcia-Marques, 2006).

Para classificar os conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil (QAI), foi efetuada a validade do conteúdo, posterior estudo dos componentes principais e determinação do alfa de *Cronbach* para análise da consistência interna.

Reportando-nos aos resultados de fiabilidade, na tabela 10 são apresentados os valores das estatísticas, médias e desvio padrão e as correlações entre cada item, indicando-nos como este se combina com o valor global.

Em relação aos valores médios, podemos observar que o item 8,21 e 45 registam os valores médios mais elevados e o item 24 e 28 registam o valor médio mais baixo. O desvio padrão oscila entre 0,16 e 0,93, referentes aos itens 8, 21 e 45 (cf. tabela 10).

No que se refere às correlações do item total corrigido, variam entre – 0,008 e 0,544 para os itens 1 e 48, respetivamente. O valor de *alfa de Cronbach global* de 0,718 revela boa consistência interna (cf. tabela 10).

Tabela 10 - Consistência interna dos itens do QAI

Afirmações	Média	Dp	R/item total	Alfa item
1. A alimentação da criança não precisa ser variada	0,947	0,224	-0,008	0,720
2. Uma alimentação saudável para as crianças inclui 5-7 refeições diárias	0,921	0,270	0,287	0,711
3. Um bom pequeno-almoço favorece o desenvolvimento da inteligência	0,956	0,205	0,011	0,719
4. O intervalo ideal entre as refeições é de cinco horas	0,912	0,284	0,103	0,717
5. O leite e os derivados são a principal fonte de cálcio na alimentação	0,877	0,329	-0,069	0,724
6. Uma criança deve comer diariamente 3-5 peças de fruta	0,789	0,658	0,149	0,720
7. É aconselhável que uma criança coma diariamente uma porção de doces ou bolos	0,938	0,241	0,104	0,717
8. As refeições do almoço e jantar devem iniciar-se com sopa rica em hortaliças e legumes	0,973	0,160	0,317	0,713
9. Os produtos lácteos gordos são mais recomendados para a criança	0,736	0,442	0,223	0,712
10. Para uma criança é suficiente ingerir diariamente 1 copo de leite ou derivados	0,526	0,501	0,184	0,715
11. As crianças devem comer preferencialmente cozidos e grelhados	0,912	0,284	0,109	0,717
12. Na alimentação das crianças deve utilizar-se pouco sal	0,956	0,205	0,198	0,715
13. As crianças precisam de comer refeições em grande quantidade para crescerem melhor	0,894	0,308	0,445	0,704
14. A obesidade na infância aumenta o risco de obesidade na vida adulta	0,877	0,329	0,420	0,704
15. A quantidade de sal recomendada é uma colher de chá rasa por dia, distribuída por todas as refeições	0,473	0,501	0,228	0,712
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	0,921	0,270	0,163	0,715
17. As crianças devem comer alimentos ricos em proteínas vegetais (feijão, grão...) pelo menos 4 vezes por semana	0,736	0,442	0,117	0,718
18. A obesidade na infância aumenta o risco de aparecimento de diabetes	0,921	0,270	0,109	0,717
19. Incluir 3-4 vezes por semana bolicão ou outros alimentos idênticos nos lanches das crianças, não prejudica a sua saúde	0,886	0,319	0,175	0,714
20. As refeições diárias das crianças devem incluir carne, peixe e ovos	0,938	0,241	0,157	0,715
21. A alimentação equilibrada da criança não inclui a ingestão de água	0,973	0,160	0,260	0,714
22. As hortaliças, legumes e fruta são alimentos ricos em fibras	0,868	0,339	0,098	0,718
23. Numa das refeições diárias, a sobremesa das crianças pode ser um doce	0,526	0,501	-0,050	0,723
24. A gordura é um alimento necessário ao crescimento das crianças	0,245	0,432	0,053	0,721
25. É aconselhado comer 5 porções diárias dos alimentos ricos em fibras, como as hortaliças, legumes e fruta	0,736	0,442	0,232	0,712
26. Os alimentos de origem animal são ricos em gorduras saturadas e colesterol	0,684	0,466	0,212	0,713
27. Os cereais e as batatas são as principais fontes de energia	0,491	0,502	0,081	0,721
28. Para que uma criança aceite um alimento novo é recomendável insistir em oferecê-lo entre 5-10 vezes	0,254	0,437	0,068	0,728
29. A carne, peixe e ovos são importantes para o crescimento das células	0,833	0,374	0,363	0,706
30. Os óleos vegetais, os frutos secos e o peixe são ricos em gorduras polinsaturadas	0,438	0,498	0,194	0,714
31. Os alimentos pobres em calorias são os designados por "fastfood"	0,807	0,396	0,189	0,714
32. Na escolha do pão e outros cereais, deve optar-se pelos menos refinados	0,675	0,470	0,272	0,709
33. O feijão, grão e outras leguminosas, são ricos em proteínas vegetais	0,921	0,270	0,089	0,718
34. As frutas e legumes são alimentos ricos em vitaminas e sais minerais	0,929	0,256	0,146	0,716
35. O pão de mistura ou escuro é o melhor para a alimentação	0,894	0,308	0,489	0,702
36. Os produtos de salsicharia, folhados ou outros salgadinhos podem comer-se com frequência	0,938	0,241	0,466	0,706
37. O pão de mistura ou escuro é fonte de energia e fibra	0,798	0,403	0,525	0,696
38. Na alimentação da criança pode permitir-se o consumo de refrigerantes	0,868	0,339	0,185	0,714
39. Um copo de leite equivale a dois iogurtes sólidos	0,473	0,501	0,190	0,714
40. Fazer as refeições a ver TV é desaconselhado	0,771	0,421	0,327	0,706
41. A atividade física programada (desporto) é aconselhável, mesmo nas crianças fisicamente ativas	0,921	0,270	0,232	0,713
42. A ingestão de bebidas açucaradas está associada ao aumento de peso	0,886	0,319	0,327	0,708
43. As crianças não necessitam de ser fisicamente ativas	0,877	0,284	-0,027	0,722
44. As crianças podem ver TV ou jogar jogos de vídeo, em média 3 horas por dia	0,649	0,479	0,255	0,710
45. As refeições em família são um ritual importante para pais e filhos (as)	0,991	0,936	0,186	0,716
46. Não tomar o pequeno-almoço prejudica a aprendizagem na escola	0,929	0,256	0,081	0,718
47. Deve permitir-se que as crianças colaborem na confeção das refeições em casa	0,842	0,366	0,272	0,710
48. Na compra de alimentos deve ter-se em conta a lista de ingredientes existente no rótulo	0,824	0,382	0,544	0,696
49. É menos preocupante uma criança ser gordinha do que ser magrinha	0,842	0,366	0,034	0,721
50. As refeições em família devem obedecer a um horário regular	0,982	0,131	-0,010	0,719
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	0,938	0,241	0,241	0,713
53. As crianças devem comer o que gostam, independentemente do valor nutritivo dos alimentos	0,859	0,348	0,292	0,709
54. O peso das crianças deve ser avaliado pelo menos uma vez por ano	0,824	0,382	0,085	0,719
55. As crianças que petiscam entre as refeições, fazem uma alimentação mais equilibrada	0,807	0,396	-0,060	0,726
<b>Coefficiente alfa Cronbach global</b>	<b>0,718</b>			

## 1.4 - Procedimentos

A investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que a definem. Revela-se fundamental a consideração de todos os procedimentos, pois em investigação existe um limite que não deve ser ultrapassado: o respeito pela pessoa e a proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano (Fortin et al., 2009).

Segundo Singleton e Straits, cit. por Abreu (2005), a pesquisa científica pressupõe preocupações éticas em três grandes áreas: *i)* a ética relacionada com a interação com os participantes; *ii)* a ética da colheita e análise dos dados; *iii)* a ética da responsabilidade para com a sociedade.

### ***Procedimentos éticos***

Neste âmbito, foram garantidos todos os procedimentos tendo em conta o respeito pela dignidade humana, direito à confidencialidade, proteção do anonimato e confidencialidade dos dados. Como introdução ao questionário, foi realizado uma breve apresentação e explicação do objetivo do estudo, assim como salvaguardada a confidencialidade dos dados e garantido o seu anonimato. Desta forma, os pais foram convidados a responder de forma simples e inequívoca ao conjunto de perguntas do questionário. As perguntas foram apenas as necessárias, formuladas com uma linguagem simples.

A recolha de informação foi realizada de forma livre e convenientemente esclarecida, pois para além da informação sobre o âmbito e objetivos do estudo que acompanhava o termo de consentimento, os pais foram, sempre que solicitado, pessoalmente esclarecidos, numa linguagem acessível, dos propósitos do estudo.

Os instrumentos foram, na sua maioria, entregues a pelo menos um dos progenitores e, nos casos em que nenhum dos pais pode estar presente mas que aceitaram participar no estudo, foi entregue à educadora de infância que, posteriormente, o endereçava aos pais e recolhia de volta.

Para utilização do QAI, foi efetuado o pedido de autorização aos respetivos autores, através de um ofício, para a utilização do mesmo, com a finalidade do estudo e objetivos.

Após o pedido de autorização aos autores do respetivo questionário, foi efetuado o pedido de autorização para implementação do instrumento de recolha de dados, ao Presidente da Administração Regional de Saúde do Norte (*Anexo III*), para aplicação do questionário aos pais na UCSP e ao Presidente do Agrupamento de Escolas (*Anexo III*),

para aplicação dos questionários no jardim de infância e avaliação antropométrica das crianças em estudo.

Os pedidos de autorização para realização da investigação foram acompanhados de projeto onde se explanava a finalidade do estudo, as partes constituintes do instrumento de recolha de dados e a sua forma de preenchimento, a utilização dos dados obtidos e o contributo do estudo, acompanhados de um documento de consentimento informado a ser assinado pelos participantes e, ainda, de uma declaração da investigadora principal/orientadora da dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Após deferimento da autorização para a sua realização, a recolha de dados foi efetuada, tal como referido, na UCSP da região norte e no jardim de infância do concelho do distrito de Viseu.

Os questionários foram aplicados no decorrer das consultas de saúde infantil, para facilitar uma maior adesão, estes foram entregues aos pais para procederem ao seu preenchimento durante período de espera da consulta. Durante a realização da consulta de vigilância, foi realizada a avaliação antropométrica das crianças. Posteriormente, foram também aplicados os questionários no jardim de infância. Após a recolha dos questionários, procedeu-se à avaliação antropométrica das crianças autorizadas a participar no estudo. A avaliação e registo dos dados antropométricos foi efetuada pelos investigadores.

A classificação do estado nutricional da criança era determinante na investigação, visto ser uma das variáveis em estudo. Assim, na salvaguarda do rigor, na avaliação antropométrica foram seguidos procedimentos definidos no guia de avaliação do estado nutricional infantil e juvenil (Rito, Carmo e Breda, 2011).

### ***Avaliação antropométrica das crianças***

Na UCSP, a avaliação do peso foi efetuada utilizando uma balança não automática SECA com homologação CE (Model 8777021094) com capacidade até 160 kg. A estatura foi avaliada com estadiómetro de acoplação da marca SECA, modelo 216 1814009, com possibilidade de medição até 205 cm.

No jardim de infância, a avaliação antropométrica foi realizada utilizando uma balança SECA gmbh & co.Kg (Model 877 7021094). Trata-se de uma balança eletrónica portátil, com mostrador digital, calibrada até decigramas e com capacidade de pesar até 150/200 kg.

O peso foi obtido com a criança no centro da balança e foi medido em quilogramas, até ao decigrama mais próximo (0,1 kg). Em relação à estatura, foi utilizado o estadiómetro

incorporado (Model 2171721009), com uma capacidade de 200 cm e uma precisão de 0,1cm. Os dados foram obtidos com a criança corretamente alinhada de costas para o plano vertical. A estatura obtida foi registada em centímetros, até ao milímetro mais próximo (0,1cm).

Antes da avaliação, foi solicitado às crianças para retirarem os sapatos, ficarem apenas com as peças de roupa mais leves e retirarem os adornos do cabelo que podiam interferir com a avaliação da estatura e sugeriu-se ida ao WC para não interferir com o peso real da criança.

Foram excluídas as crianças que, mesmo tendo o termo de consentimento assinado pelos progenitores, rejeitaram ser pesadas ou medidas. Após a recolha de informação junto dos participantes, deu-se início à fase empírica propriamente dita.

## 1.5 - Análise de dados

A análise dos dados obtidos e a apresentação dos resultados foi realizada obedecendo à sequência e organização das variáveis e às partes constituintes do instrumento de recolha de dados. Nesta análise, recorreu-se à estatística descritiva e analítica ou inferencial.

A análise da informação foi precedida de uma primeira apreciação de todos os questionários, no intuito de serem eliminados aqueles que, porventura, se encontrassem incompletos ou mal preenchidos. Seguidamente, impunha-se proceder à sua codificação e tabulação de modo a ser preparado o tratamento estatístico, efetuado com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23. Para tal, foi construída uma base de dados, onde os mesmos foram editados e trabalhados. Recorreu-se, assim, a métodos de análise estatística descritiva e inferencial, sendo os dados apresentados em tabelas.

Para Fortin et al. (2009), na estatística descritiva, os dados numéricos são apresentados sob a forma de tabelas e de gráficos e calcula-se o centro de dispersão dos valores atribuídos aos dados. Comporta os seguintes elementos: i) as distribuições de frequências e gráficos (frequências absolutas (n) e percentuais (%)); ii) as medidas de tendência central ( $\bar{X}$ ); iii) as medidas de dispersão ( $D_p$ ); iv) as medidas de associação (coeficiente de variação).

Procedemos, desta forma, à distribuição de frequências absolutas e relativas, avaliação da média, desvio-padrão e, por último, à realização de testes estatísticos que nos permitiram testar as hipóteses, entre os quais o *t de Student* e *ANOVA* e *Correlação de*

*Pearson*, em alternativa, os testes não paramétricos correspondentes, quando as variáveis não cumpriam os pressupostos para a sua aplicação.

O coeficiente de variação 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 são interpretados, segundo Pestana e Gageiro (2008), da seguinte forma:

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), se SK/EP variar entre -2 e 2, a distribuição é simétrica. Se Sk/EP for inferior a -2, a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita, e se SK/EP for superior a +2, a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda. Para obter o valor da *Kurtose* também se tem de 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 inferencial serve para generalizar os resultados de uma amostra de sujeitos, ao conjunto da população (Fortin et al., 2009).

Na estatística inferencial, foi utilizada a estatística paramétrica e não paramétrica. Para Marôco (2011), a utilização de testes paramétricos 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. 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 dos pressupostos destes não se verificavam. Assim, quanto à estatística paramétrica e não paramétrica, salientamos os diferentes testes:

- *Correlação de Pearson* que, segundo Pestana e Gageiro (2008), é um teste paramétrico que 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 entre -1 e 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. Na análise dos resultados obtidos, consideramos os valores propostos por estes autores:

- $r < 0,2$  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.

- O coeficiente de alfa de *Cronbach* permite verificar a consistência interna de um grupo de variáveis (itens), varia entre 0 e 1 (Pestana & Gageiro, 2008):

- Alfa  $> 0,9$  consistência muito boa;
- Alfa entre 0,8 e 0,9 consistência boa;
- Alfa entre 0,7 e 0,8 consistência razoável;
- Alfa entre 0,6 e 0,7 consistência fraca;
- Alfa  $< 0,6$  inadmissível.

- *Teste de independência do Qui-Quadrado e resíduos ajustados* que nos indica qual a célula apresenta o comportamento diferente da média. Considerando uma probabilidade igual ou inferior a 0,05, os seguintes valores de referência:

- $\geq 1,96$  – Diferença estatística significativa (superior à média);
- $< 1,96$  – Diferença estatística não significativa (inferior ou igual à média).

Na análise estatística, foram utilizados os valores de significância, segundo Pestana e Gageiro (2008):

- $p > 0,05$  não significativo;
  - $p < 0,05$  significativo;
  - $p < 0,01$  bastante significativo;
  - $p < 0,001$  altamente significativo.
- *Análise de variância a um fator (ANOVA)* ou teste *Kruskal- Wallis*;
- *Testes t de Student* e teste não paramétrico de *U-Mann Whitney (UMW)*;
- *Regressão linear simples e regressão múltipla*.

Descritas as opções metodológicas consideradas necessárias, inicia-se no capítulo seguinte a apresentação e análise dos principais resultados.

## 2 - Resultados

Neste capítulo, vamos proceder à apresentação dos resultados obtidos, através da aplicação do instrumento de recolha de dados aos pais das crianças participantes no estudo e de avaliação do estado nutricional da criança.

Em termos organizacionais, começamos por apresentar os resultados relativos à estatística descritiva, seguidos da análise inferencial, efetuados com recurso aos testes estatísticos considerados mais adequados.

### 2.1 - Análise Descritiva

Para Fortin et al. (2009), a análise descritiva dos dados é o processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com a ajuda de testes estatísticos. Visa, essencialmente, descrever as características da amostra e, assim, complementar a caracterização sociodemográfica já apresentada anteriormente na metodologia, recomeçando com dados relativos à criança.

- **Peso de nascimento**

No que se refere ao peso de nascimento, para a totalidade da amostra, verifica-se um valor mínimo de 1 750 gr e máximo de 4 150 gr, a que corresponde uma média de 3076,01 (Dp=505,343). O coeficiente de variação (16,42%) indica uma dispersão moderada (cf. tabela 11).

Analisando por sexos, verificamos que as crianças do sexo masculino apresentam um valor mínimo de 1 800 gr e máximo de 4 510 gr, a que corresponde uma média de 3 216 gr, (Dp=493,9) e um coeficiente de variação de 15,35 %, numa dispersão moderada.

Relativamente às crianças do sexo feminino, as estatísticas indicam um valor mínimo de 1 750 gr e máximo de 3 840 gr, a que corresponde uma média de 2 953 gr (Dp=486,5) e o coeficiente de variação (16,473%), indica uma dispersão moderada. Pelos valores de assimetria e *kurtose*, verificámos que a curva tem uma distribuição normal, o que é comprovado pelo teste de aderência à normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*.

**Tabela 11** - Estatísticas relativas ao peso de nascimento das crianças em função do sexo

Peso de nascimento	n	Min	Max	Média	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Masculino	53	1800	4510	3216,89	493,924	15,354	-0,509	0,283	0,200
Feminino	61	1750	3840	2953,61	486,574	16,473	-0,897	-0,563	0,072
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>1750</b>	<b>4510</b>	<b>3076,01</b>	<b>505,343</b>	<b>16,428</b>	<b>-0,566</b>	<b>0,075</b>	<b>0,150</b>

**Q1 - Qual será a prevalência de excesso de peso nas crianças que frequentam o jardim de infância e 1º ciclo do ensino básico?**

- **Peso e estatura**

A avaliação do estado nutricional foi obtida pela avaliação do peso e estatura das crianças, seguindo as orientações preconizadas pela DGS.

Pelas estatísticas expressas na tabela 12, e no global da amostra, verifica-se que relativamente à estatura, as crianças apresentam um valor mínimo de 93 cm e um máximo de 152 cm, a que corresponde uma média de 114,86 (Dp=13,05) e um coeficiente de variação de 11,36%, numa dispersão moderada em torno da média.

Analisando por sexos, verificamos que os meninos têm um valor estatural mínimo de 93 cm e um máximo de 145,5 cm, a que corresponde uma média de 114,96 cm; Dp=12,70 e um coeficiente de variação de 11,05%, que indica uma dispersão fraca. As meninas apresentam um valor mínimo de 94,70 cm e um máximo de 152 cm, com uma média de 114,78; Dp=13,45 com um coeficiente de variação (11,72%) indicando uma dispersão média. Pelos valores de assimetria e Kurtose, verificámos que a curva tem uma distribuição normal (situa-se entre -2 e 2).

**Tabela 12 - Estatísticas relativas à estatura da criança em função do sexo**

<b>Estatura</b>	<b>n</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Média</b>	<b>Dp</b>	<b>CV (%)</b>	<b>Sk/erro</b>	<b>K/erro</b>	<b>K/S</b>
Masculino	53	93	145,50	114,96	12,70	11,052	0,05	0,333	0,200
Feminino	61	94,70	152,00	114,78	13,45	11,725	-0,988	-0,949	0,001
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>93</b>	<b>152</b>	<b>114,86</b>	<b>13,05</b>	<b>11,367</b>	<b>0,296</b>	<b>-0,827</b>	<b>0,000</b>

Na tabela 13, as estatísticas referentes à estatura das crianças em função da idade, verifica-se que os pré-escolares têm um valor mínimo de 93 cm e um máximo de 126 cm, a que corresponde uma média de 114,96; Dp=12,70 e um coeficiente de variação de 6,53%, com uma dispersão fraca em torno da média.

As crianças em idade escolar, apresentam um valor mínimo de 107 cm e um máximo de 152 cm, média de 126,34; Dp=9,65 e um coeficiente de variação de 7,64%, que indica uma dispersão fraca em torno da média.

**Tabela 13 - Estatísticas relativas à estatura da criança por grupo etário**

<b>Estatura</b>	<b>n</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Média</b>	<b>Dp</b>	<b>CV (%)</b>	<b>Sk/erro</b>	<b>K/erro</b>	<b>K/S</b>
Pré-escolares	64	93	126	105,931	6,92051	6,5330	1,178	0,326	0,045
Escolares	50	107,00	152,00	126,3400	9,65393	7,64123	1,041	0,181	0,200

Perante a tabela 14 e para o global da amostra, verifica-se que, relativamente ao peso das crianças, as estatísticas indicam um valor mínimo de 11,8 kg e um máximo de 49,0 kg, a que corresponde uma média de 22,19 (Dp=8,03). Pelos valores de assimetria e *kurtose*, verificamos que a curva tem uma distribuição não normal, o que é comprovado pelo teste de aderência à normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*. O coeficiente de variação (36,21%) indica uma dispersão elevada.

Analisando por sexos, verifica-se que os meninos apresentam um valor mínimo de 12,0 kg e um máximo de 48,0 kg, a que corresponde uma média de 21,896 (Dp=34,66). O coeficiente de variação 34,66% revela dispersão elevada em torno da média. Comparativamente, as meninas têm um valor mínimo de 11,8 kg e um máximo de 49,0 kg, com uma média de 22,44 (Dp=8,03) e um coeficiente de variação de 37,68%, numa dispersão elevada.

**Tabela 14** - Estatísticas relativas ao peso em função do sexo

Peso	n	Min	Max	Média	p	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Masculino	53	12,0	48,0	21,896	7,59	34,66	1,165	1,943	0,000
Feminino	61	11,8	49,0	22,446	8,45	37,68	0,684	- 0,115	0,000
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>11,8</b>	<b>49,0</b>	<b>22,19</b>	<b>8,03</b>	<b>36,216</b>	<b>0,956</b>	<b>0,723</b>	<b>0,000</b>

De acordo com os dados obtidos na tabela 15, verifica-se que as crianças em idade pré-escolar têm um valor mínimo de 11,8 kg e um máximo de 27,0 kg, a que corresponde uma média de 17,07 (Dp=3,46), um coeficiente de variação de 20,287%, que indica uma dispersão moderada.

Relativamente às crianças em idade escolar, estas têm um valor mínimo de 16,5 kg e um máximo de 49,0 kg, com uma média de 28,78 (Dp=7,40). O coeficiente de variação de 25,71%, aponta para uma dispersão moderada.

**Tabela 15** - Estatísticas relativas ao peso da criança por grupo etário

Peso	n	Min	Max	Média	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Pré-escolares	64	11,8	27,0	17,07	3,46	20,287	3,149	1,157	0,007
Escolares	50	16,5	49,0	28,78	7,40	25,716	2,887	0,672	0,000

Após determinação do percentil de IMC para classificação do estado nutricional segundo as curvas de referência do NCHS (Rito, Breda e Carmo, 2011), verifica-se que, no global da amostra, 57,0% das crianças são normoponderais, 16,7% tem pré-obesidade, 13,2% obesidade e 13,2% está em situação de baixo peso.

Por sexos, apura-se que 62,3% dos rapazes tem peso normal, 17,0% excesso de peso e 7,5% obesidade, comparativamente a 52,5% das meninas que se apresentam normoponderais, 18,0% com obesidade e 16,4% pré-obesidade. O baixo peso está presente em 13,2% dos rapazes e em 13,1% das meninas, contudo, as diferenças entre os sexos não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=2,854$ ;  $p=0,415$ ).

**Tabela 16** - Classificação do estado nutricional das crianças em função do sexo

Percentil IMC	Idade	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n (53)	% (100)	n (61)	% (100)	n (114)	% (100)	Masc	Fem
Baixo peso		7	13,2	8	13,1	15	13,2	0,0	0,0
Peso normal		33	62,3	32	52,5	65	57,0	1,1	-1,1
Pré-obesidade		9	17,0	10	16,4	19	16,7	0,1	-0,1
Obesidade		4	7,5	11	18,0	15	13,2	-1,7	1,7
<b>Total</b>		<b>53</b>	<b>100</b>	<b>61</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>100</b>		

Observando o estado nutricional das crianças por grupo etário, verifica-se que 60,9% das crianças em idade pré-escolar apresenta peso normal, 21,9% baixo peso, 9,4% obesidade e 7,8% pré-obesidade. No grupo das crianças em idade escolar, 52,0% tem peso normal, 28,0% pré-obesidade, 18,0% obesidade e 2,0% baixo peso.

As diferenças entre os grupos etários são significativas ( $\chi^2=17,271$ ;  $p=0,001$ ) que os resíduos ajustados localizam no grupo etário dos pré-escolares com baixo peso e nas crianças em idade escolar com pré-obesidade (cf. tabela 17).

**Tabela 17** - Classificação do estado nutricional das crianças por grupo etário

Percentil IMC	Idade	Pré-Escolares		Escolares		Total		Residuais	
		n (53)	% (100)	n (61)	% (100)	n (114)	% (100)		
Baixo peso		14	21,9	1	2,0	15	13,2	<b>3,1</b>	-3,1
Peso normal		39	60,9	26	52,0	65	57,0	1,0	-1,0
Pré-obesidade		5	7,8	14	28,0	19	16,7	-2,9	<b>2,9</b>
Obesidade		6	9,4	9	18,0	15	13,2	-1,4	1,4
<b>Total</b>		<b>53</b>	<b>100</b>	<b>61</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>100</b>		

## Caracterização sociodemográfica da família

Neste capítulo damos seguimento à caracterização sociodemográfica dos pais. Neste sentido, avaliamos os pais quanto à escolaridade, profissão, residência, estado civil e número de filhos.

- **Habilitações literárias**

Na tabela 18, referente às habilitações literárias dos progenitores, verifica-se que 43% tem ensino secundário, enquanto 23,7% possui entre o 7º e 9º ano de escolaridade e 16,7% têm licenciatura. Analisando por sexo, a maioria dos pais possui licenciatura e 10% tem <4 ano de escolaridade. Relativamente às mães, 47,1% tem o ensino secundário, 22,1% possui entre o 7º e o 9º ano e 13,5% tem nível académico superior. As diferenças entre os progenitores são estatísticas significativas ( $\chi^2=14,671$ ;  $p=0,012$ ), que os residuais ajustados localizam nas mães com ensino secundário e nos pais com licenciatura.

**Tabela 18 - Caracterização da escolaridade do progenitor**

Escolaridade	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n	%	n	%	n	%	Masc	Fem
<4 ano		1	10,0	6	5,8	7	6,1	0,5	-0,5
4 a 6 anos		0	0,0	8	7,7	8	7,0	-0,9	0,9
7 a 9 anos		4	40,0	23	22,1	27	23,7	1,3	-1,3
10 a 12 anos		0	0,0	49	47,1	49	43,0	-2,9	<b>2,9</b>
Bacharelato		0	0,0	4	3,8	4	3,5	-0,6	0,6
Licenciatura		5	50,0	14	13,5	19	16,7	<b>3,0</b>	-3,0
<b>Total</b>		<b>10</b>	<b>100,0</b>	<b>104</b>	<b>100,0</b>	<b>114</b>	<b>100,0</b>	-	-

Posteriormente, foram recodificadas as variáveis em três grupos de escolaridade (cf. tabela 19), e verifica-se que, na totalidade da amostra, 43,0% dos pais tem como escolaridade o ensino secundário, 36,8% o ensino básico e 20,2 % possui o ensino académico. Analisando por sexos, conclui-se que 50% dos pais tem ensino básico e ensino superior, respetivamente. Relativamente às mães 47,1% possui ensino secundário, 35,6% ensino básico e 17,3% possui ensino superior. As diferenças entre os sexos são estatisticamente significativas ( $\chi^2=10,059$ ;  $p=0,007$ ) que os residuais ajustados localizam nas mães com ensino secundário e nos pais com ensino superior.

**Tabela 19 - Caracterização do grau de ensino do progenitor**

Escolaridade	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n (10)	% (100)	n (104)	% (100)	n (114)	% (100)	Masc	Fem
Básico		5	50,0	37	35,6	42	36,8	,9	-,9
Secundário		0	0,0	49	47,1	49	43,0	-2,9	<b>2,9</b>
Superior		5	50,0	18	17,3	23	20,2	<b>2,5</b>	-2,5
<b>Total</b>		<b>10</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>100</b>		

- **Profissão**

Verificamos na tabela 20 que, relativamente à profissão dos progenitores, predomina o grupo 9 (trabalhadores não qualificados), o grupo 2 (especialistas nas atividades intelectuais e científicas) e o grupo 3 (técnicos e profissões de nível intermédio), com um total de 69,3%, 11,4% e 7,9%, respetivamente.

**Tabela 20** - Caracterização profissional dos pais, segundo a CPP-2010

CPP	n	%
<b>Grupo 0</b> - Forças armadas	0	0,0
<b>Grupo 1</b> - Poder legislativo	1	0,9
<b>Grupo 2</b> - Atividades intelectuais e científicas	13	11,4
<b>Grupo 3</b> - Técnicos e nível intermédio	9	7,9
<b>Grupo 4</b> - Pessoal administrativo	8	7,0
<b>Grupo 5</b> - Serviços pessoais e vendedores	4	3,5
<b>Grupo 6</b> - Agricultores, pesca e floresta	0	0,0
<b>Grupo 7</b> - Qualificados da indústria, construção	0	0,0
<b>Grupo 8</b> - Trabalhadores de montagem	0	0,0
<b>Grupo 9</b> - Trabalhadores não qualificados	79	69,3
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>100,0</b>

Analisando por grupos profissionais, constatamos que, no global da amostra, predomina o grupo dos pais com profissões não qualificadas (69,3%), os qualificados/intelectuais representam 20,2% e, por último, 10,5% insere-se no grupo dos técnicos.

Analisando por sexos, verificamos que os pais se concentram nas profissões não qualificadas em 60,0% e 40% nas qualificadas, enquanto na profissão das mães, predomina também o grupo das não qualificadas com um total de 70,2% e 18,3% para as qualificadas. De referir que 11,5% das mães se encontram no grupo dos técnicos. As estatísticas não se revelaram significativas ( $\chi^2=3,426$ ;  $p=0,180$ ) (cf. tabela 21).

**Tabela 21** - Caracterização da profissão dos progenitores

Profissão	Sexo		Feminino		Total		Residuais	
	Masculino						Masc	Fem
	n	%	n	%	n	%		
	(10)	(100)	(104)	(100)	(114)	(100)		
Qualificados/intelectuais	4	40,0	19	18,3	23	20,2	1,6	-1,6
Técnicos	0	0,0	12	11,5	12	10,5	- 1,1	1,1
Não qualificados	6	60,0	73	70,2	79	69,3	- 0,7	0,7
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>100</b>		

- **Residência**

No global, concluímos que a maioria dos pais reside na área urbana (74,6%) e 25,4% na área rural.

Perante os resultados expressos na tabela 22, verifica-se que 100% dos progenitores do sexo masculino reside na área urbana, enquanto as mães (72,1%) residem na área urbana e 27,9% na área rural. As diferenças não se revelaram significância estatística ( $\chi^2=3,740$ ;  $p=0,154$ ).

**Tabela 22 - Caracterização da residência dos progenitores**

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n (10)	% (100)	n (104)	% (100)	n (114)	% (100)	Masc	Fem
<b>Residência</b>								
Rural	0	0,0	29	27,9	29	25,4	-1,9	1,9
Urbana	10	100	75	72,1	85	74,6	1,9	-1,9
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>100</b>		

- **Estado civil**

Relativamente ao estado civil, 88,6% dos pais vive com companheiro e 11,4 % sem companheiro.

Por sexo, e analisando a tabela 23, apuramos que 90% dos pais vive com companheira e 10% sem companheiro. Comparativamente, 88,5% das mães vive com companheiro e 11,5% sem companheiro, contudo, as diferenças não apresentam significância estatística ( $\chi^2=1,143$ ;  $p=0,565$ ).

**Tabela 23 - Caracterização do estado civil do progenitor**

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n (10)	% (100)	n (104)	% (100)	n (114)	% (100)	Masc	Fem
<b>Estado civil</b>								
Sem companheiro	1	10,0%	12	11,5%	13	11,4%	- 0,1	0,1
Com companheiro	9	90,0%	92	88,5%	101	88,6%	0,1	- 0,1
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>100</b>		

- **Número de filhos**

No que refere ao número de filhos, as estatísticas da tabela 24 indicam, para a totalidade da amostra, um valor mínimo de 1 e um máximo de 5, a que corresponde uma média de 1,98 ( $Dp=0,922$ ). O coeficiente de variação (46,56%) indica uma dispersão elevada.

**Tabela 24 - Estatísticas relativas ao número de filhos**

	Min	Max	M	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Número de filhos	1	5	1,98	0,922	46,565	0,845	0,744	0,000

Analisando os dados obtidos na tabela 25, verifica-se que 48,2% dos pais tem dois filhos, 31,6% tem um filho e 20,2% tem três ou mais filhos. Observando por sexos, 60,0% dos pais tem três ou mais filhos, 30,0% tem dois filhos e 10,0% tem um filho. Em relação às mães, 50,0% tem dois filhos, 33,7% tem um filho e 16,3% tem três ou mais filhos, entre os grupos as diferenças são estatisticamente significativas ( $\chi^2=10,990$ ;  $p=0,004$ ), que os resíduos ajustados localizam nos pais com três ou mais filhos.

**Tabela 25 - Caracterização do número de filhos dos progenitores**

Número de filhos	Sexo Masculino		Sexo Feminino		Total		Residuais	
	n (10)	% (100)	n (104)	% (100)	n (114)	% (100)	Masc	Fem
1 Filho	1	10,0	35	33,7	36	31,6	-1,5	1,5
2 Filhos	3	30,0	52	50,0	55	48,2	- 1,2	1,2
>= 3 Filhos	6	60,0	17	16,3	23	20,2	<b>3,3</b>	- 3,3
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>104</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>100</b>		

Passamos agora à análise descritiva do conhecimento dos pais sobre a alimentação das crianças e, assim, responder à questão de investigação colocada.

## **Q2 - Quais são os conhecimentos dos pais sobre alimentação das crianças que frequentam o jardim de infância e 1º ciclo do ensino básico?**

Procurámos saber os conhecimentos dos pais sobre os fatores que constituem o QAI. Da análise da tabela 26, verificamos, para a totalidade da amostra e para cada um dos fatores do QAI, um valor mínimo de 54,55 e um valor máximo de 96,36, com uma média de 79,29 ( $Dp=8,90$ ) numa dispersão fraca em torno da média (11,22%).

O fator *alimentação e saúde* apresenta um valor médio de 87,71 ( $Dp=11,78$ ) e um coeficiente de variação de 13,43%, indicando dispersão fraca em torno da média.

O fator *regras alimentares* apresenta um valor médio de 90,82 com desvio padrão 9,53 e um coeficiente de variação de 10,50%, indicando dispersão fraca em torno da média.

O fator *variedade/diversidade no padrão alimentar* apresenta um valor médio de 62,04, com desvio padrão 19,54 e um coeficiente de variação de 31,50%, indicando dispersão elevada.

O fator *crenças alimentares familiares* apresenta um valor médio de 63,15, com desvio padrão 14,43 e um coeficiente de variação de 22,85%, indicando dispersão moderada em torno da média (cf. tabela 26).

**Tabela 26 - Estatísticas percentuais por dimensões do QAI**

Fatores	Min	Max	Média	Dp	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Alimentação e Saúde	59,09	100,00	87,7193	11,78704	13,438	-1,252	-0,229	0,000
Regras Alimentares	38,46	100,00	90,8232	9,53861	10,502	-2,175	6,939	0,000
Variedade/diversidade no padrão Alimentar	9,09	109,09	62,0415	19,54824	31,508	-0,696	-0,595	0,000
Crenças alimentares familiares	11,11	88,89	63,1579	14,43164	22,850	-0,801	0,346	0,000
<b>Fator global</b>	<b>54,55</b>	<b>96,36</b>	<b>79,2982</b>	<b>8,90234</b>	<b>11,226</b>	<b>-0,813</b>	<b>-0,809</b>	<b>0,008</b>

Na tabela 27, os dados indicam que, no global, 43,9 % dos pais tem conhecimentos suficientes, 30,7% bons conhecimentos e 25,4 % apresenta conhecimentos insuficientes.

Por sexo, apuramos que mais mães têm conhecimentos suficientes (44,2%) e bons (31,7%) e apenas 4,0% apresenta conhecimentos insuficientes. Comparativamente, os pais têm na mesma percentagem conhecimentos suficientes e insuficientes (40,0%) e 20,0% bons conhecimentos. Porém, a diferença entre os progenitores não é significativa ( $\chi^2=2,695$ ;  $p=0,260$ ).

**Tabela 27 - Conhecimentos de quem respondeu ao QAI**

Nível de conhecimento	Sexo		Mãe		Pai		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	Masc	Fem
Insuficiente	24	4,0	5	40,0	29	25,4	-1,6	1,6		
Suficiente	46	44,2	4	40,0	50	43,9	0,5	-0,5		
Bom	33	31,7	2	20,0	35	30,7	-0,9	-0,9		
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>100</b>				

Relativamente aos conhecimentos dos pais e a sua idade, verifica-se que os conhecimentos insuficientes (46,3%) são mais prevalentes no grupo etário  $\leq 30$  anos, enquanto 39,0% tem conhecimento suficiente e 31,7 % bons conhecimentos. Os bons conhecimentos surgem na maioria dos pais do grupo etário dos 31-35 anos (53,1%), enquanto 28,1% revela conhecimentos suficientes e 18,8% fracos conhecimentos. Nos pais com idade  $\geq 36$  anos, verifica-se que 61,0% tem conhecimentos suficientes, 29,0% bons e 9,8% conhecimentos insuficientes. As diferenças estatísticas são significativas ( $\chi^2=25,048$ ;  $p=0,000$ ), que os residuais ajustados localizam nos pais com  $\leq 30$  anos e conhecimentos insuficientes, nos que têm idade  $\geq 36$  anos e têm conhecimentos suficientes e nos pais com 31-35 anos com bons conhecimentos (cf. tabela 28).

**Tabela 28 - Conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil e a idade**

Idade	$\leq 30$ anos		31-35 anos		$\geq 36$ anos		Total		Residuais		
	n	%	n	%	n	%	n	%	$\leq 30$	31-35	$\geq 36$
Nível de conhecimento	(41)	(100)	(32)	(100)	(41)	(100)	(114)	(100)			
Insuficiente	19	46,3	6	18,8	4	9,8	29	25,4	3,8		
Suficiente	16	39,0	9	28,1	25	61,0	50	43,9			3,2
Bom	6	31,7	17	53,1	12	29,0	35	30,7		2,8	
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>100</b>			

Analisando os conhecimentos sobre alimentação infantil em função da idade da criança, apuramos que mais pais de crianças em idade escolar apresentam conhecimentos suficientes ou bons (46,0% e 36,0%, respectivamente) e apenas 22,2% possui conhecimentos insuficientes. Por seu lado, nos pais de crianças em idade pré-escolar, 42,2% apresenta conhecimentos suficientes, 29,7% bons e 28,1% conhecimentos insuficientes. As diferenças não se revelaram estatisticamente significativas ( $\chi^2=0,556$ ;  $p=0,757$ ) (cf. tabela 29).

**Tabela 29** - Conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil em função da idade da criança

Idade	Pré-escolares		Escolares		Total		Residuais	
	n (64)	% (100)	n (50)	% (100)	n (114)	% (100)	Masc	Fem
Insuficiente	18	28,1	11	22,2	29	25,4	0,7	-0,7
Suficiente	27	42,2	23	46,0	50	43,9	-0,4	0,4
Bom	19	29,7	16	36,0	35	30,7	-0,3	0,3
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>100</b>		

Relacionando a escolaridade dos pais com os seus conhecimentos, verifica-se serem os pais com ensino superior a revelar em maior percentagem conhecimentos bons e suficientes (47,8%), enquanto apenas 4,3% apresenta nível insuficiente. Por outro lado, nos pais com nível básico de escolaridade, 38,1% apresenta conhecimentos insuficientes e suficientes e 23,8% bons conhecimentos. Nos pais com ensino secundário, 46,9% revelou conhecimentos suficientes e 28,6% bons conhecimentos. As diferenças apresentam significância estatística ( $\chi^2=10,110$ ;  $p=0,039$ ), que os resíduos ajustados localizam no grupo de pais com ensino básico e nível de conhecimento insuficiente (cf. tabela 30).

**Tabela 30** - Conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil e a escolaridade

Escolaridade	Básico		Secundário		Superior		Total		Residuais
	n (42)	% (100)	n (49)	% (100)	n (23)	% (100)	n (114)	% (100)	
Insuficiente	16	38,1	12	24,5	1	4,3	29	25,4	
Suficiente	16	38,1	23	46,9	11	47,8	50	43,9	2,4
Bom	10	23,8	14	28,6	11	47,8	35	30,7	
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>100</b>	

Observando os conhecimentos dos progenitores e a sua profissão, observa-se que 56,5% dos pais com profissão qualificada tem bom nível de conhecimentos, 39,1% suficientes e 4,3% conhecimentos insuficientes. Nos pais que se encontram no grupo dos técnicos, 58,3% tem conhecimentos suficientes, 33,3% bons conhecimentos e 4,3% fracos conhecimentos. Em relação aos não qualificados, 43,0% tem conhecimentos suficientes, 34,2% insuficientes e 22,8% bons conhecimentos.

Verificam-se diferenças estatísticas significativas entre os grupos ( $\chi^2=15,110$ ;  $p=0,004$ ) que os residuais ajustados localizam nos pais não qualificados com nível de conhecimentos insuficientes e nos qualificados com bons conhecimentos.

**Tabela 31** - Conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil e a profissão

Profissão	Qualificados		Técnicos		Não qualificados		Total		Residuais
	n (23)	% (100)	n (12)	% (100)	n (79)	% (100)	n (114)	% (100)	
Insuficiente	1	4,3	1	4,3	27	34,2	29	25,4	3,2
Suficiente	9	39,1	7	58,3	34	43,0	50	43,9	
Bom	13	56,5	4	33,3	18	22,8	35	30,7	3,0
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>79</b>	<b>100,0</b>	<b>114</b>	<b>100,0</b>	

Relativamente à residência e analisando a tabela 29, verifica-se que os conhecimentos suficientes e bons são mais prevalentes nos pais que residem na área urbana, com 58,6% e 31,0%, respetivamente, enquanto nos pais que residem na zona rural, 38,8% tem nível suficiente de conhecimentos, 36,6% bons conhecimentos e 30,6% fracos conhecimentos. As diferenças são estatisticamente significativas ( $\chi^2=5,417$ ;  $p=0,067$ ), localizando-se nos pais que residem na região rural e têm fracos conhecimentos, como se comprova pelos resíduos ajustados.

**Tabela 32** - Conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil e a residência

Residência	Urbano		Rural		Total		Residuais	
	n (29)	% (100)	n (85)	% (100)	n (114)	% (100)		
Insuficiente	3	10,3	26	30,6	29	25,4	-2,2	2,2
Suficiente	17	58,6	33	38,8	50	43,9	1,9	- 1,9
Bom	9	31,0	26	36,6	35	30,7	0,0	0,0
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>85</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>100</b>		

Os resultados expressos na tabela 33, referentes aos conhecimentos dos pais e o seu estado civil, indicam que 46,2% dos pais sem companheiro tem conhecimentos suficientes, 38,5% conhecimentos insuficientes e 15,4% bons conhecimentos. Nos pais com companheiro, 43,6% apresenta conhecimentos suficientes, 32,7% bons conhecimentos e 23,8% tem fracos conhecimentos.

Relativamente ao estado civil, não se verificam relações estatísticas significativas ( $\chi^2=2,117$ ;  $p=0,347$ ).

**Tabela 33** - Conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil e o estado civil

Estado civil	Sem companheiro		Com companheiro		Total		Residuais	
	n (13)	% (100)	n (101)	% (100)	n (114)	% (100)		
Insuficiente	5	38,5	24	23,8	29	25,4	1,1	-1,1
Suficiente	6	46,2	44	43,6	50	43,9	0,2	-0,2
Bom	2	15,4	33	32,7	35	30,7	-1,3	1,3
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>101</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>100</b>		

Na tabela 34, apresentam-se os resultados dos conhecimentos dos pais e o número de filhos. Verifica-se que o pai com dois filhos, 50,9% tem conhecimento suficiente, 36,4% bons conhecimentos e 12,7% conhecimentos insuficientes, enquanto os que têm um filho, 44,4% tem conhecimentos suficientes, 27,8% tem conhecimentos insuficientes e bons, respetivamente. Por último, nos progenitores com três ou mais filhos, 52,2% tem conhecimentos insuficientes, 26,1% conhecimentos suficientes e 21,7% tem bons conhecimentos.

As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas ( $\chi^2=13,592$ ;  $p=0,009$ ), os residuais ajustados localizam-se no grupo dos pais com conhecimento insuficiente e com  $\geq 3$  filhos.

**Tabela 34** - Conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil e o número de filhos

Número de filhos	Um filho		Dois filhos		$\geq 3$ filhos		Total		Residuais
	n (36)	% (100)	n (55)	% (100)	n (23)	% (100)	n (114)	% (100)	
Insuficiente	10	27,8	7	12,7	12	52,2	29	25,4	<b>3,3</b>
Suficiente	16	44,4	28	50,9	6	26,1	50	43,9	
Bom	10	27,8	20	36,4	5	21,7	35	30,7	
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>114</b>	<b>100</b>	

## 2.2 - Análise Inferencial

As análises estatísticas inferenciais vão além das análises descritivas, porque elas permitem aplicar à população total os resultados provenientes de uma amostra. Assim, dependendo das características da amostra, a estatística inferencial serve para generalizar os resultados de uma amostra de sujeitos, ao conjunto da população (Fortin et al., 2009).

No estudo realizado, procurámos analisar as relações entre as variáveis independentes (variáveis sociodemográficas dos pais e estado nutricional da criança) e a variável dependente, tentando dar resposta às questões de investigação previamente elaboradas.

**Q3 - Qual a influência das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, profissão, residência, escolaridade e número de filhos) no conhecimento dos pais sobre alimentação da criança?**

- **Sexo do progenitor**

No intuito de relacionar a influência das variáveis sociodemográficas com os conhecimentos dos pais, especificamente o sexo do progenitor, e após aplicação do teste *U Mann-Whitney*, concluímos que o sexo feminino apresenta ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões do QAI e no fator *global*, no entanto, sem diferenças estatísticas significativas.

**Tabela 35 - Teste de *U Mann-Whitney* entre conhecimento dos pais em função do sexo**

Fatores	Gênero	Masculino	Feminino	UMW	p
		Ordenação média	Ordenação média		
Alimentação e saúde		44,10	<b>58,79</b>	386,000	0,174
Regras alimentares		47,15	<b>58,50</b>	416,500	0,278
Variedade/diversidade no padrão alimentar		48,60	<b>58,36</b>	431,000	0,367
Crenças alimentares familiares		54,20	<b>57,82</b>	487,000	0,731
Fator global		43,50	<b>58,85</b>	380,000	0,160

- **Idade**

No intuito de relacionar os conhecimentos dos pais com os seus grupos etários e após aplicação do teste *ANOVA*, apuramos ser o grupo etário dos 31-35 anos a apresentar médias mais elevadas, ou seja, maiores conhecimentos sobre alimentação da criança, exceto no fator *variedade/diversidade no padrão alimentar*, onde a média mais elevada se localiza nos pais com idade  $\leq 30$ anos. A relação apresenta resultados estatisticamente significativos no fator *alimentação e saúde* ( $F=12,490$ ;  $p=0,000$ ), com uma variância explicada de 18,369%, no fator *regras alimentares* ( $F=3,942$ ;  $p=0,022$ ), com uma variância explicada de 6,631% e no fator *global*, ( $F=5,589$ ;  $p=0,005$ ), com uma variância explicada de 9,148%.

**Tabela 36 - Análise de variância a um fator entre os conhecimentos dos pais e a idade, *Anova***

Fatores	Grupos etários		≤30 anos		31-35 anos		≥ 36 anos		f	p	V.E. %
	Med	dp	Med	dp	Med	dp					
Alimentação e saúde	81,04	13,82	<b>92,18</b>	8,810	90,90	8,319	12,490	<b>0,000</b>	18,369		
Regras alimentares	87,61	11,39	<b>93,26</b>	6,406	92,12	8,852	3,942	<b>0,022</b>	6,631		
Variedade/diversidade no padrão alimentar	<b>64,30</b>	22,67	63,06	15,30	58,98	19,19	0,818	0,444	1,453		
Crenças alimentares familiares	60,70	13,85	<b>66,66</b>	14,66	62,87	14,61	1,562	0,214	2,736		
Fator global	75,92	9,780	<b>82,44</b>	8,060	80,22	7,57	5,589	<b>0,005</b>	9,148		

- **Escolaridade**

Para efetuarmos a análise entre a escolaridade e o conhecimento dos pais foi realizado o teste *Kruskal-Wallis*, verificando-se que os pais com ensino superior apresentam ordenações médias mais elevadas, exceto no fator *variedade/diversidade no padrão alimentar*, cuja média é mais elevada nos pais com ensino básico, com diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=15,348$ ;  $p=0,000$ ).

Nas restantes relações, encontram-se valores com significância estatística nos fatores *regras alimentares* ( $\chi^2=6,947$ ;  $p=0,031$ ) e no fator *global* ( $\chi^2=9,146$ ;  $p=0,010$ ).

O teste *Post Hoc* revela que, no fator *alimentação e saúde*, as diferenças localizam-se entre os pais com ensino básico e o superior ( $p=0,000$ ), e entre os pais com ensino básico e secundário ( $p=0,028$ ). Enquanto que, no fator *regras alimentares*, as diferenças se encontram no grupo dos pais com ensino básico e superior ( $p=0,046$ ) e nos pais com nível de ensino básico e secundário ( $p=0,086$ ).

Por último, no fator *global*, as diferenças são significativas no grupo dos pais com ensino básico e superior ( $p=0,008$ ).

**Tabela 37** - Teste de *Kruskal-Wallis* entre o conhecimento dos pais sobre alimentação infantil e a escolaridade

Fatores	Escolaridade			$\chi^2$	$p$
	Básico Ordenação média	Secundário Ordenação média	Superior Ordenação média		
Alimentação e saúde	43,77	60,53	<b>76,11</b>	15,348	<b>0,000</b>
Regras alimentares	47,63	61,53	<b>66,93</b>	6,947	<b>0,031</b>
Variedade/diversidade no padrão alimentar	<b>60,43</b>	54,41	58,74	0,809	0,667
Crenças alimentares familiares	53,64	57,04	<b>65,52</b>	2,089	0,352
Fator global	46,85	59,77	<b>72,13</b>	9,146	<b>0,010</b>

- **Residência**

No intuito de perceber a relação entre os conhecimentos dos pais e o local de residência, foi aplicado o teste de *U Mann-Whitney*. A análise da tabela 38 reporta que os pais que residem na zona urbana são os que têm ordenações médias mais elevadas em todos os fatores, exceto nas *crenças alimentares familiares* que se apresentam mais elevadas nos pais que residem na zona rural. No entanto, a relação entre o local de residência e os conhecimentos dos pais não revela significância estatística.

**Tabela 38** - Teste de *U Mann-Whitney* entre os fatores do QAI e a residência

Fatores	Residência	Urbano	Rural	UMW	p
		Ordenação média	Ordenação média		
Alimentação e saúde		<b>63,91</b>	55,31	1046,500	0,220
Regras alimentares		<b>66,03</b>	54,59	985,000	0,092
Variedade/diversidade no padrão alimentar		<b>59,21</b>	56,92	1183,000	0,745
Crenças alimentares familiares		54,07	<b>58,67</b>	1133,000	0,501
Fator global		<b>63,29</b>	55,52	1064,500	0,273

- **Estado civil**

Para observarmos a relação entre o conhecimento dos pais e o estado civil, foi aplicado o teste de *U Mann-Whitney* (cf. tabela 39). Os dados obtidos permitem verificar que os pais que vivem com companheiro apresentam ordenações médias mais elevadas nos fatores *variedade/diversidade no padrão alimentar* e *crenças alimentares familiares*. Os pais que vivem sem companheiro, apresentam ordenações médias mais elevadas nos fatores *alimentação e saúde*, *regras alimentares* e no fator *global*. No entanto, não se verifica significância estatística na relação entre o conhecimento dos pais e o estado civil.

**Tabela 39** - Teste de *U Mann-Whitney* entre os fatores do QAI e o estado civil

Fatores	Estado civil	Com companheiro	Sem companheiro	UMW	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Alimentação e saúde		46,58	<b>58,91</b>	514,500	0,200
Regras alimentares		47,58	<b>58,78</b>	527,500	0,229
Variedade/diversidade no padrão alimentar		<b>60,96</b>	57,05	611,500	0,685
Crenças alimentares familiares		<b>61,12</b>	57,03	609,500	0,663
Fator global		48,77	<b>58,62</b>	543,000	0,310

- **Profissão**

Para efetuarmos a análise entre a profissão e o conhecimento dos pais, foi realizado o teste *Kruskal-Wallis*, verificando-se que os pais com profissões qualificadas apresentam ordenações médias mais elevadas, exceto no fator *alimentação e saúde*, cuja média é mais elevada nos pais com profissões técnicas, com diferenças estatisticamente significativas ( $X^2= 20,215$ ;  $p=0,000$ ).

Nas restantes relações encontram-se relações com significância estatística nos fatores *regras alimentares* ( $\chi^2=14,580$ ,  $p=0,001$ ), *crenças alimentares familiares* ( $\chi^2=10,047$ ;  $p=0,007$ ) e no fator *global* ( $\chi^2=13,369$ ,  $p=0,001$ ).

O teste *Post Hoc* revela que no fator *alimentação e saúde* as diferenças localizam-se entre os pais qualificados/intelectuais e os pais não qualificados ( $p=0,001$ ) e entre os técnicos e os não qualificados ( $p=0,000$ ). Enquanto que, no fator *regras alimentares*, as

diferenças se encontram no grupo dos pais qualificados/intelectuais e técnicos ( $p=0,007$ ) e nos não qualificados ( $p=0,001$ ).

Posteriormente, no fator *crenças alimentares familiares*, as diferenças são significativas no grupo dos pais qualificados/intelectuais e os não qualificados ( $p=0,006$ ). Por último, no fator *global*, verificam-se diferenças nos grupos dos progenitores qualificados/intelectuais e não qualificados.

**Tabela 40** - Teste de *Kruskal-Wallis* entre o conhecimento dos pais sobre alimentação infantil e a profissão

Fatores	Profissão	Qualificados/ intelectuais	Técnicos	Não qualificados	$\chi^2$	$p$
		Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
Alimentação e saúde		74,04	<b>84,71</b>	48,55	20,215	<b>0,000</b>
Regras alimentares		<b>79,72</b>	47,00	52,63	14,580	<b>0,001</b>
Variedade/diversidade no padrão alimentar		<b>60,30</b>	56,42	56,85	0,214	0,899
Crenças alimentares familiares		<b>76,13</b>	49,25	53,33	10,047	<b>0,006</b>
Fator global		<b>78,33</b>	64,38	50,39	13,369	<b>0,001</b>

Face aos resultados obtidos e respondendo à questão colocada, podemos inferir que das variáveis sociodemográficas familiares a idade e a profissão dos pais influencia o seu conhecimento sobre alimentação infantil.

#### **Q4 - Qual a relação entre o estado nutricional da criança e o conhecimento dos pais sobre alimentação?**

- **Estado nutricional da criança**

Para estudarmos a relação entre o estado nutricional da criança e o conhecimento dos pais sobre alimentação infantil, foi efetuado o teste de *Kruskal-Wallis*. O teste evidencia que os pais das crianças com peso normal apresentam ordenações médias mais elevadas em todos os fatores, ou seja, melhores conhecimentos sobre alimentação, porém, apenas com significância estatística no fator *variedade/diversidade no padrão alimentar* ( $\chi^2=12,129$ ;  $p=0,007$ ).

O teste *Post Hoc* localiza as diferenças entre os percentis de IMC peso normal e obesidade ( $p=0,020$ ).

**Tabela 41** - Teste de *Kruskal-Wallis* entre os fatores do QAI e o percentil IMC

Fatores	Percentil IMC	Baixo Peso	Peso Normal	Excesso peso	Obesidade	$\chi^2$	<i>p</i>
		Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
Alimentação e saúde		49,03	<b>62,40</b>	48,26	<b>56,03</b>	4,088	0,252
Regras alimentares		58,70	<b>59,64</b>	49,87	56,70	1,438	0,697
Variedade/diversidade no padrão alimentar		44,97	<b>66,39</b>	50,82	39,97	12,129	<b>0,007</b>
Crenças alimentares familiares		54,90	<b>60,05</b>	53,61	54,00	0,982	0,806
Fator global		48,90	<b>64,62</b>	46,13	49,67	7,153	0,067

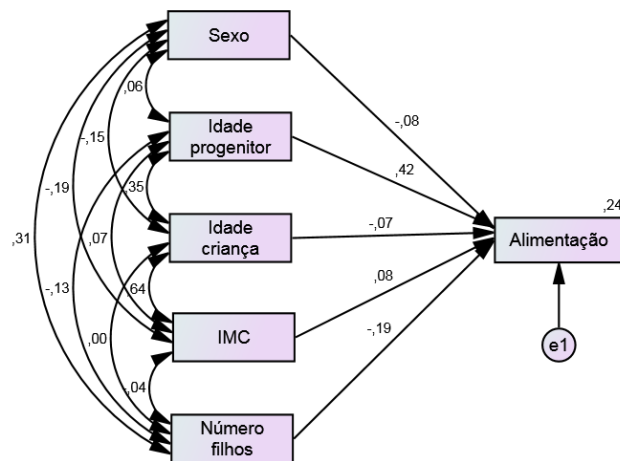
Para melhor entender a relação entre as variáveis e o conhecimento dos pais sobre alimentação infantil, foram feitas regressões lineares múltiplas. Procuramos saber que variáveis são preditoras dos conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil. Como variáveis manifestas incluímos o sexo, idade dos progenitores, idade da criança, IMC e número de filhos.

A tabela 42 apresenta as trajetórias, as estatísticas do teste *Z* (rácios críticos – CR) e os coeficientes estandardizados correspondentes ao modelo para o fator *alimentação e saúde* do QAI. Com a representação gráfica são apresentados os coeficientes de regressão estandardizados entre as variáveis independentes (manifestas), as variáveis latentes dos fatores do QAI e o peso preditivo de cada uma destas. Verifica-se que a variável idade do progenitor é a que possui maior poder preditivo ( $\beta=.420$ ), seguida do número de filhos ( $\beta=-,191$ ), do IMC ( $\beta=-,082$ ), do sexo ( $\beta=-,078$ ) e, por último, a que possui menor valor preditivo é a variável idade da criança ( $\beta=-,007$ ). Pela análise dos rácios críticos, verifica-se significância estatística entre o fator *alimentação e saúde* e o número de filhos ( $p=.030$ ) e a idade dos progenitores.

**Tabela 42** - Trajetórias estandardizadas, rácios críticos e VIF das variáveis com o fator *alimentação e saúde*

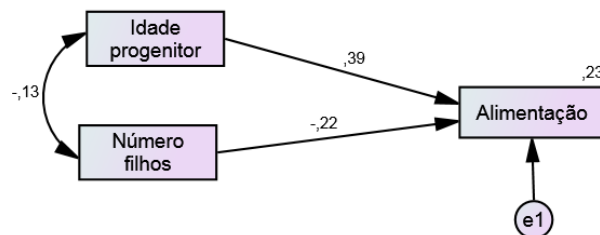
Trajetórias		Estimativa	S.E.	C.R.	<i>p</i>	Beta ( $\beta$ )
Alimentação e saúde	<--- sexo	-3,235	3,696	-,875	,381	-,078
Alimentação e saúde	<--- Idade progenitor	,811	,177	4,586	***	,420
Alimentação e saúde	<--- Idade criança	-,402	,711	-,565	,572	-,066
Alimentação e saúde	<--- IMC	,386	,517	,746	,456	,082
Alimentação e saúde	<--- Número filhos	-2,442	1,127	-2,167	<b>,030</b>	-,191

A figura 2 apresenta o modelo com as estatísticas estandardizadas dos coeficientes de regressão do fator *alimentação e saúde*. Perante o modelo, observa-se que a variável idade do progenitor é a que possui maior poder preditivo ( $\beta=.420$ ) e a variável idade da criança ( $\beta=-,007$ ) possui menor valor preditivo. O modelo explica cerca de 24% da variância observada entre o fator *alimentação e saúde* e as variáveis.



**Figura 2 -** Modelo de regressão linear múltipla entre as variáveis e o fator *alimentação e saúde*

O *output* gráfico do modelo final ajustado, com os coeficientes estandarizados que a figura 3 representa, mostra que, neste modelo, o coeficiente de regressão da idade do progenitor é de ( $\beta$  idade do progenitor=0,39) e do número de filhos é de ( $\beta$  número de filhos=-,22). O modelo explica cerca de 23% da variação observada no fator *alimentação e saúde* nas duas variáveis. Por seu lado, o valor de  $r$  entre a idade do progenitor e o número de filhos é de ( $r=-,13$ ) com percentagens de variância explicada para a idade do progenitor de 39% e de -22% no caso do número de filhos. Em suma, inferimos que os progenitores com menos filhos e mais velhos são os que possuem melhores conhecimentos sobre alimentação infantil.



**Figura 3 -** Modelo final ajustado da trajetória das variáveis e o fator *alimentação e saúde* do QAI

## Regras Alimentares

A tabela 43 apresenta as trajetórias, as estatísticas do *teste Z* (rácios críticos – CR) e os coeficientes estandarizados correspondentes ao modelo para o fator *regras alimentares* do QAI. A variável idade do progenitor é a que possui maior poder preditivo ( $\beta=,420$ ), seguida do número de filhos ( $\beta=-,191$ ), do IMC ( $\beta=,082$ ), do sexo ( $\beta=,078$ ) e, por último, a que possui menor valor preditivo é a variável idade da criança ( $\beta=,007$ ).

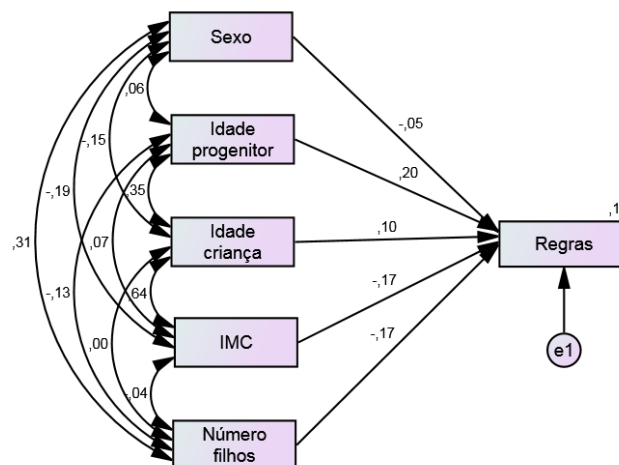
Notamos que, as trajetórias *regras alimentares* → idade do progenitor ( $p=0,046$ ) apresenta significância estatística e *regras alimentares* → número de filhos ( $p=0,076$ ) significância estatística marginal.

**Tabela 43** - Trajetórias estandarizadas, raios críticos e VIF das variáveis com o fator *regras alimentares*

Trajetórias		Estimativa	S.E.	C.R.	p	Beta ( $\beta$ )
Regras alimentares	<--- sexo	-1,825	3,237	-,564	,573	-,078
Regras alimentares	<--- Idade progenitor	,309	,155	1,997	<b>,046</b>	,420
Regras alimentares	<--- Idade criança	,502	,623	,806	,421	-,066
Regras alimentares	<--- IMC	-,664	,453	-1,467	,142	,082
Regras alimentares	<--- Número filhos	-1,753	,987	-1,777	<b>,076</b>	-,191

Na representação gráfica são apresentados os coeficientes de regressão estandarizados entre as variáveis (manifestas) e as variáveis latentes do fator do QAI *regras alimentares* e o peso preditivo de cada uma destas. Afere-se, como referido anteriormente que a variável idade do progenitor é a que possui maior poder preditivo ( $\beta=0,20$ ) e o sexo é a que possui menor valor preditivo ( $\beta=-,05$ )

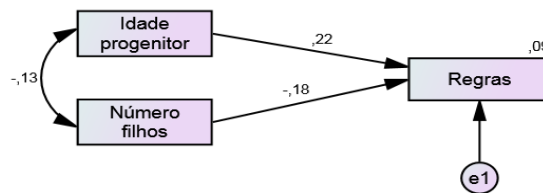
O modelo explica cerca de 11% da variância observada entre o fator *regras alimentares* e as variáveis.



**Figura 4** - Modelo de regressão linear múltipla entre as variáveis e o fator *regras alimentares* do QAI

Face ao exposto, decidimos refinar o modelo incluindo apenas as variáveis predictoras e o fator *regras alimentares*. Assim, apuramos que as únicas variáveis a entrar no modelo são a idade do progenitor ( $\beta$  idade do progenitor=0,22) e o número de filhos ( $\beta$  número de filhos=-,18). O modelo explica cerca de 9% da variação observada no fator *regras alimentares* nas duas variáveis. Por seu lado, o valor de r entre a idade do progenitor e o número de filhos é de ( $r=-,13$ ). A variância explicada para a idade do progenitor de 22%

e de -18% no caso do número de filhos variando esta em sentido inverso. Afere-se assim que, os progenitores com maior idade e com menor número de filhos impõe melhores regras alimentares aos seus filhos.



**Figura 5** - Modelo final ajustado da trajetória das variáveis predictoras e o fator *regras alimentares*

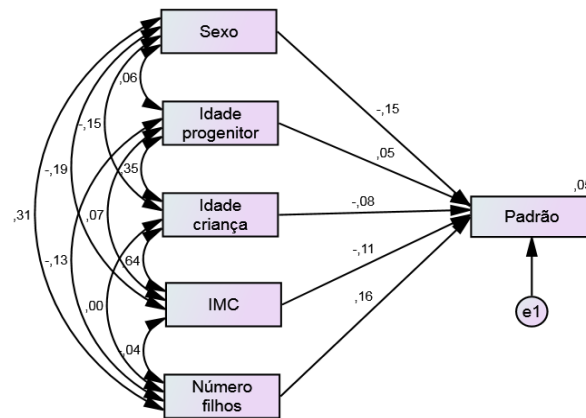
### Variedade/diversidade no padrão alimentar

A tabela 44 e figura 6 apresentam os rácios críticos e os coeficientes estandardizados das trajetórias do fator *variedade/diversidade no padrão alimentar*. Notamos que nenhuma variável apresenta significância estatística revelando assim, que nenhuma variável é preditora da variedade/diversidade no padrão alimentar.

**Tabela 44** - Trajetórias estandardizadas, rácios críticos e VIF das variáveis com o fator *variedade/diversidade no padrão alimentar*

Trajetoórias		Estimativa	S.E.	C.R.	p	Beta
Padrão alimentar	<--- sexo	-10,021	6,842	-1,465	,143	-,146
Padrão alimentar	<--- Idade progenitor	,145	,327	,443	,658	,045
Padrão alimentar	<--- Idade da criança	-,810	1,317	-,615	,539	-,080
Padrão alimentar	<--- IMC	-,856	,958	-,894	,371	-,110
Padrão alimentar	<--- Número de filhos	3,306	2,085	1,586	,113	,156

Na representação gráfica são apresentados os coeficientes de regressão estandardizados entre as variáveis (manifestas) e as variáveis latentes do fator do QAI *variedade/diversidade no padrão alimentar* e o peso preditivo de cada uma destas. O modelo explica cerca de 5% da variância observada entre o fator *variedade/diversidade no padrão alimentar* e as variáveis. A variável com maior percentagem e variância explicada é o número de filhos que varia em sentido direto, seguida do sexo (variável muda) que varia em sentido inverso o que permite afirmar que o sexo feminino possui melhor padrão alimentar. Salienta-se, também o coeficiente obtido pelo IMC que varia em sentido inverso revelando que as crianças com menor IMC possuem melhor padrão alimentar.



**Figura 6** - Modelo de regressão linear múltipla entre as variáveis e o fator *variedade/diversidade no padrão alimentar* do QAI

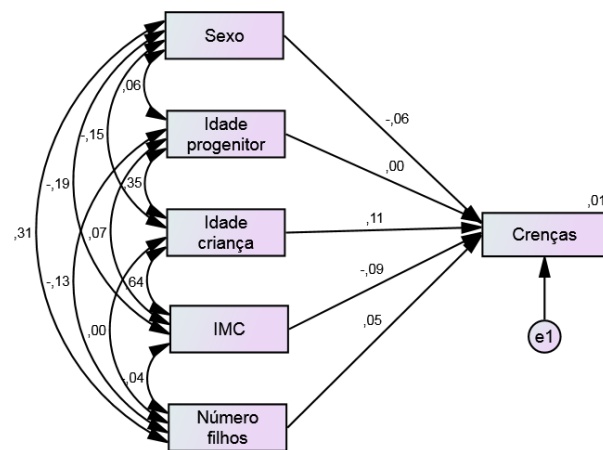
### Crenças alimentares familiares

A tabela 45 e figura 7 apresentam as trajetórias, as estatísticas do teste *Z* e os coeficientes estandardizados correspondentes ao modelo para o fator *crenças alimentares familiares*, que como se verifica, não apresentaram significância estatística. Por outras palavras, nenhuma variável manifesta se apresenta como preditora das crenças alimentares familiares.

**Tabela 45** - Trajetórias estandardizadas, rácios críticos e VIF das variáveis com o fator *crenças alimentares familiares*

Trajétórias		Estimativa	S.E.	C.R.	<i>p</i>	Beta
Crenças alimentares	<--- sexo	-3,086	5,148	-,599	,549	-,061
Crenças alimentares	<--- Idade do progenitor	,011	,246	,046	,963	,005
Crenças alimentares	<--- Idade da criança	,830	,991	,837	,403	,111
Crenças alimentares	<--- IMC	-,531	,720	-,737	,461	-,092
Crenças alimentares	<--- Número de filhos	,756	1,569	,482	,630	,048

Na representação gráfica são apresentados os coeficientes de regressão estandardizados entre as variáveis (manifestas) e a variável latente *crenças alimentares familiares* e o peso preditivo de cada uma delas. O modelo indica que as variáveis no seu conjunto explicam 1% da variação observada no fator *crenças alimentares familiares* ( $R^2 = 0.01$ ), sendo a variável que apresenta maior peso preditivo a idade da criança que varia em sentido direto, isto é, crianças com menor idade apresentam melhores crenças alimentares.



**Figura 7** - Modelo de regressão linear múltipla entre as variáveis e o fator *crenças alimentares familiares* do QAI

### Fator global

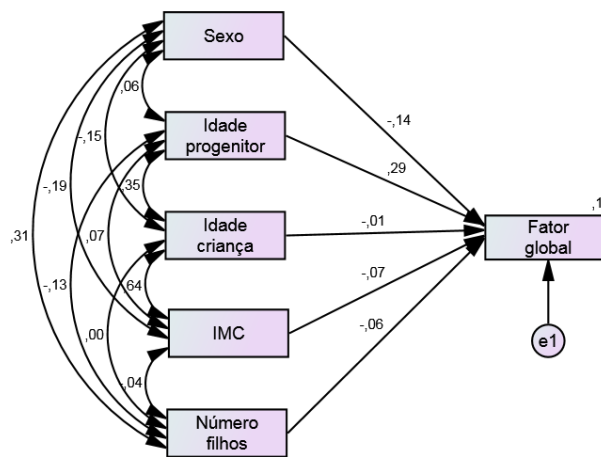
Relativamente ao fator *global*, verificamos na tabela 46 as trajetórias, as estatísticas do teste Z (rácios críticos – CR) e os coeficientes estandardizados correspondentes ao modelo para o fator *global*. Notamos que, somente a trajetória idade do progenitor apresenta significância estatística ( $p=0,003$ ) constituindo-se esta como preditora.

**Tabela 46** - Trajetórias estandardizadas, rácios críticos e VIF das variáveis com o fator *global*

Trajetoárias		Estimativa	S.E.	C.R.	$p$	Beta
Fator global	<--- sexo	-4,235	3,015	-1,404	,160	-,135
Fator global	<--- Idade do progenitor	,428	,144	2,969	,003	,294
Fator global	<--- Idade da criança	-,068	,580	-,118	,906	-,015
Fator global	<--- IMC	-,261	,422	-,618	,536	-,073
Fator global	<--- Número de filhos	-,606	,919	-,659	,510	-,063

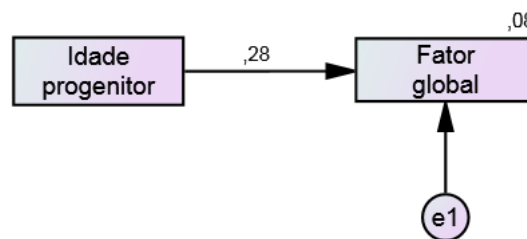
Na representação gráfica são apresentados os coeficientes de regressão estandardizados entre as variáveis (manifestas) e as variáveis latentes do fator do QAI fator *global* e o peso preditivo de cada uma destas. A variável idade do progenitor é a que possui maior poder preditivo ( $\beta=0,29$ ) e a idade da criança é a que possui menor valor preditivo ( $\beta=-,01$ ).

O modelo explica cerca de 11% da variância observada entre o fator *global* e as variáveis.



**Figura 8** - Modelo de regressão linear múltipla entre as variáveis e o *fator global* do QAI

Refinamos o modelo incluindo apenas a variável idade do progenitor e verifica-se que esta apresenta um coeficiente de ( $\beta$  idade do progenitor=0,28) que varia em sentido direto. O modelo explica cerca de 8% da variação observada no fator *global* na variável. Face ao exposto, aferimos que os progenitores mais velhos são os que possuem melhores conhecimentos sobre alimentação infantil.



**Figura 9** - Modelo final ajustado da trajetória das variáveis preditoras e o fator *global*

### Análise de regressão multivariada

Efetuamos com as variáveis manifestas que se apresentaram como preditoras e respetivas variáveis latentes uma regressão multivariada. Pela tabela 47 e figura 10, denota-se que todas as trajetórias apresentam significância estatística.

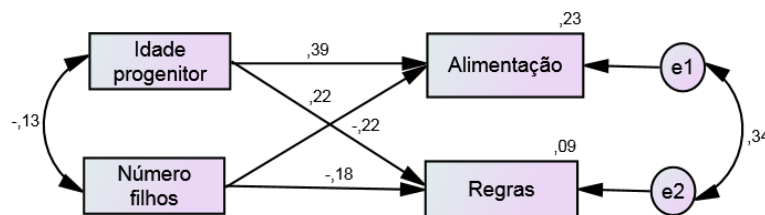
**Tabela 47** - Trajetórias, rácios críticos e coeficientes de regressão dos fatores do QAI

Trajetórias			Estimativa	S.E.	C.R.	p	Beta ( $\beta$ )
Regras alimentares	<---	Número de filhos	-,238	,122	-1,951	,051	-,177
Alimentação e saúde	<---	Número de filhos	-2,833	1,067	-2,657	,008	-,222
Alimentação e saúde	<---	Idade do progenitor	,762	,161	4,732	***	,395
Regras alimentares	<---	Idade do progenitor	,044	,018	2,389	,017	,216

Com a representação gráfica são apresentados os coeficientes de regressão das variáveis manifestas para as variáveis latentes e o peso preditivo de cada uma. Para o fator *alimentação e saúde*, o coeficiente de regressão ou de trajetória é de ( $\beta$  idade do progenitor=0,39) e do número de filhos é de ( $\beta$  número de filhos=-0,22), variando a primeira em sentido direto e a segunda em sentido inverso, o que permite afirmar que os pais mais velhos e com menor número de filhos possuem mais conhecimentos sobre alimentação em saúde. O modelo explica 23% da variância observada no fator *alimentação e saúde*.

Em relação ao fator *regras alimentares*, verificamos que o coeficiente de regressão ou trajetória é de ( $\beta$  idade do progenitor=0,22), apresentando uma relação positiva e o número de filhos é de ( $\beta$  número de filhos=-0,18) com uma relação negativa significando que os progenitores mais velhos e com menor número de filhos têm mais conhecimentos sobre regras alimentares.

O modelo explica cerca de 9% da variância observada no fator *regras alimentares* e 23% da alimentação e saúde.



**Figura 10** - Modelo de regressão múltipla multivariada com os fatores *alimentação e saúde* e *regras alimentares familiares* e as variáveis preditoras

### 3 - Discussão

A interpretação e discussão dos resultados refere-se ao processo de compreensão e de exposição dos mesmos, incluindo os achados positivos e negativos que tenham algum significado (Pocinho, 2012).

Assim, neste capítulo serão discutidas mas só as opções metodológicas, mas também os resultados decorrentes do estudo empírico que mais se evidenciaram, assim como proceder à discussão dos resultados obtidos face às questões de investigação colocadas que serão comparados com outros estudos realizados dentro desta temática.

#### 3.1 - Discussão metodológica

A discussão metodológica visa refletir sobre as opções tomadas ao longo desta investigação e tomar consciência das limitações de um estudo desta natureza.

O percurso metodológico seguido na concretização da presente investigação foi delineado em função dos objetivos definidos e do tempo de realização, dado tratar-se de uma investigação académica, logo dependente de um perfil temporário. Apesar da garantia da qualidade das linhas orientadoras, acreditamos subsistirem algumas limitações metodológicas que gostaríamos de sublinhar, já que estas poderão ser tomadas em conta em investigações futuras.

A principal limitação prende-se com a natureza da sua amostra pois o seu carácter não probabilístico levanta questões relativas à sua representatividade e implica parcimónia na análise dos dados. Contudo, considerando a população-alvo (n= 202 crianças e respetivos pais) e o tamanho amostral (n= 114 crianças e pais), podemos considerar que este é um grupo simbólico das crianças em idade pré-escolar e escolar do Concelho em estudo e respetivos pais.

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

No que respeita à opção pelo questionário enquanto método de recolha de informação consideramos que, apesar da facilidade da utilização desta técnica, outras metodologias poderiam fornecer uma informação mais detalhada sobre o conhecimento dos pais no âmbito da alimentação infantil. Utilizar *Focus Group* ou outras metodologias

qualitativas, decerto complementar a informação e aquilo que os pais de facto fazem no momento da refeição.

Por último, importa destacar que, apesar de identificadas algumas limitações de natureza metodológica, as decisões tomadas permitiram identificar os conhecimentos dos pais no que respeita à alimentação das suas crianças bem como analisar o impacto das variáveis sociodemográficas nesses conhecimentos.

### 3.2 - Discussão dos resultados

Na presente investigação, foi possível realizar um perfil sociodemográfico da amostra, com base na análise dos dados.

A nossa amostra foi constituída por um total de 114 pais e crianças, utilizadores de uma UCSP e de um Agrupamento de Escolas do Norte do país, num total de 56,4% da população-alvo.

Aos pais foi entregue um questionário ao qual responderam de forma voluntária e anónima, dando autorização prévia, e as crianças foram avaliadas para classificação do seu estado nutricional.

O questionário foi respondido, maioritariamente pelas mães das crianças num total de 103 (90,4%) e apenas por 11 (9,6%) pais. O que indica que, apesar da transformação social da nossa sociedade, continuam a ser as mães quem mais participam na educação das crianças e nas atividades integradas em contexto escolar e de saúde.

No que diz respeito ao grupo etário, a idade das mães variou entre um mínimo de 20 e um máximo de 56 anos, com uma Média de 34,40 anos. Considerando a idade das crianças estudadas, a idade dos pais vai ao encontro das estatísticas nacionais em 2014 em que, segundo o INE, a idade média da mulher ao nascimento do primeiro filho era de 30,0 anos e a idade média da mulher ao nascimento de um filho era de 31,5 anos, mantendo-se a tendência de adiamento da maternidade (Pordata, 2015a; 2015b).

A idade dos pais variou entre um mínimo de 26 anos e um máximo de 48 anos, com uma Média= 35, 60.

Relativamente à profissão, a maioria dos pais (69,3%) exercia uma profissão pertencente ao grupo 9 (trabalhadores não qualificados), 11,4% ao grupo 2 (especialistas nas atividades intelectuais e científicas) e 7,9% ao grupo 3 (técnicos e profissões de nível intermédio). Estes dados enquadram-se na realidade de uma zona do interior norte do país,

onde persistem assimetrias na oportunidade de emprego comparativamente às regiões do litoral, sobretudo a nível do desenvolvimento de serviços e de alguns setores da economia.

Ao analisarmos a escolaridade dos progenitores, esta foi dividida em três categorias: básico, secundário e superior. Os resultados indicam que 47,1% tinha o ensino secundário, 35,6% ensino básico e 17,3% das mães tinha o nível académico superior. Em relação aos pais, 50,0% tinha ensino básico e ensino superior, respetivamente. Estes valores não vão ao encontro dos que se verificam a nível nacional em 2015, pois 59,5% tem escolaridade até ao 9º ano, 21,1% ensino secundário e 14,3% ensino superior (Pordata, 2015c; 2015d).

Em Portugal, no ano de 2015 e relativamente ao sexo feminino, os dados divulgados apresentavam uma tendência oposta à realidade da nossa amostra feminina, com a maioria a apresentar o ensino básico (50,3%), seguido das mulheres com ensino secundário (18,9%) e com ensino superior (19,6%) (Pordata, 2015c; 2015d).

Relativamente ao local de residência, verificou-se que 100% dos progenitores masculinos residem na área urbana, enquanto 72,1% das mães reside na área urbana e 27,9% na área rural.

Em relação ao estado civil, 90% dos homens viviam com companheira, enquanto, 88,5% das mães viviam com companheiro e 11,5% sem companheiro.

No que concerne ao número de filhos, os pais da amostra tinham no mínimo 1 filho e no máximo 5, com uma média de 1,98; valores ligeiramente mais elevados que o índice sintético de fecundidade nacional<sup>5</sup> (2014) onde se revelava a existência de 1,23 filhos, por casal (Pordata, 2015e).

Ao analisarmos a idade das crianças, verificou-se o valor mínimo de 3 anos e o máximo de 9 anos, a que corresponde uma média de 5,53.

Os meninos apresentavam uma média de idade de 5,45 anos e as meninas uma média de 5,59 anos;

De acordo com o sexo, as meninas (57,4%) enquadram-se na idade pré-escolar e 42,6% na idade escolar. Em relação aos meninos, 54,7% faz parte do grupo pré-escolar e 45,3% do grupo escolar. Verificamos que não existia diferença significativa entre a distribuição dos sexos ( $\chi^2=0,081$ ;  $p=0,775$ ).

Após avaliação do estado nutricional das crianças, este foi classificado através do percentil de IMC, segundo as curvas de referência do NCHS (CDC, 2000), concluindo-se que para o global da amostra, 57,0% das crianças eram normoponderais, 16,7% tinha pré-

---

<sup>5</sup> Número médio de crianças nascidas por cada mulher em idade fértil, ou seja, entre os 15 e os 49 anos de idade (Pordata, 2016. <http://www.pordata.pt/Glossário>)

obesidade, 13,2% obesidade (29,9% excesso de peso) e 13,2% estava em situação de baixo peso.

Analisando o estado nutricional das crianças por grupo etário, apurou-se que 60,9% das crianças em idade pré-escolar eram normoponderais, com uma prevalência de excesso de peso de 17,2% (9,4% obesidade e 7,8% pré-obesidade) e 21,9% de baixo peso. Resultados que, numa análise imediata, contrariam os estudos de investigação realizados no nosso país nesta faixa etária, cujos resultados parecem apontar para percentagens de excesso de peso mais elevadas. Destaque, neste particular, para Lourenço, Santos e Carmo (2014) que verificaram, no seu estudo realizado no concelho de Sintra, que 30,6% tinha excesso de peso (13,6% pré-obesidade e 17,0% obesidade). Também Costa (2012) apurou, no seu estudo, realizado na região Dão Lafões, que 31,3% das crianças tinha excesso de peso (18,9% pré-obesidade e 12,4% obesidade). Por seu lado, Duarte (2008), no seu estudo efetuado na região da Beira Interior, encontrou uma prevalência de 27,7% de crianças com excesso de peso (15,66% pré-obesidade e 12,06%).

No estudo realizado, o baixo peso apresentou valores superiores aos divulgados noutros estudos. Segundo o estudo COSI (Rito & Graça, 2015), a prevalência do baixo peso começou em 1% em 2008 e regrediu para 0,8% em 2010 e, em 2013, subiu para 2,7%. Se atentarmos no estudo COSI (Rito & Graça, 2015), e pese embora aponte a região centro como a que apresentou maior prevalência de baixo peso (5,0%), excesso de peso (38,0%) e obesidade infantil (17,8%), importa explicar que, no caso concreto do nosso estudo, o mesmo aponta para uma prevalência de baixo peso nas crianças, facto que poderá ser explicado com a situação socioeconómica das famílias, que terão sentido os efeitos das mutações verificadas na sociedade portuguesa nos últimos anos, fruto de situações de instabilidade social e económica nas famílias.

No grupo das crianças em idade escolar, 52,0% tinham peso normal, 46,0% excesso de peso (28,0% pré-obesidade e 18,0% obesidade) e 2,0% baixo peso. Encontrámos percentagens superiores aos estudos nacionais realizados nesta faixa etária, o que pode, de alguma forma, revelar as diferenças associadas às diversas regiões do país, tal como aponta o estudo COSI (Rito & Graça, 2015). Segundo esta investigação, a região centro é a região do país com valores superiores de peso, estatura e IMC, sendo as diferenças face às restantes regiões, estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ). Por outro lado, o facto de a nossa amostra incidir em apenas 50 crianças das 134 em idade escolar, poderá justificar os valores encontrados. Outra justificação possível para a elevada prevalência do excesso de peso no grupo etário escolar poderá estar associada ao contacto diário das crianças com os avós, com quem coabitam ou residem em proximidade. São efetivamente os avós a segunda família destas crianças, assumindo em diversos momentos o papel dos pais, mas

não reconhecendo, de forma imediata, alterações de excesso de peso, ou outras alterações fisiológicas na criança, bem como não valorizando possíveis complicações associadas, persistindo em alguns a percepção de que o excesso de peso está associado ao bem-estar económico e social. Este facto é comprovável com alguns estudos que têm demonstrado que as crianças que convivem com os avós apresentam valores de prevalência de obesidade superiores, comparativamente com as que não convivem. Um estudo realizado no Reino Unido demonstrou que crianças cujos avós participavam ativamente na sua educação apresentavam um risco de 34% superior de desenvolver pré-obesidade (Pearce et al., 2010).

Há ainda estudos que apontam outra justificação, referindo que as constantes alterações nos padrões familiares, associadas à condição laboral das mães, determinam um maior número de horas fora de casa, logo predispõem para um menor tempo para a educação dos filhos, sugerindo uma responsabilidade, ainda que parcial para o crescente aumento da prevalência da obesidade nas crianças (Hawkins, Cole, Law & The Millennium Cohort Study Child Health Group, 2008).

Como tem sido largamente divulgado, Portugal ocupa uma das posições mais desfavoráveis no cenário europeu relativamente ao excesso de peso na população infanto-juvenil. Facto, aliás, evidenciado por diversos estudos nacionais realizados e divulgados, quer no país quer a nível internacional. Como referido, os dados obtidos no nosso estudo com crianças em idade escolar diferem de outros estudos realizados em Portugal. Facto que, parece refletir a diferente realidade neste âmbito, face às regiões, concelhos e espaços geográficos que, ainda que próximos, são distintos entre si. Santos (2010), apurou no estudo, realizado na região do nordeste transmontano, que 18,9% de crianças tinham pré-obesidade e 15,3% obesidade. Verificou ainda, que os concelhos com maior prevalência de excesso de peso foram Carrazeda de Ansiães (42,9%) e Vimioso (39,5%), sendo o concelho de Freixo de Espada à Cinta aquele que apresentou maior índice de obesidade (26,3%). Também Padez et al. (2004), no estudo que realizaram com crianças entre os 7 e os 9 anos, concluíram que a prevalência de excesso de peso e de obesidade era de 31,6%, sendo que 20,3% das crianças tinha excesso de peso e 11,3% tinha obesidade. Na terceira fase do estudo COSI Portugal 2012/2013, onde foram obtidos dados de sete regiões do país, no total de 5 935 crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 8 anos, os resultados demonstraram a prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) de 31,6%, correspondendo a 17,7% de pré-obesidade e 13,9% de obesidade infantil (Rito & Graça, 2015).

Na nossa amostra, concluímos que a maior percentagem de excesso de peso estava presente nas crianças em idade escolar (46,0%). Verificou-se, ainda, que as meninas

apresentavam maior percentagem de obesidade (18,0%), comparativamente aos meninos (7,5%). Da mesma forma, nos estudos efetuados por Costa (2012) e Duarte (2008), as autoras obtiveram resultados em que a prevalência de excesso de peso era superior nas meninas.

O estudo COSI, demonstra que Portugal continua a ser um dos países que apresenta maior prevalência de excesso de peso e de obesidade, apesar da diminuição de 35,7% (incluindo 14,7% de obesidade) em 2010, para 31,6% (13,9% obesidade) em 2013. Já a prevalência do baixo peso começou em 1% em 2008, regrediu para 0,8% em 2010 e, em 2013, subiu para 2,7% (Rito & Graça, 2015). O estudo revela algumas assimetrias nos vários distritos, e em 2013, salientava que a região Centro apresentou os piores indicadores, com uma prevalência de obesidade de 38%. Outro facto, é o de neste último estudo, as raparigas terem piores indicadores, o que no passado cabia aos rapazes.

Em Portugal, tal como em outros países do sul da Europa, como Itália, Grécia e Espanha, este problema de saúde evidencia uma prevalência de excesso de peso de 23,6% nas crianças portuguesas dos 3 aos 6 anos e nas crianças entre os 7-9 anos que já ultrapassa os 30,0%. Estes resultados mostram que esta conjuntura começa cedo, agravando com a idade (Rito & Breda, 2006). Assim sendo, os resultados do presente estudo evidenciam que as crianças entre os 6-9 anos apresentam significativamente valores mais elevados de IMC, ou seja, o problema do excesso de peso acentua-se com a idade, o que não deixa de ser preocupante pelo risco de obesidade futura.

A análise do questionário de *Conhecimento dos pais sobre Alimentação Infantil (QAI)* foi iniciada pelo estudo psicométrico do instrumento que revelou boa consistência interna, com um Alfa de Cronbach global de 0,718, mas inferior ao encontrado pela autora original no estudo exploratório (Alpha de Cronbach=0,942) e no Teste re-teste=0,977) (Costa, 2012). A análise do questionário possibilitou determinar o conhecimento dos pais em estudo sobre a alimentação das crianças.

Assim, e para o global da amostra de pais, apurou-se que 43,9% tinha conhecimentos suficientes, 30,7% bons conhecimentos e 25,4% apresentava conhecimentos insuficientes.

Por sexos, apurou-se que mais mães tinham conhecimentos suficientes (44,2%) e bons (31,7%), enquanto os pais (40,0%) tinham conhecimentos suficientes e insuficientes e bons conhecimentos (20,0%). Porém, a diferença entre os progenitores não se revelou significativa.

No estudo de Costa (2012), realizado na região centro de Portugal numa amostra de 792 crianças pré-escolares e tendo em conta o fator global do QAI, verificou que a maioria,

51,9% apresentavam bons conhecimentos, sobretudo as mães (52,4%), enquanto 33,3% dos pais revelaram conhecimentos insuficientes, igualmente sem significância estatística.

O estudo das razões que baseiam as decisões dos pais na alimentação da família são complexas e com certeza multifatoriais, onde as características sociodemográficas podem ser determinantes. Foi com base neste pressuposto que formulámos uma questão de investigação onde pretendíamos estudar a influência das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, profissão, estado civil, residência e número de filhos) nos conhecimentos dos pais.

### **Qual a influência das variáveis sociodemográficas no conhecimento dos pais sobre alimentação da criança?**

Neste âmbito, constatou-se maior prevalência de mães com conhecimentos suficientes e bons comparativamente aos pais, contudo, sem significância estatística, e os pais/mães com 31-35 anos apresentavam melhores conhecimentos e menores nos mais novos (com idade  $\leq 30$  anos). Assim, pudemos inferir que a idade dos pais/mães (os mais velhos) influencia os conhecimentos sobre alimentação da criança (Qui-quadrado=25,048;  $p=0,000$ ).

O conhecimento sobre os fatores que promovem e defendem a saúde e sobre os fatores de risco para a saúde, bem como a capacidade de utilizar e aplicar de forma efetiva esse mesmo conhecimento, é determinante para a adoção de comportamentos e estilos de vida salutogénicos, contudo, esta relação não é linear.

No estudo de Costa (2012), realizado com 792 pais de crianças em idade pré-escolar, a autora verificou que, na totalidade da amostra, 51,9% dos pais apresentava bons conhecimentos, sobretudo as mães (52,4%), enquanto 33,3% dos pais revelava conhecimentos insuficientes. Numa outra investigação, sobre *os conhecimentos e comportamentos dos pais de crianças entre os 6-10 anos*, Costa e Silva (2007) verificaram que apenas 12,5% dos pais apresentava um conhecimento mais alargado acerca das causas da obesidade

No que concerne à escolaridade, verificou-se de forma significativa que os pais com ensino superior revelavam mais conhecimentos, assim como no que respeita à profissão, onde se averiguou que os pais com qualificação, seguidos dos técnicos, detinham melhores conhecimentos. Os não qualificados apresentaram menores conhecimentos, verificando-se, diferenças estatísticas significativas ( $\chi^2=15,110$ ;  $p=0,004$ ).

Relativamente à relação entre a residência e os conhecimentos sobre alimentação infantil, verificou-se que os pais que residiam na zona urbana tinham melhores

conhecimentos, assim como os pais com dois filhos e que viviam com companheiro, contudo, sem relação estatística significativa. Também no estudo de Costa (2012), a autora encontrou relação entre o conhecimento bom e nível superior de escolaridade e com rendimento familiar mais elevado, e ainda com conhecimentos insuficientes e nível básico de escolaridade. Também no estudo de Andrade (2014), numa amostra de 231 pais de crianças dos jardins de infância da zona norte de Loures, o autor verificou que as variáveis demográficas (idade, anos de escolaridade e especialização profissional) estavam positivamente relacionadas com o conhecimento nutricional.

Como defendem Huizinga et al. (2008), os conhecimentos em saúde fazem parte de um conceito mais abrangente, usualmente referido como literacia em saúde. A baixa literacia em saúde tem sido identificada em diversos estudos como um fator de risco para patologias (nomeadamente as que têm o comportamento como agente patogénico relevante e que implicam auto-gestão da patologia) como, por exemplo, na obesidade onde a baixa literacia tem sido associada a valores superiores de IMC, etc. Níveis adequados de literacia em saúde parecem resultar em melhorias da saúde e em mais qualidade de vida, por outro lado, níveis inferiores de literacia em saúde estão associados a saúde mais precária e mesmo a mais mortalidade (Pignone et al., 2005). Uma das razões apontadas para este facto, é que há evidência de que, pessoas com baixa literacia em saúde têm menor capacidade de compreensão dos conteúdos de folhetos informativos sobre alimentos ou fármacos.

Um outro estudo concluiu também haver correlação positiva entre a literacia em saúde e a perceção de auto-eficácia relacionada com o comportamento alimentar (Sharif & Blank, 2010).

Por outro lado, o facto de, no nosso estudo, se salientar a mãe como detentora de mais conhecimento, esta deverá ser o alvo das intervenções em saúde. Tal como defende Reichembach (2004), ainda hoje a alimentação apresenta-se no convívio familiar e social, vinculada à figura feminina, representada pela mãe/ e ou mulher e, assim, associada a um referencial afetivo, e mesmo trabalhando fora de casa, a mãe continua como a principal provedora da alimentação da família.

Perante o estado nutricional da criança e considerando a influência dos pais na sua alimentação, procurámos investigar a relação entre os conhecimentos dos pais e o estado nutricional dos filhos, pelo que foi formulada a seguinte questão:

### **Qual a relação entre o estado nutricional da criança e o conhecimento dos pais sobre alimentação?**

Verificamos que os pais das crianças com peso normal apresentavam valores médios mais elevados no QAI, enquanto os pais das crianças com excesso de peso obtiveram valores médios mais baixos, com diferenças significativas nos percentis de peso normal e obesidade ( $p=0,020$ ).

Também Costa (2012) estudou os determinantes do ambiente alimentar familiar, concretamente o conhecimento dos pais sobre alimentação infantil e o IMC da criança, tendo verificado que o IMC das crianças estabelecia relações positivas com os fatores do QAI, mas apenas significativas nas *regras alimentares* e *conhecimento global*, inferindo que mais regras alimentares e melhor conhecimento sobre alimentação infantil se associavam a maior IMC das crianças.

Pensamos ter discutido e refletido os resultados encontrados nesta investigação com o conhecimento atual sobre o assunto. Ficou patente a relação entre as características das famílias, os seus conhecimentos sobre alimentação infantil e o estado nutricional das crianças, contudo, entender como os pais se comportam perante a alimentação dos seus filhos é fundamental, sendo que é neste fator que reside a maior complexidade e será determinante para a intervenção dos profissionais de saúde. O contexto ambiental onde as refeições ocorrem deverá ser outro foco de atenção, dado o caráter multifatorial do excesso de peso na infância.

Neste âmbito, nas consultas de vigilância de saúde, na abordagem da alimentação da criança, recomenda-se avaliar e caracterizar o comportamento alimentar da criança e família, assim como os hábitos de atividade física, de forma a dirigir o aconselhamento mais adequado a cada situação (Baker et al., 2010).

É primordial reconhecer que é sobretudo na família e com a família que este problema tem que ser enfrentado, pelo que passamos a apresentar as principais conclusões decorrentes deste trabalho.



## Conclusão

Neste estudo de investigação, pretendeu-se abordar a problemática da obesidade infantil em crianças de idade pré-escolar e escolar, focando mais especificamente os conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil.

O desenho metodológico efetuado foi suportado por linhas orientadoras que permitiram elaborar as questões de investigação e definir os objetivos, pelo que os resultados podem ser considerados como mais um contributo para a realização de novos estudos e para a definição de estratégias de promoção de saúde infantil.

A família, na sua função de agente de socialização primária e como responsável pela alimentação, torna-se a principal influência no comportamento alimentar da criança, assumindo um papel preponderante no desenvolvimento de atitudes, transmissão de conhecimentos, práticas e preferências alimentares, que irão condicionar o seu comportamento alimentar futuro (Duarte, 2012).

As crianças não possuem capacidade inata para escolher os alimentos em função do seu valor nutricional, pelo contrário, estes são aprendidos através da experiência, da observação e da educação, pelo que o papel da família na alimentação e na educação alimentar é inquestionável, no entanto, a escola ou jardim-de-infância podem oferecer um contexto formal de aprendizagem, complementando o papel familiar (Nunes & Breda, 2005).

Da análise efetuada, pretende-se neste capítulo expor os resultados mais significativos:

- O estudo foi realizado numa amostra de 114 pais e crianças (56,1%) em idade pré-escolar e (43,9%) com idade escolar;
- Os questionários foram preenchidos, na sua maioria, pelas mães das crianças (90,4%);
- As mães apresentavam uma média de idades de 34,40 anos, enquanto os progenitores tinham uma média de 35,60 anos;
- A maioria das mães tinha como escolaridade o ensino secundário e básico, os pais o ensino básico e superior, residiam na sua maioria em zona urbana, eram casados e a média de número de filhos era 1,98;
- Em relação ao estado nutricional da criança por grupo etário, obtivemos uma classificação de IMC em que 60,9% das crianças em idade pré-escolar eram normoponderais, 7,8% tinham pré-obesidade, 9,4% das crianças encontravam-se no percentil da obesidade e 21,9% tinham baixo peso; relativamente às crianças em

idade escolar, verificamos que 52,0% das crianças eram normoponderais, 28% tinha pré-obesidade, 18% das crianças apresentavam obesidade e 2,0% baixo peso;

- Verificou-se relação estatística significativa entre a idade dos pais e os conhecimentos sobre alimentação da criança, indicando níveis insuficientes nos pais mais novos ( $\chi^2= 25,048$ ;  $p=0,000$ );
- Os pais com ensino superior apresentam mais conhecimentos sobre alimentação da criança ( $\chi^2= 10,110$ ;  $p=0,039$ );
- Verificou-se que os pais com qualificação possuíam melhores conhecimentos, os não qualificados apresentavam conhecimentos insuficientes ( $\chi^2= 15,110$ ;  $p=0,004$ );
- Verificamos que os pais residentes na zona urbana detinham melhores conhecimentos sobre alimentação da criança ( $p=0,067$ );
- Os pais com dois filhos possuíam melhores conhecimentos, enquanto os que têm três ou mais filhos tinham menos conhecimentos ( $p=0,009$ );
- Os pais que viviam com companheiro revelaram melhores conhecimentos sobre alimentação, embora sem significância estatística ( $p=0,347$ );
- Apurou-se, ainda, a existência de relação entre os conhecimentos dos pais e o estado nutricional da criança, os pais das crianças com peso normal apresentam valores médios mais elevados (64,62), ( $p=0,020$ ).

Os resultados evidenciam a importância da implementação de estratégias para melhorar o conhecimento dos pais sobre alimentação da criança.

### **Implicações para a prática**

Atualmente, verifica-se uma mudança nos hábitos alimentares dos portugueses, a publicidade dirigida a crianças que apela ao consumo de alimentos ricos em açúcar, gordura e sal, a inatividade física e a crise económica que o país atravessa, entre outros fatores, têm sido reconhecidos como exercendo forte impacto no estado nutricional das crianças, favorecendo o excesso de peso.

No âmbito da prevenção do excesso de peso na infância, torna-se fundamental, para além da monitorização do IMC, a avaliação da família, obtendo informações sobre a sua estrutura e funcionamento, bem como os seus hábitos e características específicas, uma vez que a criança não pode ser dissociada do seu ambiente familiar.

Os pais têm um papel fundamental no crescimento e desenvolvimento das crianças, tanto do ponto de vista fisiológico, como psicológico. Assim, torna-se determinante que a

família adquira ferramentas para a prevenção da obesidade infantil, ou seja, será importante capacitar os pais, fornecendo-lhes as estratégias necessárias para a tomada de decisão e solução de problemas específicos, nomeadamente nas escolhas dos alimentos e de melhores práticas e atitudes na alimentação. Promover a literacia em saúde melhora a autonomia, e melhorar a parceria com os pais neste domínio permitirá esclarecer dúvidas e dificuldades do dia-a-dia.

Assim sendo, salienta-se o trabalho que deverá ser desenvolvido pelos enfermeiros nas consultas de vigilância de saúde infantil, onde estes devem fomentar a prestação de cuidados em programas educativos adequados, integrando a visão holística da família, não esquecendo a dimensão social, política, económica e cultural. A prática dos enfermeiros deve centrar-se na orientação dos familiares, juntamente com as crianças, sobre as consequências da obesidade e, simultaneamente, sobre o comportamento alimentar, através da educação para a saúde e da elaboração de estratégias que permitam uma melhor qualidade de vida das crianças e suas famílias, orientando-as na gestão do seu plano alimentar, encaminhando para outros profissionais sempre que necessário, tendo em vista a promoção de comportamentos saudáveis.

Os enfermeiros que exercem funções nas UCSP desempenham um papel primordial na prevenção primária em todas as fases do ciclo de vida, destacando-se o período da infância (idade pré-escolar), onde os padrões básicos da alimentação são adquiridos.

Assim sendo, salienta-se a importância da implementação de programas de intervenção que passam por planear, de forma estratégica, ações de sensibilização que visem a mudança comportamental, promovendo uma alimentação saudável o mais cedo possível, permitindo um crescimento e desenvolvimento adequado ao longo da vida.

Contudo, para haver sucesso, é necessário o envolvimento de várias entidades públicas e privadas, dos profissionais, dos meios de comunicação social e da sociedade. Destaca-se a importância da promoção de ações que visem a informação, a aquisição de hábitos e estilos de vida saudáveis, incluindo a distribuição de fruta e legumes nas escolas, o fornecimento de refeições equilibradas e uma melhor formação dos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros que exercem funções nos cuidados de saúde primários.

Pelos resultados obtidos, revela-se pertinente realizar trabalho na área da prevenção, nomeadamente na consulta de saúde infantil. Apesar da muita informação disponível sobre alimentação saudável, cabe ao profissional de saúde, nomeadamente ao enfermeiro, avaliar o contexto familiar onde a criança se insere, os seus hábitos e comportamentos alimentares, definindo estratégias exequíveis para a promoção da saúde das crianças e suas famílias.

Após a reflexão sobre os resultados do estudo, recomendamos:

- A prevenção deve ter início precocemente;
- Os familiares devem ser informados sobre as complicações da obesidade;
- Toda a família deve estar envolvida, tendo em vista a aquisição de novos hábitos e mudanças de estilo de vida;
- A família deve aprender a monitorizar a alimentação e o exercício físico das crianças;
- Os profissionais de saúde devem encorajar, incentivar e não criticar.

Assim, torna-se fundamental apostar em estratégias destinadas a aumentar a saúde e o bem-estar das crianças e famílias, em que o enfermeiro, sobretudo especialista em saúde infantil e pediátrica, desempenha um papel fulcral, ao apoiar, incentivar, informar e reforçar a capacidade da família para conseguir fazer escolhas adequadas, tendo em vista o melhor interesse da criança.

## Referências Bibliográficas

- Andrade, M. G. M. A. M. (2014). *Determinantes sociais e psicológicos do comportamento alimentar infantil*. (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia, Lisboa.
- Aparício, G. (2010). *Ajudar a desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância*. Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde. Retirado de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium38/19.pdf>
- Aparício, G. (2015). *Obesidade infantil: Evidências (Des) conhecimentos*. Instituto Politécnico de Viseu/ Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Aparício, G., Cunha, M., Duarte, J., & Pereira, A. (2011). *Olhar dos pais sobre o estado nutricional das crianças pré-escolares*. *Millenium*, 40, 99-113. Retirado de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/8.pdf>
- Associação Portuguesa contra a Obesidade Infantil. (2016). *A obesidade infantil é um problema sério para a saúde das crianças*. Retirado de <http://www.apcoi.pt/obesidade-infantil/>
- Babo, M., & Almeida, M. D. V. (2013). Determinantes da neofobia alimentar em crianças dos 3 aos 5 anos. *Revista SPCNA*, 19(1), Retirado de [file:///C:/Users/User/Downloads/REV\\_2013\\_1\\_002-002\\_Rah\\_2013\\_1\\_C\\_01.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/REV_2013_1_002-002_Rah_2013_1_C_01.pdf)
- Baker, J., Farpour-Lambert, N., Nowicka, P., Pietrobelli, A., Weiss, R., & Childhood Obesity Task Force of the European Association for the Study of Obesity. (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*, 3(2), 131-137. doi: 10.1159/000295112
- Barlow, S. E. (2007). Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: Summary report. *Pediatrics*, 120 (Suppl. 4), S164-S192. Retirado de [http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/120/Supplement\\_4/S164.full.pdf](http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/120/Supplement_4/S164.full.pdf)
- Barros, R. M. M., & Seyffarth, A. S. (2008). *Conhecimentos maternos sobre alimentação complementar: Impacto de uma atividade educativa*. *Ciências Saúde*, 19(3), 225-231. Retirado de [http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2008vol19\\_art03\\_conhecimentomaternal.pdf](http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2008vol19_art03_conhecimentomaternal.pdf)
- Benaziza, H. (2002). *Juventude e desporto: A importância de um estilo de vida activo*. Retirado de <http://www.idesporto.pt/%5CDATA%5CDOCS%5CHEMICICLO%5CA%20importancia%20de%20um%20estilo%20de%20vida%20activo.pdf>
- Branca, F., Nikogosian, H., & Lobstein, T. (Eds.). (2007). *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Retirado de [www.euro.who.int/document/e90711.pdf](http://www.euro.who.int/document/e90711.pdf)
- Brown, R., & Ogden, J. (2004). Children's eating attitudes and behaviour: A study of the modelling and control theories of parental influence. *Health Education Research*, 19(3), 261-271. doi: 10.1093/her/cyg040

- Cardoso, A. (2013). *Estado nutricional da criança: Influência do comportamento alimentar e da cultura organizacional*. (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Viseu/Escola Superior de Saúde de Viseu. Retirado de [https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1980/1/CARDOSO,%20Ana%20Filipa%20Matos%20\\_%20Dissertação%20mestrado.pdf](https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1980/1/CARDOSO,%20Ana%20Filipa%20Matos%20_%20Dissertação%20mestrado.pdf)
- Carmo, I., Marques, A., Rito, A., Rego, C., Duarte, M. E., Fonseca, Sasseti, L. (2012). Mas afinal o meu filho é gordinho? (Adaptado do guia de avaliação do estado nutricional infantil e juvenil elaborado pelo Conselho Científico da Plataforma contra a Obesidade da Direção-Geral de Saúde). In I. Carmo (Coord.), *Gorduchos & redondinhas* (pp. 141-154). Lisboa: Livros D'Hoje.
- Carvalho, A. M., Carmo, I., Breda, J., & Rito, A. I. (2011). Análise comparativa de métodos de abordagem da obesidade infantil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(2), 148-156. doi:10.1016/S0870-9025(11)70019-0
- Carvalho, S. G. (2009). *Obesidade infantil, a epidemia do século XXI: Revisão de literatura sobre estratégias de prevenção*. (Dissertação de mestrado integrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Castro, S. M. (2011). *Influência das variáveis socioeconómicas na obesidade infantil, no âmbito do projeto obesidade zero*. Barcarena: Universidade Atlântica.
- Center for Disease Control and Prevention. (2000). *National Center for Health and Statistics. CDC Growth Charts*. Retirado de [http://www.cdc.gov/growthcharts/clinical\\_charts.htm](http://www.cdc.gov/growthcharts/clinical_charts.htm)
- Chaput, J.-P., & Tremblay, A. (2011). Obesidade na infância e seu impacto sobre o desenvolvimento da criança. In R. E. Tremblay, M. Boivin & R. D. V. Peters (Eds.), *Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância* (pp. 1-4). Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development. Retirado de <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/Chaput-TremblayPRTxp1.pdf>
- Classificação portuguesa das profissões 2010*. (2011). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Retirado de [file:///C:/Users/User/Downloads/PPP2010%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/PPP2010%20(1).pdf)
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *CIPE Versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Costa, A., & Silva, C. (2007). Obesidade infantil: Conhecimentos e comportamentos dos pais de crianças entre os 6-10 anos. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 208-217. Retirado de [http://www.bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1284/2/208\\_217\\_FCS\\_06\\_20.pdf](http://www.bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1284/2/208_217_FCS_06_20.pdf)
- Costa, M. G. A. (2012). *Obesidade infantil: Práticas alimentares e percepção materna de competências*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade de Aveiro, Departamento de Ciências da Saúde, Aveiro. Retirado de [https://ria.ua.pt/bitstream/10773/9744/1Tese\\_maria%20costa.pdf](https://ria.ua.pt/bitstream/10773/9744/1Tese_maria%20costa.pdf)
- Costa, M., Nunes, M., Duarte, J., & Pereira, A. (2012). Conhecimento dos pais sobre alimentação: Construção e validação de um questionário de alimentação infantil. *Revista de Enfermagem Referência*, 6 (série 3), 55-68.
- Daniels, S. R., Arnett, D. K., Eckel, R. H., Gidding, S. S., Hayman, L. L., Kumanyika, S., & Williams, C. L. (2005). Overweight in children and adolescents: Pathophysiology,

- consequences, prevention, and treatment. *Circulation*, 111(15), 1999-2012. doi: 10.1161/01.CIR.0000161369.71722.10
- Direção-Geral da Saúde. (2005). *Programa nacional de combate à obesidade*. Lisboa: Autor. Retirado de <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/08/Programa-Nacional-de-Combate-%C3%A0-Obesidade.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2006). *Circular normativa nº 05/DSMIA: Consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil: Atualização das curvas de crescimento*. Lisboa: Autor. Retirado de file:///C:/Users/User/Downloads/i007811.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma nº 010/2013: Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa: Autor. Retirado de file:///C:/Users/User/Downloads/i019087%20(1).pdf
- Dornelles, A., Anton, M., & Pizzinato, A. (2014). O papel da sociedade e da família na assistência ao sobrepeso e à obesidade infantil: Perceção de trabalhadores da saúde em diferentes níveis de atenção. *Saúde e Sociedade*, 23(4), 1275-1287. doi: 10.1590/S0104-12902014000400013
- Duarte, E. (2008). Estilos de vida familiar e peso excessivo na criança em idade pré-escolar na região da Beira Interior. In I. Carmo, O. Santos, J. Camolas & J. Vieira, *Obesidade em Portugal e no mundo* (pp. 139-159). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Duarte, E. (2012). Crianças em idade pré-escolar. A “escolinha”. In I. Carmo (Coord.), *Gorduchos & redondinhas* (pp. 63-93). Alfragide: Publicações Dom Quixote.
- Fernandes A. (2005). Obesidade e (défice) de saúde. *Revista Saúde e Bem-Estar*, 108, 26-27.
- Fonseca, H. (2012). *As consequências da obesidade a longo e médio prazo*. In I. Carmo (Coord.), *Gorduchos & redondinhas* (pp. 141-154). Lisboa: Livros D’Hoje.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusociência.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Vissandjée, B. (2003). A investigação científica. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação da conceção à realização* (Cap. 1, pp. 15-14). Loures: Lusociência.
- French, S. A., Lin, B.-H., & Guthrie, J. F. (2003). National trends in soft drink consumption among children and adolescents age 6 to 17 years: Prevalence, amounts, and sources, 1977/1978 to 1994/1998. *Journal of the American Dietetic Association*, 103(10), 1326-1331. doi:10.1016/S0002-8223(03)01076-9
- Gomes, S., Espanca, R., Gato, A., & Miranda, C. (2010). Obesidade em idade pré-escolar: Cedo demais para pesar demais! *Acta Médica Portuguesa*, 23, 371-378.
- Hawkins, S. S., Cole, T. J., Law, C., & The Millennium Cohort Study Child Health Group. (2008). Maternal employment and early childhood overweight: findings from the UK Millennium Cohort Study. *International Journal of Obesity*, 32(1):30-38. doi: 10.1038/sj.ijo.0803682

- Huizinga, M. M., Beech, B. M., Cavanaugh, K. L., Elasy, T. A., & Rothman, R. L. (2008). Low numeracy skills are associated with higher BMI. *Obesity, 16*(8), 1966-1968. doi: 10.1038/oby.2008.294
- Johnson, B., Abraham, M., Conway, J., Simmons, L., Edgman-Levitan, S., Sodomka, P., ... Ford D. (2008). *Partnering with patients and families to design a patient - and family - centered health care system: Recommendations and promising practices*. Bethesda: Institute for Family - Centered Care. Retirado de <http://www.ipfcc.org/pdf/PartneringwithPatientsandFamilies.pdf>
- Lamerz, A., Kuepper-Nybelen, J., Wehle, C., Bruning, G., Brinkhues, G., Brenner, H., ... Dahlmann, B. (2005). Social class, parental education, and obesity prevalence in a study of six-year-old children in Germany. *Internacional Journal of Obesity, 29*(4), 373-380. doi:10.1038/sj.ijo.0802914
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Lourenço, M. (2015). *Obesidade infantil. Prevenir é a melhor opção* [e-book]. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Lourenço, M., Santos, C., & Carmo, I. (2014). Estado nutricional e hábitos alimentares em crianças de idade pré-escolar. *Revista de Enfermagem Referência, 1* (série 4), 7-14.
- Ludwig, D. S., Peterson, K. E., & Gortmaker, S. L. (2001). Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: A prospective, observational analysis. *Lancet, 357*(9255), 505-508. Retirado de [https://www.researchgate.net/profile/Karen\\_Peterson3/publication/12101413\\_Relation\\_between\\_consumption\\_of\\_sugar-sweetened\\_drinks\\_and\\_childhood\\_obesity\\_A\\_prospective\\_observational\\_analysis/links/0c96052b06a0e117c8000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Karen_Peterson3/publication/12101413_Relation_between_consumption_of_sugar-sweetened_drinks_and_childhood_obesity_A_prospective_observational_analysis/links/0c96052b06a0e117c8000000.pdf)
- Magalhães, L. (2008). Publicidade televisiva e obesidade infantil. *Observatorio (OBS\*) Journal, 7*, 205-227 Retirado de [file:///C:/Users/User/Downloads/110-1021-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/110-1021-1-PB%20(2).pdf)
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS statistics* (5a ed.). Pero Pinheiro: Report Number.
- Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia, 4*(1), 65-90. Retirado de <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>
- Martins, M. T. (2008). O enfermeiro na prevenção da obesidade infantil. *Revista Sinais Vitais, 78*, 14-16.
- Martins, V., & Mansilha, H. F. (2014). Perturbações do comportamento alimentar. In P. Monteiro (Coord.), *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência*. Lisboa: Lidel.
- Mello, E. D., Luft, V., & Meyer, F. (2004). Obesidade infantil. Como podemos ser eficazes?. *Jornal de Pediatria, 80*(3), 173-182. Retirado de <file:///C:/Users/User/Downloads/obesidade+infantil.pdf>

- Ministério da Saúde. (2002). *Saúde da criança: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. Brasília: Autor. Retirado de <http://www.4shared.com/web/preview/pdf/PiQQ1cUR>
- Moreira, P., Santos, S., Padrão, P., Cordeiro, T., Bessa, M., Valente, H., ... Moreira, A. (2010). Food patterns according to sociodemographics, physical activity, sleeping and obesity in portuguese children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(3), 1121-1138 doi: 10.3390/ijerph7031121
- Moreira, S., & Tapadinhas, A. R. (2008). O comportamento alimentar em crianças e a percepção dos pais/cuidadores. In *7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 575-578). Porto: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- Mosca, P. R. F., Silveira, P. P., Werlang, I. C. R., & Goldan, M. Z. (2012). Obesidade e genética. *Revista HCPA*, 32(3), 318-331. Retirado de <file:///C:/Users/User/Downloads/28740-134968-4-PB.pdf>
- Nunes, E., & Breda, J. (2005). *Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Retirado de [http://www.educacaotorresvedras.com/ficheiros/varios/manuel\\_para\\_alimentaa\\_aao\\_saudaavel\\_em\\_jis.pdf](http://www.educacaotorresvedras.com/ficheiros/varios/manuel_para_alimentaa_aao_saudaavel_em_jis.pdf)
- Oliveira, T. (2009). Neofobia alimentar na infância. *Newsletter*, 10. Retirado de [http://www.anadurao.pt/Files/Conteudos/Newsletters/NutricaoClinica/Neofobia\\_Alimentar\\_na\\_Infancia.pdf](http://www.anadurao.pt/Files/Conteudos/Newsletters/NutricaoClinica/Neofobia_Alimentar_na_Infancia.pdf)
- Onis, M., Onyango, A. W., Borghi, E., Siyam, A., Nishida, C., & Siekmann, J. (2007). Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(9), 660-667. doi: 10.2471/BLT.07.043497
- Organização Mundial de Saúde. (2006). *Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade*. Conferência Ministerial da OMS, sobre a luta contra a obesidade. Istambul, Turquia, 15-17 de novembro.
- Padez, C., Fernandes, T., Mourão I., 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. *American Journal of Human Biology*, 16(6), 670-678. doi: 10.1002/ajhb.20080
- Paiva, M. R. S. A. Q. (2010). A importância da alimentação saudável na infância e na adolescência. Retirado de [http://www.medicinnet.com.br/contenudos/revisoes/3149/a\\_importancia\\_da\\_alimentacao\\_saudavel\\_na\\_infancia\\_e\\_na\\_adolescencia.htm](http://www.medicinnet.com.br/contenudos/revisoes/3149/a_importancia_da_alimentacao_saudavel_na_infancia_e_na_adolescencia.htm)
- Parmenter, K., Waller, J., & Wardle, J. (2000). Demographic variation in nutrition Knowledge in England. *Health Education Research*, 15(2), 163-174. doi: 10.1093/her/15.2.163
- Patrick, H., & Nicklas, T. A. (2005). A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *Journal of the American College of Nutrition*, 24(2), 83-92. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15798074>
- Pearce, A., Li, L., Abbas, J., Ferguson, B., Graham, H., Law, C., & Millennium Cohort Study Child Health Group. (2010). Is childcare associated with the risk of overweight and obesity in the early years? Findings from the UK Millennium Cohort Study. *International Journal of Obesity*, 34(7), 1160-1168. doi:10.1038/ijo.2010.15

- Pereira, P. J. A., & Lopes, L. S. C. (2012). *obesidade infantil: estudo em crianças num ATL. Millenium*, 42, 105-125. Retirado de [http://www.lpv.pt/millenium/Millenium\\_42/8.pdf](http://www.lpv.pt/millenium/Millenium_42/8.pdf)
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pignone, M., DeWalt, D., Sheridan, S., Berkman, N., & Lohr, K. N. (2005). Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy. A systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 20(2), 185-192. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.40208.x
- Pocinho, M. T. S. (2012). *Metodologia de investigação e comunicação do conhecimento científico* (Vol. 1). Lisboa: Lidel.
- Pordata, Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2015a). *Idade média das mães ao nascimento do primeiro filho*. Retirado de <http://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>
- Pordata, Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2015b). *Idade média da mãe ao nascimento de um filho em Portugal*. Retirado de <http://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+de+um+filho-417>
- Pordata, Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2015c). *População residente do sexo feminino com 15 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elevado (%) em Portugal*. Retirado de [http://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+do+sexo+feminino+com+15+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+\(percentagem\)-885](http://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+do+sexo+feminino+com+15+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+(percentagem)-885)
- Pordata, Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2015d). *População residente do sexo masculino com 15 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elevado (%) em Portugal*. Retirado de [http://www.pordata.pt/Portugal/P\\_\\_Populac%C3%A7%C3%A3o+residente+do+sexo+masculino+com+15+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+\(percentagem\)-886](http://www.pordata.pt/Portugal/P__Populac%C3%A7%C3%A3o+residente+do+sexo+masculino+com+15+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+(percentagem)-886)
- Pordata, Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2015e). *Indicadores de fecundidade: Índice sintético de fecundidade e taxa bruta de reprodução – Portugal*. Número médio de filhos por mulher. Retirado de <http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+fecundidade+%C3%8Dndice+sintetico+de+fecundidade+e+taxa+bruta+de+reproducao-416>
- Ramos, M., & Stein, L. M. (2000). Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria*, 76 (Supl. 3), 229-237.
- Rêgo, C. (2012). *Criança “gordinha”. Herança ou hábito?* In I. Carmo (Coord.), *Gorduchos & redondinhas* (pp. 17-30). Lisboa: Livros D’Hoje.
- Rêgo, C., & Peças, M. (2012). *Crescer para cima. Prevenção e tratamento da obesidade infantil. Nutrição e alimentação saudável para crianças e adolescentes*. Lisboa: Editorial Presença.
- Rêgo, C., Silva, D., Guerra, A., Fontoura, M., Mota, J., Mais, J., ... Grupo de Estudo da Obesidade Pediátrica da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade. (2004). *Obesidade pediátrica: A doença que ainda não teve direito a ser reconhecida* A Propósito do 1º Simpósio Português sobre Obesidade Pediátrica.

- Acta Pediátrica Portuguesa*, 35(5-6), 539-540. Retirado de <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/5029/3817>
- Reichembach, M. T. (2004). A refeição em família: Um lugar de encontro entre a história da alimentação e da enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 9(2), 53-65. doi: 10.5380/ce.v9i2.1716
- Rito, A. (2012). Estratégias na comunidade. In I. Carmo (Coord.), *Gorduchos & redondinhas* (pp. 249-274). Lisboa: Livros D'Hoje.
- Rito, A. I., & Graça, P. (2015). *Childhood obesity surveillance initiative: Così Portugal 2013*. Lisboa. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Retirado de [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/3108/3/Relatorio\\_COSI\\_Portugal\\_2013.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/3108/3/Relatorio_COSI_Portugal_2013.pdf)
- Rito, A., & Breda, J. (2006). Um olhar sobre a estratégia de nutrição, atividade física e obesidade na união europeia e em Portugal. *Revista Nutricias*, 6. Retirado de <http://www.itau.pt/pdfs/alimentacao/estrategia-nutricao-2006.pdf>
- Rito, A., Breda, J., & Carmo, I. (2011). *Guia de avaliação do estado nutricional infantil e juvenil*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Santos, O. (2010). O papel da literacia em saúde: Capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal [Contribuição especial]. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 4(3), 127-134.
- Sassetti, L. (2012). Os bebés. In I. Carmo (Coord.), *Gorduchos & redondinhas*. Lisboa: Livros D'Hoje.
- Sharif, I., & Blank, A. E. (2010). Relationship between child health literacy and body mass index in overweight children. *Patient Education & Counseling*, 79(1), 43-48. doi: 10.1016/j.pec.2009.07.035
- Silva, R. J. (2015). *A importância da família na formação do hábito alimentar da criança*. Retirado de <http://www.falandoemeducao.com.br/artigos>
- Silveira, M. D. (2015). *Alimentação do pré-escolar e escolar*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Sociedade Portuguesa de Cirurgia de Obesidade e Doenças Metabólicas*. (2005). Retirado de <http://www.spcp.pt>
- Sousa, B., & Almeida, M. D. V. (2006). Alimentação, nutrição e crescimento. *Alimentação Humana*, 12(3), 93-107. Retirado de [file:///C:/Users/User/Downloads/SPCNA\\_20090101224300\\_RAH\\_2006\\_n\\_3\\_2.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/SPCNA_20090101224300_RAH_2006_n_3_2.pdf)
- Sousa, J. (2011). *Obesidade infanto-juvenil em Portugal*. Lisboa: Colibri.
- Tomada, I. (2012). Obesidade infantil: Uma epidemia à escala mundial. *Cadernos de Saúde*, 4 (Nº esp. obesidade), 27-32. Retirado de [http://www.cadernosdesaude.org/menu/docs/C\\_Saude\\_4\\_Especial\\_Obesidade.pdf](http://www.cadernosdesaude.org/menu/docs/C_Saude_4_Especial_Obesidade.pdf)
- Triches, R. M., & Giugliani, E. R. J. (2005). Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. *Revista de Saúde Pública*, 39(4), 541-547. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25523.pdf>
- Viana, V., & Sinde, S. (2003). Estilo alimentar: Adaptação e validação do questionário do comportamento alimentar. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 8(1), 59-71.

- Viana, V., Candeias, L., Rêgo, C., & Silva, D. (2009). Comportamento alimentar em crianças e controlo parental: Uma revisão da bibliografia. *Alimentação Humana*, 15(1), 9-16. Retirado de [http://sigarra.up.pt/fcnaup/en/publs\\_pesquisa.FormView?P\\_ID=7859](http://sigarra.up.pt/fcnaup/en/publs_pesquisa.FormView?P_ID=7859)
- Viana, V., Guimarães, M. J., Teixeira, M. C., & Barbosa, M. C. (2003). Aquisição e desenvolvimento de atitudes face à saúde na infância e adolescência. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 34(4), 277-286.
- Vieira, M., Santos, G., & Resende, C. (2007). *Nutrição da criança pré-escolar e escolar*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Vitolo, M., & Campagnolo, P. (2008). Repercussões da obesidade. In M. R. Vitolo, *Nutrição da gestação ao envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Rubio.
- World Health Organization. (2003). Diet, nutrition and prevention of chronic *disease*. Geneva: Autor. Retirado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO\\_TRS916.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO_TRS916.pdf?ua=1)

## **ANEXOS**

---



## **ANEXO I**

Instrumento de recolha de dados

---





## INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

### ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

O meu nome é Luísa Pereira Pinto, sou enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sernancelhe. Este questionário insere-se no desenvolvimento de um trabalho de investigação, no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria a decorrer na Escola Superior de Saúde de Viseu. Pretende-se avaliar os conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil e identificar alguns fatores sociodemográficos que interferem com o conhecimento dos pais sobre alimentação. Para isso, necessitamos que aceite responder às questões a seguir colocadas. A informação recolhida será tratada confidencialmente e apenas para fins académicos e científicos. O anonimato será assegurado.

Agradecemos antecipadamente a sua participação.

Nas afirmações onde existir quadrícula, deve assinalar com uma cruz (X) e nas questões em que houver um traço (\_\_\_\_), deve responder o mais legível possível, sem que restem dúvidas. Na segunda parte do questionário, assinale com uma cruz (X) a questão que considera mais correta.

No final, por favor, certifique-se que responde a todas as questões.

Obrigada pela sua colaboração

### Instrumento de recolha de dados

#### I- Dados de Caracterização

1- Idade \_\_\_\_\_

#### 2 - Género

(1) Masculino

(2) Feminino

(3) Grau parentesco com a criança: Mãe  Pai  Outro  Qual \_\_\_\_\_

#### 3 - Habilitações Literárias

(1) <4 ano de escolaridade

(2) 4 a 6 anos de escolaridade

(3) 7 a 9 anos de escolaridade

(4) 10 a 12 anos de escolaridade

(5) Bacharelato

(6) Licenciatura

(7) Mestrado

(8) Doutoramento

**4 - Profissão** \_\_\_\_\_

**5 - Residência**

- (1) Vila
- (2) Aldeia
- (3) Cidade

**6 - Estado Civil**

- (1) Solteira/o
- (2) Casada/ União de Facto
- (3) Divorciada/o
- (4) Viúva/o

**7 - Número de filhos** \_\_\_\_\_

**8 - Peso do(a) filho(a) ao nascer** \_\_\_\_\_

**9 - A criança tem alguma doença crónica?**

- (1) Não
- (2) Sim  se sim qual \_\_\_\_\_

**Dados a avaliar e registar pelo investigador**

**10 – Peso da criança** \_\_\_\_\_ **Estatura** \_\_\_\_\_ **IMC** \_\_\_\_\_ **Percentil IMC** \_\_\_\_\_



## II - Questionário de Alimentação Infantil (QAI)

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 "fastfood"			
32. Na escolha do pão e outros cereais, deve optar-se pelos menos refinados			
33. O feijão, grão e outras leguminosas, são ricos em proteínas vegetais			
34. As frutas e legumes são alimentos ricos em vitaminas e sais minerais			
35. O pão de mistura ou escuro é o melhor para a alimentação			
36. Os produtos de salsicharia, folhados ou outros salgadinhos podem comer-se com frequência			
37. O pão de mistura ou escuro é fonte de energia e fibra			
38. Na alimentação da criança pode permitir-se o consumo de refrigerantes			
39. Um copo de leite equivale a dois iogurtes sólidos			
40. Fazer as refeições a ver TV é desaconselhado			
41. A atividade física programada (desporto) é aconselhável, mesmo nas crianças fisicamente ativas			
42. A ingestão de bebidas açucaradas está associada ao aumento de peso			
43. As crianças não necessitam de ser fisicamente ativas			
44. As crianças podem ver TV ou jogar jogos de vídeo, em média 3 horas por dia			
45. As refeições em família são um ritual importante para pais e filhos (as)			
46. Não tomar o pequeno-almoço prejudica a aprendizagem na escola			
47. Deve permitir-se que as crianças colaborem na confeção das refeições em casa			
48. Na compra de alimentos deve ter-se em conta a lista de ingredientes existente no rótulo			
49. É menos preocupante uma criança ser gordinha do que ser magrinha			
50. As refeições em família devem obedecer a um horário regular			
51. É aconselhável que os pais saibam o que os filhos (as) comem no refeitório da escola			
52. Na compra dos alimentos deve atender-se à sua qualidade nutricional			
53. As crianças devem comer o que gostam, independentemente do valor nutritivo dos alimentos			
54. O peso das crianças deve ser avaliado pelo menos uma vez por ano			
55. As crianças que petiscam entre as refeições, fazem uma alimentação mais equilibrada			

Grata pela sua colaboração, sem ela este estudo não seria possível.



## **ANEXO II**

Consentimento informado

---



**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

**de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>6</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>7</sup>**

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

**Título do estudo:** *Conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil: relação com as características sociodemográficas familiares e estado nutricional da criança*

**Enquadramento:** No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, eu, Enfermeira Luísa Pereira Pinto, pretendo realizar o meu trabalho final de mestrado, sob orientação da Professora Doutora Graça Aparício, desenvolvendo um estudo na Consulta de Vigilância de Saúde Infantil da Unidade de Cuidados Personalizados de Saúde Personalizados de Sernancelhe.

**Explicação do estudo:** Este estudo será realizado com pais e crianças que frequentam a referida consulta de vigilância durante os meses de outubro 2015 a janeiro 2016, através do preenchimento de um questionário. O questionário ser-lhe-á entregue pela autora no início da consulta de Saúde Infantil, se possível durante o período de espera, necessitando de cerca de 15 minutos para o seu preenchimento. Neste sentido, pedimos-lhe que leia o questionário com atenção e responda a todas as perguntas de forma espontânea e sincera, de acordo com aquilo que faz, sente ou pensa. Não existem respostas corretas ou incorretas, o que nos interessa é a sua opinião. Posteriormente, durante a realização da consulta será efetuada a avaliação do peso e estatura do seu filho e o registo desses dados no questionário. Este será guardado em envelope fechado e recolhido pela investigadora, garantindo-se assim a confidencialidade dos dados e o seu anonimato.

**Condições e financiamento:** O estudo não implica despesas para o participante e assegura-se o carácter voluntário da sua participação, pelo que a qualquer momento pode recusar participar, sem prejuízo para a sua consulta ou outro. O estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN.

**Confidencialidade e anonimato:** Os dados recolhidos com o presente estudo serão confidenciais e anónimos, pelo que solicitamos que não escreva o seu nome ou do seu filho(a) em qualquer local do questionário e garantimos que o nosso contacto será efectuado em ambiente de inteira privacidade.

A equipa de investigação agradece a sua preciosa colaboração!

A coordenadora do estudo de investigação: Maria da Graça Ferreira Aparício Costa, docente da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV). Contactos: 967797312 - [gaparicio5@hotmail.com](mailto:gaparicio5@hotmail.com);

A investigadora: Luísa Pereira Pinto, enfermeira, estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na ESSV. Contactos: 968189707- [luisagranjal@sapo.pt](mailto:luisagranjal@sapo.pt)

**Assinatura/s:** .....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Nome: .....

Assinatura: .....

Data: ..... /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE  
(se o menor tiver discernimento deve **também** assinar em cima, se consentir)

NOME: .....

BI/CD Nº: ..... DATA OU VALIDADE ..... /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: .....

ASSINATURA .....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

<sup>6</sup> [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

<sup>7</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>



## **ANEXO III**

Pedidos de autorização para a recolha de dados

---





S. R.  
Ministério da Educação e Ciência  
Instituto Politécnico de Viseu

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

Exmo. Senhor Presidente  
do Agrupamento de Escolas de Sernancelhe  
**Dr. Carlos Madureira Alves Rei**  
R. Padre João Rodrigues,  
3640-290 Sernancelhe

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA

ESSV 0813 23-OCT-15

**ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS**

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e a estudante Luísa Pereira Pinto, do 4.º Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria, pretendem realizar um estudo que tem como tema central *"Conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil: relação com as características sociodemográficas e estado nutricional da criança"*.

Pretende-se com este estudo Caracterizar o conhecimento dos pais sobre alimentação da criança; Classificar o estado nutricional da criança pelo seu IMC; Analisar a influência das variáveis sociodemográficas no conhecimento dos pais sobre alimentação da criança e Relacionar o conhecimento dos pais sobre alimentação da criança com o seu estado nutricional.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª autorização para a recolha de dados/informação junto dos Pais de crianças em idade pré-escolar e 1º ciclo do Ensino Básico, que frequentam o Agrupamento de Escolas de Sernancelhe, no mês de novembro de 2015.

Em anexo enviamos cópias do Projecto de Investigação, Consentimento Informado e Questionário de Recolha de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Graça Aparício é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone (232419100) ou fax (232428343) da ESSV.

Agradecendo desde já a disponibilidade e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV

Professor Doutor Carlos Pereira

GA/...



Ministério da Educação e Ciência  
Instituto Politécnico de Viseu

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

Exmo. Sr.  
Presidente do Conselho Directivo da  
**Administração Regional de Saúde do Norte, IP**  
Rua de Santa Catarina 1288  
4000-447 PORTO

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA

ESSV 0512 14-JUL-'15

**ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS**

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e a estudante Luísa Pereira Pinto, do 4.º Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria, pretendem realizar um estudo que tem como tema central "Conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil: relação com as características sociodemográficas e estado nutricional da criança".

Pretende-se com este estudo caracterizar o conhecimento dos pais sobre alimentação da criança; classificar o estado nutricional da criança, pelo seu IMC; analisar a influência das variáveis sociodemográficas no conhecimento dos pais sobre alimentação da criança e relacionar o conhecimento dos pais sobre alimentação da criança com o seu estado nutricional.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª autorização para a recolha de dados/informação junto dos Pais de crianças em idade pré-escolar e escolar que frequentam as consultas de vigilância de saúde Infantil na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sernancelhe, nos meses de Setembro a Dezembro de 2015.

Em anexo enviamos cópias do Projecto de Investigação, Consentimento Informado, Declaração do Orientador e Questionário de Recolha de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Graça Aparício é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone (232419100) ou fax (232428343) da ESSV.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV

Professor Doutor Carlos Pereira

GAUF

Tel. +351 232 419 100

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102, 3500-843 Viseu, PORTUGAL

Fax. +351 232 428 343

E-mail [essvgeral@essv.ipv.pt](mailto:essvgeral@essv.ipv.pt)

Web. [www.essv.ipv.pt](http://www.essv.ipv.pt)

**ANEXO IV**

Declaração da investigadora principal/orientadora

---





Ministério da Educação e Ciência  
Instituto Politécnico de Viseu

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

## DECLARAÇÃO

Maria da Graça Ferreira Aparício Costa, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu, especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, mestre em Ciências de Enfermagem/Pediatria pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Aveiro, declara aceitar orientar a Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da licenciada Luísa Pereira Pinto, que terá como tema central os **“Conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil: relação com as características sociodemográficas e estado nutricional da criança”**. Considera que a estudante reúne as condições necessárias para permitir o sucesso desta investigação.

Viseu, 14 de julho de 2015

  
\_\_\_\_\_  
Maria da Graça Ferreira Aparício Costa



**ANEXO V**

Autorização das instituições para a recolha de dados

---



Exma. Sra.  
 Coordenadora Maria da Graça Ferreira  
 Aparício Costa  
 Escola Superior de Saúde de Viseu  
 Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida,  
 nº 102  
 3500-843 Viseu

SUA REFERÊNCIA

SUA COMUNICAÇÃO

 NOSSA REFERÊNCIA  
 Of.Nº310/2015

 SERNANCELHE  
 2015/10/23

**ASSUNTO: Autorização para efetuar colheita de dados**

Em resposta ao solicitado por V<sup>a</sup> Ex<sup>a</sup> e devido à pertinência do estudo, autorizo a recolha de dados junto dos pais de crianças em idade pré-escolar e 1º ciclo do ensino básico, que frequentam este Agrupamento.

Com os melhores cumprimentos,

O Diretor,



(Carlos Madureira Alves Rei)

/AAP





**ARS NORTE**  
Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.



DATA : 02.dezembro.2015

INFORMAÇÃO Nº 109/2015

Nº <Processo> <Registo>

**PARA:** Conselho Diretivo da ARS Norte

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

**ASSUNTO:** Parecer nº 115/2015

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 115/2015 sobre o Estudo "Conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil: relação com as características sociodemográficas e estado nutricional da criança", aprovado na reunião de 1 de dezembro de 2015, por unanimidade.

À consideração superior

*Ana Paula Capela*  
Ana Paula Capela  
(Assessoria CES/UIC)

*Autuizh un termo  
de delegação de competência  
do CD.*

*[Signature]*  
15/11/15  
Rui Cernadas  
Vice-Presidente do CD



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

**PARECER N° 115/2015**

**Sobre o estudo T465 – Conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil: relação com as características sociodemográficas e estado nutricional de criança**

A – Relatório

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN), após parecer favorável da Unidade de Investigação Clínica (UIC), iniciou a apreciação do Processo n° T 465 na sequência do pedido de parecer enviado a esta Comissão em julho de 2015, para a realização do estudo "Conhecimentos dos pais sobre alimentação infantil: relação com as características sociodemográficas e estado nutricional de criança". A investigadora Luísa Pereira Pinto, enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Sernancelhe, frequenta o Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria no Instituto Politécnico de Viseu, sob orientação da Professora Doutora Graça Aparício, e pretende realizar o estudo na consulta de vigilância de Saúde Infantil da referida Unidade.

1. Fazem parte do processo em análise os seguintes documentos: requerimento; projeto de investigação, consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação; curriculum *vitae* da investigadora e da orientadora; declaração da orientadora a assumir a orientação; declaração de compromisso em como está garantida a privacidade e confidencialidade das informações prestadas; declaração em como entrega a esta CES o relatório final; cópia do instrumento de recolha de dados; Parecer favorável do Coordenador da UCSP de Sernancelhe. A investigadora refere que pediu autorização aos autores do questionário, cujo parecer foi favorável, e que pediu também autorização ao ACES Douro Sul.
2. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal numa lógica descritiva-analítica. A população alvo são os pais e crianças em idade pré-escolar e 1º ciclo do ensino básico, que frequentam as consultas de vigilância de saúde infantil e a amostra não probabilística acidental será constituída pelos pais que acederem participar e que autorizem a participação do seu filho. Para a recolha de informação será utilizado um questionário entregue pela investigadora no início da consulta e durante a consulta será avaliado o peso e estatura do filho, registados esses dados no questionário e guardado num envelope fechado, garantindo a confidencialidade dos dados e o seu anonimato.
3. Os objetivos são: Caracterizar o conhecimento dos pais sobre alimentação da criança; Classificar o estado nutricional da criança pelo seu IMC; Analisar a influência das variáveis sociodemográficas no conhecimento dos pais sobre alimentação da criança e Relacionar o conhecimento dos pais sobre alimentação da criança com o seu estado nutricional.



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

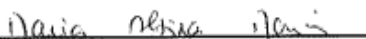
1. Reconhece-se interesse local ao estudo.
2. Trata-se de um estudo sem procedimentos invasivos, não incorrendo os participantes em riscos maiores do que aqueles a que estão sujeitos na sua vida quotidiana.
3. Existe modelo de consentimento informado, livre e esclarecido.
4. A confidencialidade dos dados recolhidos, o uso exclusivo para o presente estudo, bem como o anonimato, estão garantidos pela investigadora.
5. Este estudo não acarreta qualquer custo para a Unidade, sendo este, integralmente suportado pela investigadora.

**C – Conclusões**


1. Face ao exposto, a CES delibera que o estudo de investigação em causa pode ser aprovado.

Aprovado em reunião do dia 1/12/2015, por unanimidade

O relator,

  
Mestre Maria Alzira Vale Martins Moraes

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

  
Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol

