

**Clara Marisa Silva
Correia**

**Prevalência da Obesidade Infanto-Juvenil na
USF Sta. Joana: Contributo do Enfermeiro de
Família**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Elsa Melo, e coorientação científica da Professora Doutora Assunção Laranjeira.

Dedico este trabalho à minha filhota Nonô, sendo a pessoa que mais sofreu com as minhas ausências, mas sempre soube esperar por mim e aceitou as minhas ausências, tendo sempre um abraço cheio de amor à minha espera.

À Carla e seu marido Tó, por estarem na minha vida e me acompanharem nesta caminhada.

O júri

Presidente

Professora Doutora Marília dos Santos Rua

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Isabel Maria Antunes Rodrigues da Costa Barroso

Professora Adjunta da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Professora Doutora Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de Melo

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (orientadora)

Agradecimentos

Ter entrado no curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, foi um desafio pessoal concretizado de que muito me alegro. No entanto, não teria conseguido superar todas as dificuldades e obstáculos, se não estivesse rodeada de pessoas cheias de boa vontade e paciência.

Assim, gostaria de prestar aqui os meus sinceros agradecimentos a um conjunto de pessoas que, devido ao seu incentivo, empenhamento, disponibilidade, conhecimento, colaboração e, sobretudo amizade, muito contribuíram para a concretização deste trabalho.

Apresento o meu profundo reconhecimento a todos quanto, pela sua prestimosa cooperação nas diferentes fases de elaboração desta investigação, foram indispensáveis e decisivos para a sua finalização.

Assim, a minha primeira palavra de reconhecimento é dirigida à minha Orientadora Professora Doutora Elsa Melo, à minha Coorientadora Professora Doutora Assunção Laranjeira e ao Professor Doutor Joaquim Alvarelhão, cujas competências científicas, espírito crítico, aliado à simpatia, disponibilidade, dedicação e confiança demonstrada, constituíram um apoio essencial e indubitável.

À equipa de saúde da USF Sta. Joana pelo incentivo e ajuda na realização deste trabalho e a todos os pais que aceitaram participar no estudo.

Aos amigos, especialmente à Carla, ao Tó e à Rita, pela amizade demonstrada através do apoio, incentivo, colaboração e conselhos prestados.

Palavras-chave Obesidade Infanto-juvenil, Prevenção, Família, Enfermeiro de Família, Hábitos alimentares, Frequência alimentar, Atividade física

Resumo **Enquadramento:** A obesidade, representa atualmente um dos mais sérios problemas de saúde pública, que afeta crianças e adolescentes. Para a implementação de planos de prevenção eficazes contra a obesidade, deve-se envolver a família das crianças/adolescentes, sendo pertinente que os enfermeiros de família intervenham de modo a implementar estratégias e intervenções orientadas para a família.

Objetivos: Os objetivos deste estudo foram, determinar a prevalência de excesso de peso ou de obesidade, caracterizar os hábitos alimentares, frequência alimentar e hábitos de vida da criança/adolescente e identificar a relação entre algumas variáveis e o percentil de IMC da criança/adolescente.

Métodos: Desenvolvemos um estudo transversal do tipo exploratório descritivo, de carácter quantitativo, com uma parte correlacional. O método de amostragem foi probabilística e a colheita de dados foi efetuada através da aplicação de um questionário dirigido aos pais das crianças/adolescentes. Foram cumpridos os requisitos éticos e deontológicos para a investigação.

Resultados: A amostra foi constituída por 447 crianças/adolescentes dos 6 aos 18 anos de idade da USF Sta. Joana. A prevalência de excesso de peso e obesidade foi de 32,5%. Constatámos que o pequeno-almoço e os lanches, não eram realizados pela totalidade das crianças/adolescentes todos os dias; a sopa e água, não eram consumidas de acordo com as recomendações; e que o consumo dos vários grupos alimentares, não era realizado de forma equilibrada. Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa entre o percentil de IMC da criança/adolescente e o nível de escolaridade e IMC dos pais; o consumo de bolachas, bolos ou biscoitos e refrigerantes; e a participação em atividades físicas.

Conclusão: Os enfermeiros de família devem avaliar os hábitos alimentares, de exercício físico e de vida das crianças/adolescentes, para poderem definir estratégias com e para a família.

Keywords

Obesity Children and Youth, Prevention, Family, Nurse Family, Eating habits, Food frequency, Physical activity

Abstract

Background: Obesity currently represents one of the most serious public health problems affecting children and adolescents. The family of the children must be involved in order to implement effective prevention plans against obesity. It is pertinent that family health nurses fulfill family-oriented strategies and interventions.

Objectives: The objectives of this study were to determine the prevalence of overweight or obesity; characterize food habits, food frequency and lifestyle habits of the child / adolescent and to identify the relationship between some variables and the child / adolescent BMI percentile.

Methods: The study conducted is quantitative, exploratory, cross – sectional, descriptive with a correlational part. The sampling method was probabilistic and data collection was done through the application of a questionnaire to children and adolescent's parents. Ethical and deontological requirements for the investigation were fulfilled.

Results: The sample consisted of 447 children / adolescents from 6 to 18 years old of a Family Health Care Center (USF Santa Joana). The prevalence of overweight and obesity was 32.5%. We found that breakfast and snacks were not carried out by all children / adolescents every day; soup and water, were not consumed according to recommendations; the consumption of the different food groups, was not performed in a balanced manner. A statistically significant correlation exists between the percentile of BMI of the child/adolescent and the level of schooling and BMI of the parents; the consumption of cookies, cakes or biscuits and soft drinks; and participation in physical activities.

Conclusion: Family health nurses should evaluate the food habits, physical exercise and lifestyle habits of the children/adolescents, to define strategies with and for the family.

Abreviaturas e/ou siglas

ACeS- Agrupamentos de Centros de Saúde
APCOI- Associação Portuguesa Contra a Obesidade
CDC- Centers for Disease Control and Prevention
COSI. Childhoog Obesity Surveillance Iniciative
DGS- Direção Geral de Saúde
HBSC- Health Behavior of School
IMC- Índice de Massa Corporal
INSA- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
IOTF- Internacional Obesity Force
NUTS- Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OCDE- Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico
OMS- Organização Mundial de Saúde
pIMC- Percentil do Índice de Massa Corporal
PNCO- Plano Nacional de Combate à Obesidade
PNPAS- Plano Nacional Para Alimentação Saudável
PNSIJ- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
SClinico- Sistema de Informação da Saúde
Sta.- Santa
USF- Unidade de Saúde Familiar
WHO- World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO.....	15
1 OBESIDADE INFANTO-JUVENIL: CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO.....	17
1.1 Epidemiologia da obesidade	18
1.2 Etiologia da obesidade infantil	22
1.3 Complicações associadas à obesidade infantil.....	24
1.4 Prevenção da obesidade	25
1.4.1 Estratégias europeias e nacionais	27
2 O PAPEL DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTO-JUVENIL.....	31
3 O PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTO-JUVENIL.....	33
CAPITULO II - ESTUDO EMPÍRICO	35
1 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	37
1.1 Contextualização do estudo	37
1.2 Tipo de estudo.....	38
1.3 População e Amostra	39
1.4 Questões e hipóteses de investigação	40
1.5 Instrumento de recolha de dados e variáveis em estudo	41
1.6 Procedimentos na recolha de dados e considerações éticas.....	46
1.7 Procedimentos de análise dos dados.....	47
2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	49
3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69
4 CONCLUSÕES.....	77
4.1 Síntese dos principais resultados	77
4.2 Limitações do estudo	78
4.3 Implicações para a prática clínica.....	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	93

LISTA DE TABELAS, FIGURAS E GRÁFICOS

Tabela 1 - Pontos de corte de percentil de IMC, segundo as curvas de referência do CDC, IOTF e OMS.....	18
Tabela 2 - Classificação do peso, em função do índice de massa corporal	43
Tabela 3 - Consumo alimentar por grupos	44
Tabela 4 - Dados da caracterização sociodemográfica da criança/adolescente	49
Tabela 5 - Dados da caracterização sociodemográfica dos pais da criança/adolescente	50
Tabela 6 - Dados da caracterização clínica da criança/adolescente.....	52
Tabela 7 - Dados da caracterização clínica dos pais da criança/adolescente	52
Tabela 8 - Frequência com que faziam as refeições	53
Tabela 9 - Tipo de pequeno-almoço e lanches que realizavam habitualmente	54
Tabela 10 - Composição das refeições do Almoço e Jantar.....	54
Tabela 11 - Consumo de sopa e água	55
Tabela 12 - Frequência de consumo de leite e derivados	56
Tabela 13 - Frequência de consumo de Carne, Pescado e Ovos	57
Tabela 14 - Frequência de consumo de Leguminosas e Hortícolas.....	58
Tabela 15 - Frequência do consumo de Cereais, derivados e tubérculos	60
Tabela 16 - Frequência do consumo de Frutas.....	61
Tabela 17 - Frequência do consumo de Gordura e óleos	62
Tabela 18 - Frequência do consumo de Doces e pastelaria.....	63
Tabela 19 - Frequência do consumo de Bebidas	63
Tabela 20 - Participa em alguma atividade física.....	64
Tabela 21 - Tipos atividades físicas praticadas pelas crianças/adolescentes	64
Tabela 22 - Tempo de atividade física por semana	65
Tabela 23 - Tempo de visionamento de televisão e a jogar computador, playstation ou outros jogos interativos.....	65
Tabela 24 - Número de horas que a criança/adolescente dorme por noite	66
Figura 1 - Alvos potenciais para a prevenção da obesidade na infância e na adolescência.....	26
Figura 2 - Mapa das freguesias do concelho de Aveiro	38
Gráfico 1 - Prevalência da Obesidade Infantil em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento.....	19
Gráfico 2 - Crianças com idade entre os 5 e 17 anos, que apresentam excesso de peso e obesidade	21

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 e adolescentes.

A prevalência desta patologia na idade pediátrica tem aumentado nos países da bacia do mediterrâneo onde Portugal se inclui. As evidências sugerem a progressiva gravidade do problema, não só no momento atual como no futuro, pelo facto de esta poder transitar para a idade adulta, criando assim um problema de saúde para a próxima geração e devido às consequências adversas que esta origina na saúde das crianças (Costa, 2012).

O impacto da obesidade na vida das crianças e famílias é importante tanto a nível físico, como psicossocial, emocional e cognitivo, acarretando consequências negativas a todos os níveis que podem marcar a sua vida e bem-estar futuro.

Os desafios colocados por esta patologia e as dificuldades em implementar mudanças comportamentais impõem aos especialistas a necessidade de implementar planos de prevenção eficazes. Chaput & Tremblay sugerem que as campanhas contra o excesso de peso dirigidas às crianças podem ser eficazes, no entanto, o ambiente, nomeadamente a família deve proporcionar as condições necessárias para o sucesso de novos comportamentos aprendidos (Fisher & Hodges, 2011).

A família era e é a instituição educadora que mais influencia a criança no seu processo de saúde/doença, sendo esta uma referência indispensável na aprendizagem de comportamentos, nomeadamente no comportamento alimentar. De forma a conseguir ajudar a família/ pais a aumentarem as suas competências parentais face às boas práticas alimentares e exercício físico, é pertinente que o enfermeiro de família intervenha de modo a conhecer a criança, nomeadamente, os seus antecedentes, a sua família, os estilos de vida, a alimentação, a atividade física e outros comportamentos sedentários.

No âmbito da problemática do excesso de peso e obesidade infanto-juvenil, a intervenção dos enfermeiros com as famílias dessas crianças passa pela transmissão de informação sobre alimentação, pela educação para a saúde, aliados à implementação de estratégias e intervenções orientadas para a família. Os enfermeiros podem desempenhar um papel crucial na educação e no aconselhamento, através da capacitação das famílias para a tomada de decisão sobre as práticas saudáveis de alimentação e de atividade física, entre as crianças e respetivas famílias. Portanto, é essencial que os enfermeiros tenham conhecimentos sobre a globalidade do meio onde a criança cresce, se desenvolve e os fatores que possam

interferir no crescimento estato-ponderal e influenciar a gênese do excesso de peso ou da obesidade e competências para aconselhar e ajudar a resolver as dificuldades de alimentação e saber quando e como orientar uma família com problemas mais complexos no que se refere à alimentação.

É sobretudo na família e com a família que este problema tem que ser enfrentado, sendo a família da criança um foco de cuidados a privilegiar (Padez et. al., 2004).

Neste sentido o enfermeiro de família deve avaliar os comportamentos alimentares e hábitos de vida da criança e família, para o desenvolvimento de estratégias de educação para a saúde e medidas mais eficazes de acompanhamento/intervenção no contexto de famílias com crianças com excesso de peso ou obesidade.

Os pais necessitam tomar consciência de que os seus conhecimentos sobre nutrição, as suas escolhas dos alimentos, os padrões alimentares em casa, bem como o estilo de vida ativo ou sedentário, são determinantes importantes para o desenvolvimento dos hábitos dos seus filhos (Gabriel, Santos & Vasconcelos, 2008). Assim, os pais devem estar sensibilizados para a importância de orientarem as suas práticas educativas, de forma a proporcionar estilos de vida apropriados e padrões alimentares saudáveis (Bem & Wagner, 2006).

Face ao pressuposto e devido à crescente prevalência de obesidade infantil, torna-se pertinente conhecer e compreender os vários determinantes que a podem influenciar, contribuindo desta forma para a sua prevenção.

Assim, este trabalho, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, pretende desenvolver conhecimento acerca da problemática do excesso de peso ou da obesidade das crianças/adolescentes.

Para a consecução do estudo foram formuladas as seguintes questões de investigação:

- Qual a prevalência do excesso de peso ou da obesidade das crianças/adolescentes dos 6 aos 18 anos de idade, da USF Sta. Joana?
- Quais os hábitos alimentares, frequência alimentar e hábitos de vida das crianças/adolescentes dos 6 aos 18 anos de idade, da USF Sta. Joana?
- Quais os fatores relacionados com a criança/adolescente dos 6 aos 18 anos de idade e seus pais que poderão influenciar o excesso de peso ou a obesidade das crianças/adolescentes da USF Sta. Joana?

Para dar resposta às questões formuladas foram delineados os objetivos subsequentes:

- Determinar a prevalência de excesso de peso ou da obesidade das crianças/adolescentes;

- Caracterizar os hábitos alimentares, frequência alimentar e hábitos de vida das crianças/adolescentes;
- Identificar a relação entre algumas variáveis sociodemográficas e clínicas das crianças/adolescentes e dos seus pais e o excesso de peso ou obesidade das crianças/adolescentes;
- Identificar a relação entre algumas variáveis dos hábitos alimentares e dos hábitos de vida da criança/adolescente e o excesso de peso ou obesidade destas.

Para dar resposta às questões de investigação e aos objetivos traçados, desenvolvemos um estudo transversal, de análise quantitativa, do tipo descritivo-correlacional.

O presente documento encontra-se dividido em duas partes distintas que se complementam. A primeira parte é constituída pela fundamentação teórica, onde se contextualiza a problemática da obesidade infanto-juvenil, particularizando os seus determinantes, complicações, prevenção e onde se enfatiza o papel da família e do enfermeiro de família, para a prevenção deste tipo de obesidade.

A segunda parte diz respeito à investigação empírica propriamente dita, engloba o enquadramento metodológico, onde se contextualiza o estudo, apresentando o instrumento de recolha de dados e a descrição dos procedimentos utilizados para a recolha e análise dos dados; a apresentação dos resultados; a discussão dos mesmos, confrontando os nossos achados com outros estudos e por último, as conclusões, limitações e implicações para a prática clínica.

CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO

1 OBESIDADE INFANTO-JUVENIL: CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO

A obesidade infantil é considerada como um dos mais sérios problemas de saúde pública, quer no espaço europeu, quer no resto do mundo (Rito, Paixão, carvalho & Ramos, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a obesidade é definida como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada, pode atingir graus capazes de afetar a saúde. Este excesso de gordura resulta de sucessivos balanços energéticos positivos, ou seja, a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia gasta (DGS, 2005 citado por Pimentel & Franco, 2011).

É a doença mais comum em crianças e adolescentes, podendo causar na idade adulta uma situação de risco e levar ao aumento da mortalidade. Neste sentido, o estudo da obesidade infantil, pela dimensão e complexidade do problema, assim como, pelos fatores de risco associados, torna-se um contributo fundamental para que as várias entidades com responsabilidade na saúde pública, em conjunto com a participação dos cidadãos, tomem medidas para controlo desta epidemia (Sousa, 2011).

A avaliação do estado nutricional das crianças e dos adolescentes, representa o primeiro passo na abordagem da obesidade infantil. Esta avaliação deve ser realizada com base nas curvas do Índice de Massa Corporal (IMC), que permitem monitorizar o estado de nutrição, identificando não só as crianças e adolescentes já obesos, mas também aquelas em risco de virem a sê-lo (DGS, 2006).

Em crianças e adolescentes, devido aos processos de crescimento e desenvolvimento que ocorrem, não é possível definir pontos de corte no IMC para o excesso de peso ou para a obesidade, uma vez que as velocidades de crescimento apresentam, em ambos os géneros, uma grande variabilidade. Por esse motivo, o valor de IMC em idade pediátrica deve ser percentilado, recorrendo-se a tabelas de percentis nacionais, que relacionam o peso e a altura com a idade da criança (Sousa, Loureiro & Carmo, citado por Carvalho, 2011).

Para monitorizar o padrão de crescimento infantil e classificar o seu estado nutricional, existem vários critérios para a sua classificação, nomeadamente: os recomendados pela OMS, pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e pelo International Obesity Task Force (IOTF), conforme demonstrado na Tabela 1 (Pimentel & Franco, 2011; Antunes & Moreira, 2011).

Tabela 1: Pontos de corte de percentil de IMC, segundo as curvas de referência do CDC, IOTF e OMS

CURVAS DE REFERÊNCIA: PERCENTIS DE IMC			
	CDC	IOTF	OMS
Baixo peso	IMC < p5	p IMC <17Kg/m ² 18A	IMC <p3
Peso normal	P5 ≤ IMC < p85	17 ≥ p IMC 5Kg/m ² 18A	p3 < IMC < p85
Excesso de peso	85 ≤ IMC < p95	25 ≥ p IMC <30Kg/m ² 18A	85 ≤ IMC < p97
Obesidade	IMC ≥ 95	p IMC ≥30Kg/m ² 18A	IMC ≥ p97

Fonte: Adaptado de Brito, Viveiro & Moleiro, 2014

Na década de 70, na ausência de curvas de crescimento/curvas de percentis nacionais, a Direção Geral de Saúde (DGS), usava as curvas do CDC para o diagnóstico do excesso de peso ou da obesidade. No entanto, com o novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), que entrou em vigor a 1 de Junho de 2013, adotaram-se as curvas de crescimento da OMS, sendo estas usadas atualmente, por deliberação da Direção Geral da Saúde e publicadas nos boletins individuais de saúde das crianças portuguesas (DGS, 2013a) (Anexo I).

A alteração das curvas de crescimento, deve-se à metodologia utilizada na construção destas curvas, que as tornam mais próximas das curvas-padrão das crianças portuguesas, e ainda à noção que o seu uso possibilitará utilizar à escala mundial o mesmo instrumento de trabalho, permitindo comparações com outros estudos ou populações (DGS, 2013b).

1.1 Epidemiologia da obesidade

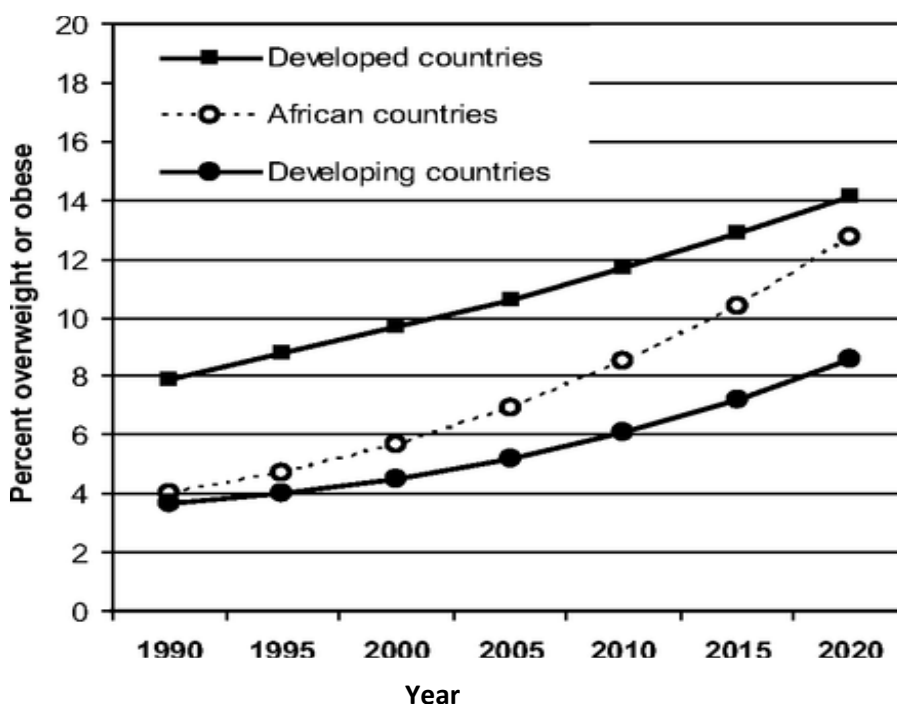
A nível mundial, dados da Organização Mundial de Saúde referem que depois do tabagismo, a obesidade é considerada hoje, a segunda causa de morte passível de prevenção e que se não forem tomadas medidas urgentes, para a prevenir e tratar, mais de 50% da população mundial será obesa em 2025 (DGS, 2005a)

Dados do relatório Obesity and Inequities, indicam que entre 1990 e 2010, a contribuição do excesso de peso para a carga global da doença aumentou 39% na Europa e na

Ásia Central, tendo subido de forma mais rápida em grupos populacionais com níveis socioeconómicos mais desfavoráveis (WHO, 2014b). Nos países em desenvolvimento com economias emergentes, a prevalência do excesso de peso e obesidade infantil em crianças em idade escolar supera os 30% (WHO, 2014a).

Com base nos dados publicados por Onis, Blossner & Borghi (2012), relativos ao período entre 1990 e 2010, houve um aumento contínuo da obesidade em crianças, tanto em países desenvolvidos, como em países em desenvolvimento. Estes autores preveem uma tendência de crescimento drástico da obesidade infantil (Gráfico 1), com um grande aumento de 2010 a 2020.

Gráfico 1 - Prevalência da Obesidade Infantil em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento



Fonte: Adaptado de Onis, Blossner & Borghi (2012)

Investigadores da Universidade de Washington realizaram um estudo sobre a prevalência de excesso de peso ou da obesidade, abrangendo 188 países, no período entre 1980 e 2013, tendo concluído, que o número de pessoas obesas, ou com excesso de peso mais do que duplicou nas últimas décadas em todo o mundo, passando de 857 milhões em 1980, para 2,1 mil milhões em 2013. Neste estudo, Portugal aparece nos piores lugares das tabelas do excesso de peso ou de obesidade infantil, onde todas as taxas surgem acima das médias da

Europa Ocidental, o excesso de peso afeta 28,7% dos rapazes e 27,1% das raparigas, enquanto a obesidade atinge 8,9% dos rapazes e 10,6% das raparigas. Além de colocarem Portugal como terceiro país com mais raparigas com excesso de peso ou obesas, os dados posicionam-nos em sexto lugar, em relação à proporção de rapazes com peso a mais (Marie et al., 2014).

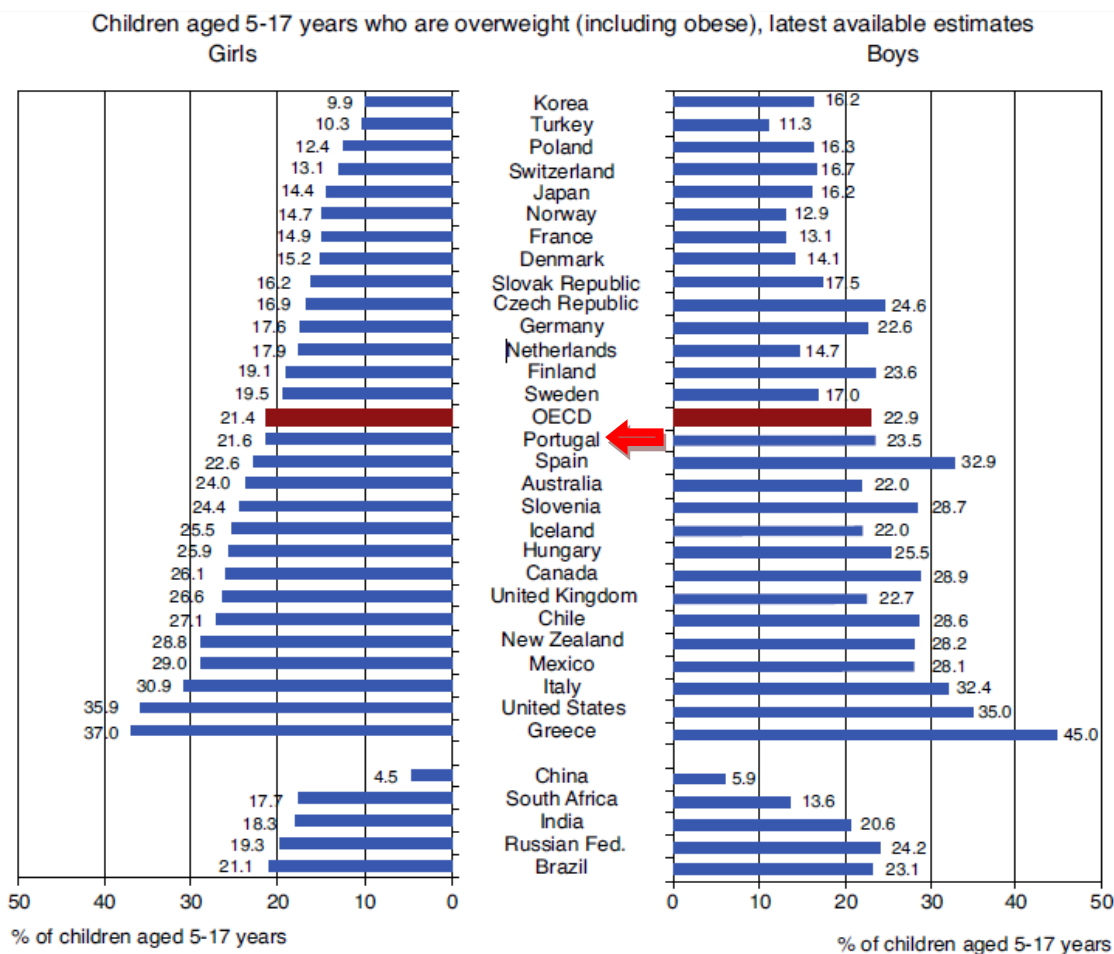
Existem estudos científicos sobre obesidade infantil em Portugal, que demonstram que mais de 35% das crianças com idades entre os seis e os oito anos, têm o IMC elevado para a idade e sexo, e que mais de 14% já são obesas. Na população entre os 10 e os 18 anos, o excesso de peso é superior a 30% , correspondendo a obesidade a 8% DGS (2015).

O relatório da Internacional Life Sciences Institute Europe, citado por Sousa, Loureiro & Carmo (2008), refere que os níveis de prevalência de obesidade entre crianças abaixo dos 5 anos são relativamente baixos, apresentando resultados de 1 a 4%, quando comparados com crianças mais velhas dos 7 aos 11 anos e adolescentes dos 12 a 18 anos, os primeiros com valores entre 2 a 23% e os últimos com valores entre os 2 a 29%.

Também Pisco (2015) refere, que o grupo etário dos 6 aos 8 anos é determinante, porque precede a puberdade e é fundamental para prever a obesidade na idade adulta. Aos 6 anos acontece um período de rápido crescimento da gordura corporal, pelo que se torna importante o desenvolvimento de estratégias de prevenção e de redução da incidência da obesidade nestas idades.

Segundo a Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE, 2012), Portugal é um dos países da União Europeia com maior prevalência da obesidade infantil, apresentando taxas de excesso de peso de 21,6% para as raparigas e de 23,5% para os rapazes entre o 5 – 17 anos, como podemos verificar no gráfico 2.

Gráfico 2 - Crianças com idade entre os 5 e 17 anos, que apresentam excesso de peso e obesidade



Fonte: OECD – Obesity Update (2012, p.7)

A Associação Portuguesa Contra a Obesidade (APCOI), refere também que Portugal está entre os países da Europa com maior número de crianças afetadas por esta epidemia, sendo que uma em cada três crianças tem este problema de saúde. De acordo com um estudo que decorreu entre 2013 e 2014, incluindo 18.374 crianças entre os 2 e os 12 anos, das sete unidades territoriais portuguesas (NUTS II), concluíram que 33,3% das crianças têm excesso de peso, incluindo obesidade (APCOI, 2014).

Sardinha e colaboradores (2011), efetuaram um estudo com 22.048 crianças e adolescentes, entre os 10 e os 18 anos e verificaram de acordo com os critérios da OMS, que os valores para o excesso de peso e para obesidade eram respetivamente de 23,1% e de 9,6% nas raparigas e de 20,4% e 10,3% nos rapazes.

Em Aveiro, num estudo realizado com 905 crianças entre os 7 e 9 anos, encontraram uma prevalência de excesso de peso e obesidade de 28,1 % de acordo com os critérios da IOTF e de 31,2% de acordo com os critérios do CDC, referindo existir uma diferença significativa de excesso de peso entre rapazes (26,9%) e raparigas (35,7%) (Pedrosa et al, 2011).

No mesmo distrito, um estudo realizado com 1117 crianças, entre os 3 e os 10 anos, mostrou que a prevalência de excesso de peso e de obesidade foi de 29% de acordo com os critérios da IOTF, verificando-se também que as raparigas apresentavam percentagens superiores em relação aos rapazes (Lourenço et al., 2011/2012).

Outro estudo efetuado, com uma amostra de 222 crianças, com idades compreendidas entre 2 e 17 anos, constatou para a mesma região, que a prevalência de excesso de peso foi de 7,2% e a de obesidade foi de 14,4%, perfazendo assim 21,6% (Antunes, Bordalo, Neves & Coimbra, 2012).

1.2 Etiologia da obesidade infantil

A etiologia da obesidade infantil envolve fatores endógenos, relacionados com problemas hormonais ou doenças endócrinas e fatores exógenos, relacionados com fatores ambientais e comportamentais. A obesidade endógena, representa apenas 5% dos casos de obesidade em crianças e adolescentes, enquanto 95% correspondem à obesidade exógena (Freitas, Coelho & Ribeiro, 2009; Carvalho et al., 2013; Moraes & Dias, 2013).

Vários autores referem que existe uma forte relação direta entre a obesidade e fatores de risco ambientais, nomeadamente: existência de obesidade dos pais, baixo nível socioeconómico, baixa escolaridade, desmame precoce do aleitamento materno, proveniência de meios rurais, tipo de estrutura familiar (filho único/adotado, famílias mono parentais, famílias numerosas), alterações na dinâmica familiar e sobrealimentação (Rising & Lifshitz, 2005; MacArthur, Pena & Holbert, 2001; Schuh, Castro, Vasconcelos, Dutra & Goldani, 2012; Santos, Silva & Ramos, 2013).

Ramos & Barros (2003), num estudo transversal englobando 1.334 adolescentes, entre os 11 e 18 anos, concluíram que esta doença tem uma forte relação com o estado nutricional dos pais. O estudo aponta que crianças com os dois pais obesos, têm 80% de probabilidade de se tornarem crianças obesas, este valor diminui para 40 %, quando apenas um dos pais apresenta obesidade.

Os genes intervêm na manutenção de peso e gordura corporais estáveis ao longo do tempo, verificando-se uma coexistência de obesidade em vários membros da mesma família, o que sugere uma causa genética, potenciada pela partilha de hábitos alimentares e estilos de vida que podem contribuir para a obesidade (Bray & Bouchard, 1997; Marques, Marti, Moreno & Martinez, 2004).

Para Bernardi, Jordão & Filho (2009), níveis socioeconômicos mais elevados parecem estar associados a menores níveis de adiposidade. Este efeito inverte-se quando analisados os estratos socioeconômicos mais baixos. Famílias com baixos rendimentos econômicos estão associadas a maior risco de obesidade, provavelmente devido a um maior consumo de alimentos ricos em gordura e açúcares, pois estes são mais baratos do que as alternativas mais salutares. Os mesmos autores também defendem que mães com baixa escolaridade têm mais probabilidade de terem crianças malnutridas do que aquelas com 12 anos ou mais de escolaridade, havendo uma associação positiva entre a rapidez do aumento ponderal e estatura durante o aleitamento materno exclusivo e o nível de escolaridade da mãe.

Quanto à duração do aleitamento materno, a menor duração parece estar associada ao risco de excesso de peso (Butte, 2008). Segundo o estudo efetuado por Caldeira, Souza & Souza (2015) o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses ou mais, associou-se à ausência de excesso de peso. Contudo, há alguma controvérsia, pois alguns estudos não encontram qualquer tipo de relação entre o aleitamento materno e a obesidade infantil (Butte, 2008).

Também a estrutura familiar pode ter influência na obesidade infantil (Gruber & Haldeman, 2009; Chen & Escarce, 2010), crianças que vivem com mães solteiras, e especialmente crianças que não têm irmãos, apresentam maior risco de obesidade quando comparadas com crianças que vivem com pai e mãe (Chen & Escarce, 2010).

Outros estudos revelam ainda que a duração do sono pode estar relacionada com o aumento do IMC, aparecimento da obesidade, especificamente, a diminuição do tempo de sono pode modificar o padrão endócrino que sinaliza fome e saciedade através da diminuição dos níveis da leptina e aumento dos níveis da grelina, podendo mesmo alterar as escolhas alimentares, levando à opção por alimentos calóricos e com alto teor em hidratos de carbono (Crispim et al, 2007).

Os fatores ambientais não incluem somente a alimentação, mas também o tipo de alimentos, a forma de confecção, as preferências alimentares e o padrão alimentar, mas também o padrão de atividade física diária (Barbosa, 2004).

Para Viana (2002), a obesidade é presumivelmente a consequência de uma alimentação não saudável e ingestão excessiva, em interação com um estilo de vida caracterizado por falta de exercício físico.

Outro determinante da obesidade infantil é o tempo despendido a ver televisão, em que para além de a televisão publicitar alimentos demasiado energéticos e pobres do ponto de vista nutricional, incentiva a criança a manter práticas sedentárias, pois passam mais tempo à frente desta, assim como a jogar computador, ou na internet, praticando menos exercício

físico e quando estão à frente da televisão, as crianças tendem ainda a ingerir preferencialmente doces, refrigerantes e alimentos com excesso de gordura (Viana, Santos & Guimarães, 2008; Fragoso & Vieira, 2000).

Como forma de evitar o efeito negativo que a televisão tem na saúde das populações mais jovens, a Academia Americana de Pediatria preconiza que crianças com idade superior aos 2 anos, devem limitar essa exposição a 2 horas por dia (Vaz, Silva, Rego e Viana, 2010).

1.3 Complicações associadas à obesidade infantil

Segundo Klish, citado por Viana (2002), uma criança obesa aos 6 anos, tem 25% de probabilidades de ser um adulto obeso, mas se for obeso aos 12 anos a probabilidade de continuar obeso na idade adulta sobe para 75%, afirmando que uma grande parte das crianças obesas será adulta obesa.

A obesidade nas crianças pode trazer várias complicações, nomeadamente: maior risco de desenvolverem doenças cardiovasculares (hipertensão, colesterol alto), diabetes, apneia do sono, problemas músculo esqueléticos, asma, doenças do fígado, problemas sociais e psicológicos (depressão, problemas de comportamento, baixa autoestima).

Estes problemas sociais e psicológicos levam a que a criança esteja mais sujeita à estigmatização, bullying e outros tipos de discriminação, que poderão provocar consequências diretas na sua autoestima e quebra do seu rendimento escolar (CDC, 2015).

Vitolo & Campagnolo (2008) acrescentam ainda, que o excesso de gordura, pode estar associada a alterações da função pulmonar, visto que nas formas mais graves de obesidade, pode ocorrer a síndrome de *Pickwick*, caracterizado por hipoventilação, episódios de sono durante o dia e apneia do sono durante a noite. Outra das complicações orgânicas associadas à obesidade é a presença de alterações dermatológicas, como estrias, infeções fúngicas principalmente na região das dobras e acanthosis nigricans (escurecimento e espessamento da pele na região do pescoço e axilas) e alterações posturais e funcionais que levam a complicações ortopédicas e o desequilíbrio emocional.

As crianças com obesidade encontram-se mais expostas a estigmas relativos ao excesso 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 (Chaput & Tremblay, 2011).

A criança interioriza desde muito cedo que ter excesso de peso é indesejável, tendo vergonha do seu corpo e sentindo-se inferior às outras crianças. Também a sociedade tende a

reagir negativamente aos indivíduos que não conseguem alcançar os padrões de imagem corporal ideal, provocando nestes, um grande sofrimento tanto a nível social como psicológico, o que torna a obesidade, muitas vezes, numa condição de estigmatização e exclusão social, assim como, de discriminação a vários níveis da vida da criança (Vaz, Silva, Rego & Viana, 2010).

Os mesmos autores referem que, todo o adolescente tem na sua mente um corpo idealizado, e quanto mais este se distanciar do corpo real, maior será a possibilidade de conflito e comprometimento da sua autoestima. Adolescentes que apresentam insatisfação em relação ao seu corpo, estão mais vulneráveis em perceberem o seu estado de saúde como empobrecido, estando mais susceptíveis ao desenvolvimento de depressão, baixa autoestima e baixa interação social. Por outro lado, adolescentes com excesso de peso, desenvolvem distúrbios mais relacionados com conceitos de peso e de alimentação, iniciando crises de voracidade de ingestão alimentar e dietas altamente restritivas.

1.4 Prevenção da obesidade

Dadas as importantes repercussões da obesidade na saúde atual e futura das crianças, os esforços deverão ser dirigidos no sentido de se identificarem estratégias simples e eficazes para a sua prevenção (W.H.O., 2000; Jeor et al., 2002).

Conforme a OMS (2004), as medidas de prevenção da obesidade infantil podem ser enquadradas a diferentes níveis:

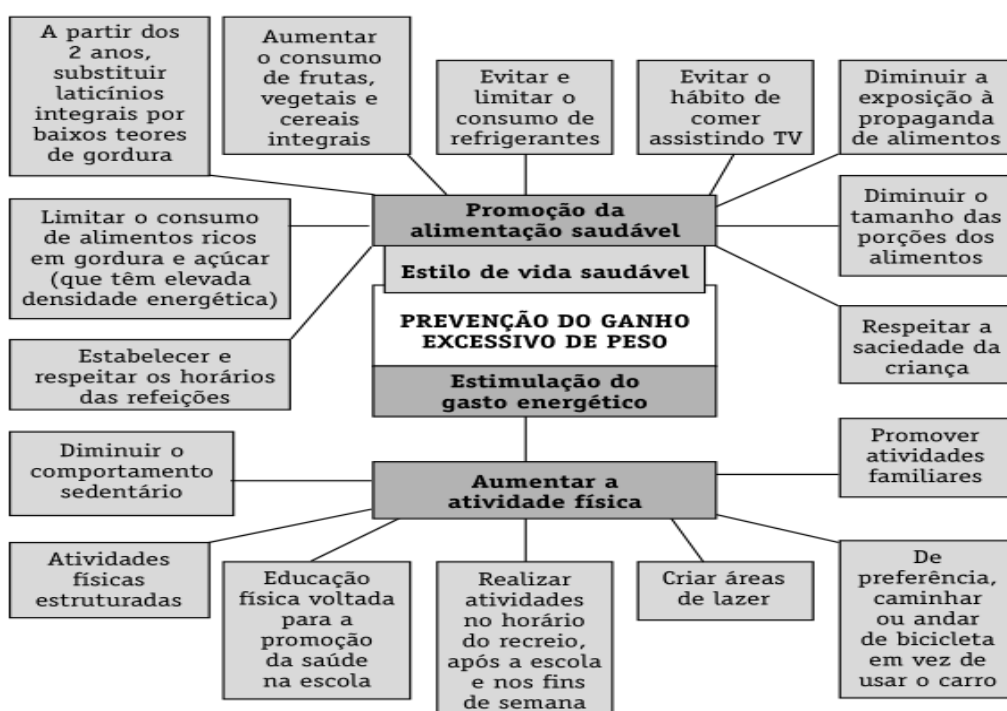
- Prevenção primária, tendo como objetivo primordial a promoção da saúde. Visa a aquisição de estilos de vida saudáveis contribuindo de modo fácil para a redução do número de crianças em risco;
- Prevenção secundária, com o objetivo de diminuir a prevalência de um determinado fenómeno de saúde. Visa o diagnóstico precoce das situações de excesso de peso e obesidade, de modo a restabelecer a situação desejável, limitando os danos subsequentes;
- Prevenção terciária, cujo conjunto de ações visa a redução das situações de incapacidade e das comorbilidades associadas e do restabelecimento da qualidade de vida.

É oportuno mencionar que, a OMS tem investido numa estratégia global para incentivar a alimentação saudável e atividade física e, com isso, reduzir os índices de obesidade no

mundo, determinando que a prevenção é o tratamento mais eficaz para a redução da obesidade. Deste modo, a promoção da atividade física, a restrição do consumo de alimentos caloricamente ricos, o fornecimento de informação para promover um consumo alimentar equilibrado e a recuperação das dietas tradicionais, são importantes vetores para a prevenção (Halpern, 2003).

Podemos então dizer, que a prevenção e o controlo do excesso de peso e obesidade assentam em três pilares: alimentação, atividade física e modificação comportamental, conforme descrito na figura 1.

Figura 1 - Alvos potenciais para a prevenção da obesidade na infância e na adolescência



Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria (2008, p.31)

Uma forma de prevenir o excesso de peso ou a obesidade, passa pela identificação de fatores de risco com base na história familiar, fatores socioeconómicos e culturais, bem como a monitorização do crescimento infantil (cálculo do IMC e utilização de gráficos de crescimento), no sentido de permitir o diagnóstico precoce e a promoção de hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis (OMS, 2004).

Hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis

A alimentação é universalmente, reconhecida como um dos principais determinantes da saúde, em que o estilo de vida e particularmente os hábitos alimentares desempenham um

papel preponderante no aumento das doenças crónicas, nomeadamente a obesidade (Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2010).

Segundo a Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2011), uma alimentação saudável, é uma alimentação equilibrada (respeitando as porções diárias recomendadas e os equivalentes), completa (ingerindo ao longo do dia alimentos de todos os grupos) e variada (variando os alimentos dentro de cada grupo ao longo do dia) que segue a orientação da roda dos alimentos.

Para uma alimentação saudável, deve-se realizar entre 5 a 6 refeições diárias, em que o pequeno-almoço nunca deve ser omitido. Ao meio da manhã e da tarde deve-se realizar um lanche para evitar, que a criança fique mais de 3 horas sem comer e as principais refeições devem começar com uma sopa e terminar com uma peça de fruta (Nunes & Breda, n.d.)

Deve-se também encorajar as crianças, a práticas de atividade física, reduzindo o tempo que passam em frente à televisão e jogos de computador (Plataforma Contra a Obesidade, n.d.).

1.4.1 Estratégias europeias e nacionais

A nível da OMS, nas últimas duas décadas, vários documentos estratégicos têm sido desenvolvidos, com o objetivo de auxiliar os estados membros na definição de políticas que visem a modificação de comportamentos alimentares e de atividade física nas sociedades Europeias (Graça & Gregório, 2013).

A obesidade infantil, como tem vindo a atingir dimensões preocupantes, levou à implementação de programas de prevenção, tanto a nível nacional como internacional. A ação para o combate da obesidade deverá estar relacionada com estratégias globais, tentando equilibrar a responsabilidade do Indivíduo com as do Governo e da Sociedade Civil, dentro do contexto cultural de cada país, possibilitando a construção de parcerias entre todos os interessados, nomeadamente, o governo, a sociedade civil, o setor privado, redes profissionais, os meios de comunicação e organizações internacionais, a nível nacional, regional e local (Carta Europeia de Luta contra a obesidade, 2006).

Um dos mais importantes planos de ação adotado por todos os ministros e delegados dos países da região europeia foi a *Carta Europeia da Luta Contra a Obesidade*, assinada em 2006, tendo sido estes planos em 2013, novamente reforçados através da Declaração de Viena em Nutrição e Doenças não transmissíveis, no contexto da Saúde em 2020 (Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI, 2015-2016). Esta declaração tem por objetivo potenciar a ação

contra a obesidade em toda a Região Europeia da OMS e visa estimular e influenciar as políticas nacionais e a ação regulamentadora, incluindo legislação e planos de ação. Um plano de ação europeu que deve incorporar a nutrição e atividade física e transformar em ação os princípios e enquadramento previstos na Carta, em pacotes de ação específica e mecanismos de acompanhamento (Carta Europeia de Luta contra a obesidade, 2006).

A Comissão Europeia adotou em 2007, o *Livro Branco da Obesidade*, com propostas para lidar com as questões de nutrição e de problemas de saúde relacionados com o excesso de peso, tendo como objetivo, estabelecer uma abordagem integrada a nível da União Europeia, que contribua para a redução dos problemas de saúde devido à má alimentação, ao excesso de peso e à obesidade (Comissão das Comunidades Europeias, 2007).

Em 2005, em resultado do reconhecimento político a nível internacional da obesidade como um dos mais sérios problemas de saúde pública, observou-se um novo investimento político nas questões nutricionais em Portugal, tendo sido implementado nesse mesmo ano o Programa Nacional de Combate à Obesidade (PNCO). Este visa contrariar a taxa de crescimento da prevalência de excesso de peso, através da redução do peso nas pessoas obesas e nas pessoas que tenham particular risco de desenvolver obesidade, através da adoção de várias medidas de prevenção (DGS, 2005b).

Em Portugal, a obesidade é monitorizada, através da Plataforma contra a Obesidade da DGS (DGS, 2005b), representando a primeira abordagem de uma política intersectorial com o objetivo de promover uma alimentação saudável, com intenções específicas no combate à obesidade (Graça & Gregório, 2013).

O Programa Nacional de Combate à Obesidade aplica-se, fundamentalmente, pelo desenvolvimento de ações a nível nacional e através da implementação de estratégias de intervenção, de formação, de colheita e análise de informação, desenvolvendo parcerias e projetos que visam a promoção de comportamentos alimentares saudáveis (DGS, 2005b).

Em 2012 foi aprovado o Plano Nacional para a Promoção da Alimentação saudável (PNPAS), representando em Portugal o primeiro programa nacional para a promoção de uma alimentação saudável, apesar de vários esforços terem sido realizados desde a década 70, onde se iniciou a primeira campanha nacional de educação alimentar - Saber comer e saber viver-, para a qual foi desenvolvido o primeiro guia alimentar para a população portuguesa, a Roda dos Alimentos (Graça & Gregório, 2013).

Também em 2007, a OMS instalou um sistema de vigilância da obesidade infantil na Europa – Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI), com o objetivo de criar uma rede de informação sistemática de recolha, análise, interpretação e divulgação de informação

descritiva sobre as características do estado nutricional de crianças dos 6 aos 8 anos, que produz dados comparáveis entre os países da Europa e que permite uma monitorização da obesidade infantil a cada 2-3 anos (Rito & Graça, 2015).

Em Portugal, este programa é coordenado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) e desenvolvido em parceria com a Plataforma Contra a Obesidade, sendo a sua implementação realizada em parceria com o Ministério da Saúde e da Educação.

O COSI, já realizou 3 avaliações, nomeadamente em 2008, 2010 e 2013 e de acordo com os critérios da OMS verificou-se que a prevalência de excesso de peso e obesidade tem vindo a diminuir, nomeadamente em 2008 a prevalência de excesso de peso e obesidade foi de 37.9%, em 2010 foi de 35.7% e em 2013 foi de 31.6% (Rito & Graça, 2015).

Fazemos agora referência a alguns projetos e parcerias desenvolvidos (Plataforma Contra a Obesidade, n.d.):

- Regime de Fruta Escolar

O Regime de Fruta Escolar consiste na distribuição gratuita de hortofrutícolas a todos os alunos do 1.º ciclo do ensino básico, que frequentem estabelecimentos de ensino público, e na realização de atividades no meio escolar que visem o desenvolvimento de competências de alimentação saudável e o conhecimento das origens dos produtos agrícolas.

- Programa "5 ao dia"

O Programa 5 ao Dia tem como objetivo a promoção de uma alimentação infantil saudável e contribuir para a prevenção de doenças crónicas, associadas aos maus hábitos de alimentação, incentivando o consumo de pelo menos 5 porções diárias de produtos hortofrutícolas.

- Projeto "Comer Devagar e Bem & Mexe-te Também"

O Projeto "Comer Devagar e Bem & Mexe-te Também" teve como objetivo, contribuir para a promoção de um conjunto de comportamentos que reforcem a prática de hábitos alimentares saudáveis e de atividade física num grupo de crianças. Sendo abordado e debatido, com as crianças, a importância de tomar o pequeno-almoço/lanches e fazer exercício físico; a importância de beber água, comer hortofrutícolas e fazer exercício físico; a importância de comer sopa e fazer exercício físico; e a importância de saber interpretar os rótulos dos alimentos e fazer exercício físico.

- Projeto "Retorno às aulas com energia"

Com esta iniciativa, pretendeu-se sensibilizar crianças, pais, encarregados de educação e professores, contribuindo para a diminuição da prevalência da obesidade infantil no nosso país, através da melhoria dos hábitos alimentares e da realização de atividade física regular, assim como a importância de serem adotados bons hábitos alimentares de higiene no dia-a-

dia. No âmbito deste projeto foi elaborado o livro "Crescer Forte e Saudável" que, para além de apresentar um conjunto de receitas fáceis de preparar, apresenta alguns conceitos sobre alimentação saudável e exercício físico.

- Projeto Nutri Ventures

O projeto Nutri Ventures pretendeu criar, através do entretenimento, um ambiente positivo em torno do tema da alimentação saudável, levando a que as crianças associem bons sentimentos a comida saudável e criando uma oportunidade única para os pais, professores, nutricionistas e demais profissionais de saúde influenciarem a alimentação das crianças.

A série foi transmitida na RTP2 e no Canal Panda.

- Programa 100%

O Programa 100%, surge como um modelo de intervenção nos refeitórios escolares no sentido de contribuir para uma fidelização dos alunos a um espaço onde pode encontrar uma refeição saudável a baixo custo, sendo o principal objetivo desta programa melhorar a alimentação em Portugal.

2 O PAPEL DA FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTO-JUVENIL

As famílias têm um grande impacto na saúde das crianças, constituem o seu primeiro ambiente de aprendizagem e possuem o potencial necessário para desenvolver estilos de vida saudáveis. No âmbito da alimentação, os pais constituem modelos e moldam de diferentes formas o comportamento alimentar da criança e conseqüentemente o seu peso (Aparício, 2010; Duarte, 2011).

Spada (2005) refere que a família, torna-se o primeiro educador em alimentação para as crianças e adolescentes e o fator que provoca atenção no meio familiar é a quantidade de alimentos e não a sua composição. Promover o padrão de hábitos alimentares saudáveis é, muitas vezes, esquecido, atribuindo maior ênfase na quantidade e não na qualidade.

Durante a infância, a família é responsável pela formação do comportamento alimentar da criança através da aprendizagem social, tendo os pais o papel de primeiros educadores nutricionais. Neste âmbito, os fatores culturais e psicossociais da família influenciam as experiências alimentares da criança, desde o momento do nascimento, dando início ao processo de aprendizagem (Ramos & Stein, 2000).

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 (Nunes & Breda, 2005).

Portanto, se pretendemos alterar os hábitos alimentares das crianças para hábitos mais saudáveis é importante começar pelas figuras que assumem maior importância no seu desenvolvimento global, nomeadamente os pais e as suas práticas educativas, uma vez que constituem a principal influência ambiental no que diz respeito à alimentação (Abreu, 2010).

Apesar da criança apresentar determinadas tendências biológicas relacionadas com a alimentação, esse comportamento é modificado consoante os pais agem, estes servem de modelos que direta ou indiretamente influenciam as escolhas e comportamentos alimentares dos filhos (Melo & Tapadinhas, 2012).

Para que a intervenção com os pais tenha sucesso, é necessário que estes tomem consciência das conseqüências que o excesso de peso e a obesidade podem ter na vida dos seus filhos, ou seja, é importante que os pais percebam que as práticas adotadas no seu dia-a-dia, vão repercutir-se ao longo da vida dos seus filhos. Muitos pais não encaram o excesso de peso na infância como um problema, decorrente de crenças interiorizadas por estes, é exemplo disso a ideia de que uma criança “gordinha” é uma criança saudável e por isso recebe

os melhores cuidados por parte dos pais, sendo assim sinal do sucesso parental e de um bom estado de saúde (Abreu, 2010; Mayer, 2011; Macedo, Festas & Vieira, 2012).

Por outro lado, assistimos a situações em que os pais têm consciência do problema de excesso de peso ou de obesidade infantil e mostram-se preocupados, mas não sabem como agir mantendo comportamentos e práticas ineficazes na mudança dos hábitos alimentares (Mayer, 2011). Os pais necessitam tomar consciência de que os seus conhecimentos sobre nutrição, as suas escolhas dos alimentos, os padrões alimentares em casa, bem como, o estilo de vida ativo ou sedentário, são determinantes importantes para o desenvolvimento dos hábitos dos seus filhos (Gabriel, Santos & Vasconcelos, 2008). Assim, os pais devem estar sensibilizados para a importância de orientarem as suas práticas educativas, por forma a proporcionar estilos de vida apropriados e padrões alimentares saudáveis (Bem & Wagner, 2006).

Moens & Braet (2012), referem existir vários estudos que apresentam bons resultados na diminuição da obesidade infantil, quando as intervenções são dirigidas aos pais, sendo estes os agentes de mudanças.

3 O PAPEL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTO-JUVENIL

É de fundamental importância abordar o papel do enfermeiro como mediador importante na prevenção da obesidade infantil (Ramos et al., 2011), pois os enfermeiros têm um papel preponderante na vigilância, intervenção e acompanhamento do desenvolvimento infantil, reconhecendo os seus prestadores de cuidados diretos, como principais promotores desse desenvolvimento. É por isso, da competência do enfermeiro, avaliar o estado de saúde, crescimento e desenvolvimento das crianças nas consultas de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

De acordo com os guias orientadores de boas práticas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, é ao Centro de Saúde que a maior parte dos pais recorre quando tem dúvidas relacionadas com a alimentação (Ordem Enfermeiros, 2010).

Desde há muito que os enfermeiros, nomeadamente, de cuidados de saúde primários, desenvolvem projetos de saúde junto da população, na promoção de uma alimentação saudável e na adoção de estilos de vida saudáveis. Estes projetos podem estar integrados em programas nacionais de saúde: Saúde Escolar, Saúde Infantil, Saúde Materna ou Saúde do Adulto (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

A consulta de Enfermagem em Saúde Infantil, quer nos serviços de saúde, quer em contexto domiciliário, constitui um recurso fundamental para os cuidados, nomeadamente na promoção da alimentação adequada (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Araújo, Lemos & Chaves (2006), mencionam que nas consultas de enfermagem é importante medir e pesar a criança, desde os seus primeiros dias de vida, sendo os dados registados no boletim de saúde infantil e juvenil, para acompanhamento do crescimento e ganho de peso, conforme a idade. Desta maneira fica muito fácil, perceber quando a criança está com excesso de peso e que medidas de prevenção podem ser tomadas, questionando a mãe ou cuidador da criança sobre a alimentação, nomeadamente, o tipo de alimentos fornecidos e quais os intervalos das refeições, de acordo com a idade. A função do enfermeiro é educar e vigiar, explicando aos pais das crianças obesas, como o padrão alimentar ineficaz pode comprometer o desenvolvimento biopsicossocial da criança. Os Enfermeiros realizam educação para a saúde, transmitindo a informação nutricional oportuna, levando à implementação de estratégias e intervenções para a família. Para o enfermeiro intervir deve conhecer a criança, os seus antecedentes, a sua família, os estilos de vida, hábitos alimentares, hábitos de atividade física e outros comportamentos, ou seja, é importante avaliar o meio

onde a criança cresce, se desenvolve e os fatores que possam interferir no desenvolvimento estato-ponderal e influenciar para o excesso de peso e obesidade. Mas, é sobretudo na família e com a família que este problema tem que ser enfrentado, a família da criança terá que ser pensada como um foco de cuidado a privilegiar (Padez et. al., 2004).

O PNSIJ refere que, a manutenção e a promoção da saúde da criança é considerado, como um imperativo para os profissionais e para os serviços de saúde, devendo ser facilitado o desenvolvimento da função parental, e das competências parentais como um direito e um dever de consciencialização, de responsabilização dos pais e familiares (DGS, 2013a)

Os enfermeiros são os principais facilitadores do processo de prevenção da obesidade infantil, pois assumem o compromisso de uma monitorização constante da criança, acompanham a evolução das curvas de crescimento e desenvolvimento da criança, desde o seu nascimento até à fase adulta, avaliando o seu peso e altura, a capacidade física e a alimentação. Deste modo detetam áreas em risco ou problemas potenciais e aconselham os pais ou cuidadores de uma forma adequada.

No contato privilegiado que os enfermeiros de família, têm com as famílias e crianças, é importante que os enfermeiros orientem os pais, sobre algumas formas de prevenção da obesidade infantil, para que possam interagir com os seus filhos, mostrando as consequências da doença e posteriormente os benefícios de uma melhor qualidade de vida.

As intervenções bem-sucedidas envolvem os pais, uma vez que eles são modelos da conduta alimentar e física. É justamente, a falta de envolvimento dos pais no tratamento a maior barreira, citada pelos profissionais de saúde que atuam nessa área. A prevenção é um método efetivo para o controle da obesidade infantil, porém, é necessário um melhor entendimento dos fatores associados ao comportamento dos pais, para estimular um comprometimento maior no tratamento da obesidade (Tenório & Cobayashi, 2011).

Rocha et al (2014), enfatizaram as influências de aspetos psicossociais, no desenvolvimento da obesidade, havendo necessidade do enfermeiro conhecer o ambiente familiar onde a criança está inserida e os conflitos evidenciados, que funcionam como mediadores da obesidade infantil.

É fundamental o apoio e educação dos pais e da família, para o sucesso na luta contra a obesidade infantil. Quanto mais cedo for diagnosticado e tratado melhor serão os resultados futuros, e o papel do enfermeiro é de grande valia. O enfermeiro orienta e fornece informações para a prevenção e controle da situação vivida, bem como, presta o apoio emocional à criança e seus responsáveis, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida (Domingos & Netto, 2006).

CAPITULO II - ESTUDO EMPÍRICO

1 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo, procedemos à apresentação do processo metodológico, utilizado para a elaboração do presente estudo. Assim, começamos por apresentar as reflexões que estiveram subjacentes à contextualização do estudo, seguindo-se o tipo de estudo, a população, a amostra, a problemática e objetivos, o instrumento de recolha de dados e variáveis em estudo e, por último, os procedimentos adotados na recolha de dados e no tratamento estatístico.

1.1 Contextualização do estudo

A escolha do tema, deve-se à nossa experiência profissional no desempenho de funções de enfermeira de família, na Unidade de Saúde Familiar (USF) de Sta. Joana, no âmbito do qual, decorrem consultas de saúde infantil e juvenil, nas quais contactamos com crianças com excesso de peso ou com obesidade, e consideramos importante a caracterização desta realidade do ponto de vista, da prevalência da obesidade infantil e da caracterização dos hábitos alimentares, frequência alimentar e hábitos de vida das crianças/adolescentes, para se poderem, delinear estratégias de orientação das crianças e suas famílias.

O estudo foi realizado na USF Sta. Joana, por ser o nosso local de trabalho e de intervenção, como referido anteriormente, portanto de maior acessibilidade, constituindo-se um fator importante para a sua concretização.

A USF Sta. Joana é uma unidade funcional de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica e integrada na rede das unidades funcionais do ACeS (Agrupamentos de Centros de Saúde) Baixo Vouga, prestando serviços, à população de quase toda a área geográfica do concelho de Aveiro (Figura 2), tendo como prioritária, a área que corresponde à freguesia de Sta. Joana, mas tem utentes de quase todas as outras freguesias do concelho, nomeadamente, Esgueira, S. Bernardo, Cacia, Eixo, Oliveirinha, N^a Sr.^a de Fátima e Glória/Vera-Cruz (USF Sta. Joana, 2015).

Figura 2 - Mapa das freguesias do concelho de Aveiro



Fonte: Site da Câmara Municipal de Aveiro

Sta.^a Joana é uma freguesia central do Concelho de Aveiro, com uma área geográfica total de 5,83 km² e uma densidade populacional de 8.094 habitantes, das quais 14.6% são crianças ou adolescentes (Demografia em Aveiro, n.d.).

Apresenta características mistas, pois integra uma zona mais antiga, com características rurais e população algo envelhecida e uma zona habitacional moderna, com uma população jovem e crescente. Inclui dois Bairros Sociais (Caião e Griné) e apresenta vias de comunicação acessíveis, mas meios de transporte públicos em alguns casos insuficientes (USF Sta. Joana, 2014).

1.2 Tipo de estudo

Desenvolvemos um estudo do tipo exploratório descritivo, partindo do pressuposto que o mesmo, permitirá aprofundar os conhecimentos acerca do fenómeno em estudo e adquirir mais competências a respeito da problemática, e inclui uma parte correlacional, com o objetivo de analisar, as relações existentes entre algumas variáveis.

Classificamos ainda, o estudo como transversal, porque fornece um diagnóstico atual da saúde da população e analítico porque procura investigar a relação exposição-doença.

A pesquisa, é de carácter quantitativo, dado que se traduz em números as informações para serem classificadas e analisadas, utilizando técnicas estatísticas.

1.3 População e Amostra

A população foi constituída, por todas as crianças e adolescentes de ambos os sexos, dos 6 aos 18 anos de idade, inscritas na USF Sta. Joana a 20/10/2015, perfazendo um total de 1573 crianças/adolescentes, dos quais 784 do sexo masculino e 789 do sexo feminino.

A escolha destas idades, deve-se ao facto de alguns autores, revelarem que a ocorrência de obesidade tem aumentado particularmente entre crianças e adolescentes em idade escolar (Lourenço et al., 2011/2012; Solbes & Enesco, 2010; Lopes, Prado & Colombo, 2010).

Não nos sendo possível, estudar o total da população, por se tornar moroso, recorreremos ao método de amostragem probabilística. O valor total da amostra foi calculado, pela amostra corrigida para populações finitas, com erro amostral de 4%, o que totalizou 447 crianças/adolescentes. Para compensar eventuais recusas e faltas considerámos mais 10%.

Foi nosso objetivo, estudar todos os ficheiros de cada enfermeiro de família da USF, em proporção idêntica, pelo que recorreremos ao método de amostragem estratificada, que consistiu em termos a mesma proporção de crianças/adolescentes, previamente identificados na população, representados na amostra em proporção idêntica há que existe na população. Depois de definido o tamanho da amostra, seleccionámos as crianças/adolescentes para aplicar o instrumento de colheita de dados, através da amostra aleatória com recurso ao Excel (Anexo II).

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão e de exclusão:

Critérios de inclusão:

- Crianças/adolescentes terem entre 6 a 18 anos de idade;
- A pessoa que acompanha a criança/adolescente conhecer os seus hábitos alimentares, perceber os objetivos do estudo e querer participar.

Critérios de exclusão:

- Crianças/adolescentes não acompanhadas por um adulto;
- Crianças/adolescentes com patologia que comprometam o crescimento (Síndrome de Down, Paralisia Cerebral);
- Não comparecer no dia calendarizado.

Após definição da amostra e critérios de inclusão e exclusão, foram convidadas a participar no estudo 505 crianças/adolescentes, sendo a amostra final constituída por 447 participantes. Faltaram 42 crianças, cinco recusaram participar e cinco não atenderam o

telefone quando convocámos para a participação no estudo. Uma criança não participou, por ter sido transferido para outra unidade de saúde e cinco foram excluídos, destes, uma adolescente foi à consulta sozinha e quatro estavam integrados numa instituição de acolhimento de crianças e o seu cuidador não tinha informação suficiente para responder ao questionário.

1.4 Questões e hipóteses de investigação

Definimos como questões de investigação:

- **Qual a prevalência do excesso de peso ou de obesidade das crianças/adolescentes dos 6 aos 18 anos de idade, da USF Sta. Joana?**
- **Quais os hábitos alimentares, frequência alimentar e hábitos de vida das crianças/adolescentes dos 6 aos 18 anos de idade, da USF Sta. Joana?**
- **Quais os fatores relacionados com a criança/adolescente e seus pais, que poderão influenciar o excesso de peso ou a obesidade das crianças/adolescentes dos 6 aos 18 anos de idade da USF Sta. Joana?**

Neste âmbito, definimos como objetivos:

- Determinar a prevalência de excesso de peso ou de obesidade das crianças/adolescentes dos 6 aos 18 anos de idade, da USF Sta. Joana;
- Caracterizar os hábitos alimentares, a frequência alimentar e os hábitos de vida das crianças/adolescentes dos 6 aos 18 anos de idade, da USF Sta. Joana;
- Identificar a relação entre algumas variáveis sociodemográficas e clínicas, das crianças/adolescentes dos 6 aos 18 anos de idade, da USF Sta. Joana e o excesso de peso ou a obesidade destas;
- Identificar a relação entre algumas variáveis sociodemográficas e clínicas dos pais e o excesso de peso ou a obesidade das crianças/adolescentes dos 6 aos 18 anos de idade, da USF Sta. Joana;
- Identificar a relação entre algumas variáveis, relativas aos hábitos alimentares e à frequência alimentar e o excesso de peso ou a obesidade das crianças/adolescentes dos 6 aos 18 anos de idade, da USF Sta. Joana;
- Identificar a relação entre algumas variáveis dos hábitos de vida e o excesso de peso ou obesidade das crianças/adolescentes dos 6 aos 18 anos de idade, da USF Sta. Joana.

Para o nosso estudo, levantámos hipóteses simples não direcionadas, nomeadamente:

- **Hipótese 1:** O excesso de peso ou a obesidade da criança/adolescente, está relacionado com as suas variáveis sociodemográficas (idade, género, tipo de família, zona de habitação) e variáveis clínicas (tempo de amamentação, restrição alimentar, patologia).
- **Hipótese 2:** O excesso de peso ou obesidade da criança/adolescente, está relacionado com as variáveis sociodemográficas (idade e nível de escolaridade) e clínicas (IMC) dos pais.
- **Hipótese 3:** O excesso de peso ou obesidade da criança/adolescente, está relacionado com alguns hábitos e frequência alimentar destes.
- **Hipótese 4:** O excesso de peso ou obesidade da criança/adolescente, está relacionado com alguns dos seus hábitos de vida (atividade física, tempo de visionamento de televisão, tempo a jogar computador, playstation ou outros jogos interativos, horas de sono).

1.5 Instrumento de recolha de dados e variáveis em estudo

Tendo em conta os objetivos do estudo e a revisão da literatura efetuada, o instrumento de recolha de dados (Anexo III), foi adaptado, com base no Questionário de Frequência Alimentar e Hábitos Saudáveis dirigido a crianças dos 3-7 anos, da Plataforma Portuguesa Contra a Obesidade (Rito, 2007); e nas variáveis em estudo apresentadas no relatório do *Health Behavior of School - Aged Children – HBSC* (Matos, Simões, Camacho, Reis & Aventura Social, 2014).

O nosso questionário é composto por 68 questões, estando dividido em quatro partes:

Parte I – Caracterização sociodemográfica da criança/adolescente e dos pais

A caracterização sociodemográfica foi constituída por 8 perguntas fechadas, 5 relativas à caracterização das crianças/adolescentes e 3 relacionadas com a caracterização dos pais.

A **caraterização sociodemográfica da criança/adolescente** incluiu as seguintes variáveis: idade, género, nível de escolaridade que frequentava, tipo de família e zona de habitação.

No que se refere à idade da criança, definimos classes tendo como referência a periodicidade da calendarização de consultas do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil,

(DGS, 2013b), embora para abranger as crianças de todas as idades tenhamos agrupado a idade, respetivamente, em 6-7 anos; 8-9 anos; 10-11 anos; 12-13 anos e 14-18 anos, para cada classe considerámos o limite superior e mais 364 dias.

O género foi avaliado em masculino e feminino (Porto Editora, 2015).

Quanto ao nível de escolaridade que a criança/adolescente frequentava, foram definidas categorias, segundo a organização do Sistema Educativo Português (Direção-Geral da Educação, 2015).

No que se refere ao tipo de família, considerámos as categorias existentes no sistema informático do SClínico, designadamente, família nuclear/simples, alargada/extensa, reconstruída/recombinada ou monoparental.

Para a zona de habitação considerámos zona urbana e zona rural (Porto Editora, 2015).

Na **caraterização sociodemográfica dos pais da criança/adolescente**, considerámos as seguintes variáveis: idade, nível de escolaridade e profissão.

A idade dos pais foi categorizada em 4 classes, respetivamente: 25 - 34 anos; 35 - 44 anos; 45 - 54 anos; 55 - 65 anos.

O nível de escolaridade foi categorizado de acordo, com os níveis de ensino da Direção-Geral da Educação (2014) e a profissão segundo, a Classificação Portuguesa das Profissões (Instituto Nacional de Estatística, 2010).

Parte II- Caraterização Clínica da criança/adolescente e dos pais

A caracterização clínica foi constituída por 7 perguntas, algumas fechadas e outras abertas, das quais, 6 relativas à caracterização clínica da criança/adolescente e 1 relacionada com os pais.

Na **caracterização clínica da criança/adolescente** incluiu-se: tempo de aleitamento materno; restrição alimentar e tipo de restrição alimentar; patologia e tipo de patologia; dados antropométricos (Peso, Altura, IMC e percentil de IMC).

Na **caraterização clínica dos pais da criança/adolescente** incluímos somente os dados antropométricos (Peso, Altura e IMC).

De referir que o tempo de aleitamento materno foi categorizado, de acordo com a indicação da WHO (2001) para o aleitamento materno exclusivo de 6 meses, por isso, consideramos uma duração <6 meses ou ≥ 6 meses.

Em relação à restrição alimentar e patologia foi questionado se apresentavam alguma e se sim, qual.

O IMC foi calculado de acordo com a fórmula: $\text{Peso (kg) / Altura}^2 \text{ (m)}$ (Plataforma Contra a Obesidade, n.d.).

Para os pais, o IMC foi classificado em 4 categorias, segundo a DGS (2005a) e para as crianças/adolescentes o IMC foi percentilado, de acordo com as curvas de crescimento da DGS (2012), conforme expresso na Tabela 2.

Tabela 2- Classificação do peso, em função do índice de massa corporal

Classificação	Pais da criança/adolescente	Criança/adolescente
	IMC (Kg/m ²) (DGS, 2005)	Percentil IMC (DGS, 2012)
Baixo Peso	<18.5	IMC <p3
Peso Normal	18.5 – 24.9	p3 < IMC < p85
Excesso de Peso	25.0 – 29.9	85 ≤ IMC < p97
Obesidade	≥ 30	IMC ≥ p97

Parte III – Caracterização dos hábitos e frequência alimentar da criança/adolescente

No que diz respeito aos **hábitos alimentares** considerámos 12 perguntas, algumas fechadas e outras abertas, tendo incluído as seguintes variáveis: frequência das refeições; tipo de alimentos que habitualmente ingerem em cada refeição; consumo de sopa e quantidade de ingestão de água.

Para a avaliação da frequência das refeições e do consumo de sopa, foram categorizadas em: nunca; às vezes; todos os dias, com base no estudo HBSC (Matos, Simões, Camacho, Reis & Aventura Social, 2014).

Em relação à variável tipo de alimentos que comem habitualmente às refeições, nomeadamente, pequeno-almoço e lanches da manhã e da tarde, estas foram avaliadas através de uma pergunta aberta, pois a investigadora tinha interesse em saber de forma discriminada o que comiam, no entanto para efeitos de análise, os dados foram categorizados em refeições mais ou menos saudáveis, de acordo com os alimentos açucarados e não açucarados. No que se refere ao almoço e jantar, foi efetuada a sua categorização atendendo à composição da refeição (sopa, prato principal, fruta).

Quanto à variável quantidade de ingestão de água, considerámos como referência as recomendações da hidratação para os Portugueses (Instituto Hidratação e Saúde, 2010), nomeadamente: <4 copos; ≥4 - <6 copos; ≥6 copos.

A avaliação da **frequência alimentar** foi efetuada considerando como variáveis, o consumo de alimentos por grupos alimentares: leite e derivados; carne, pescado e ovos; leguminosas e derivados; cereais e derivados e tubérculos; hortícolas; frutas; gordura e óleos; doces e pastelaria; bebidas (Tabela 3), de acordo com a adaptação do questionário de frequência alimentar da plataforma contra a obesidade (Rito, 2007)

Tabela 3 - Consumo alimentar por grupos

Grupos alimentares	Indicadores (consumo de)
Leite e derivados	Leite
	logurtes
	Manteiga
	Queijo
Carne, Pescado e Ovos	Carne de vaca, porco, cabrito, borrego
	Carne de frango, peru, coelho
	Peixe gordo (sardinha, salmão, cavala, carapau, perca, etc.)
	Peixe magro (pescada, linguado, cherne, faneca, dourada, etc.)
	Ovos
	Hambúrgueres / cachorros
Leguminosas e derivados	Leguminosas secas (feijão, grão de bico, etc.)
	Leguminosas verdes (ervilhas, favas, feijão verde, etc.)
Cereais e derivados e tubérculos	Pão ou tostas
	Arroz
	Massas
	Batatas
	Cereais açucarados (Estrelitas, Chocapic, Nestum, etc.)
	Cereais sem açúcar (Weetabix, All-bran, Corn-flakes, Kellogs, etc.)
	Pizza
	Batatas fritas
Hortícolas	Couves
	Alface
	Tomate
	Cenoura
Frutas	Fruta natural (maça, pêra, banana, laranja, Kiwi, etc.)
	Frutos de conserva (pêssego, ananás, etc.)
	Frutos secos (amêndoa, avelãs, amendoins, nozes, etc.)
Gordura e óleos	Azeite
	Óleos

Grupos alimentares	Indicadores (consumo de)
	Margarina
Doces e pastelaria	Bolachas tipo Maria ou torrada
	Outras bolachas, bolos ou biscoitos
	Snacks de chocolate (Mars, Twix, Kit-Kat, etc.)
Bebida	Refrigerantes ou sumos de pacote
	Sumos de fruta natural

Esta parte do questionário foi constituída por 35 perguntas fechadas, incluindo as seguintes possibilidades de resposta: nunca ou raramente; 1 vez de 15-15 dias; 1 a 3 vezes por semana; 4 a 7 vezes por semana e mais de 1 vez por dia.

- Parte IV – Caraterização dos hábitos de vida da criança/adolescente

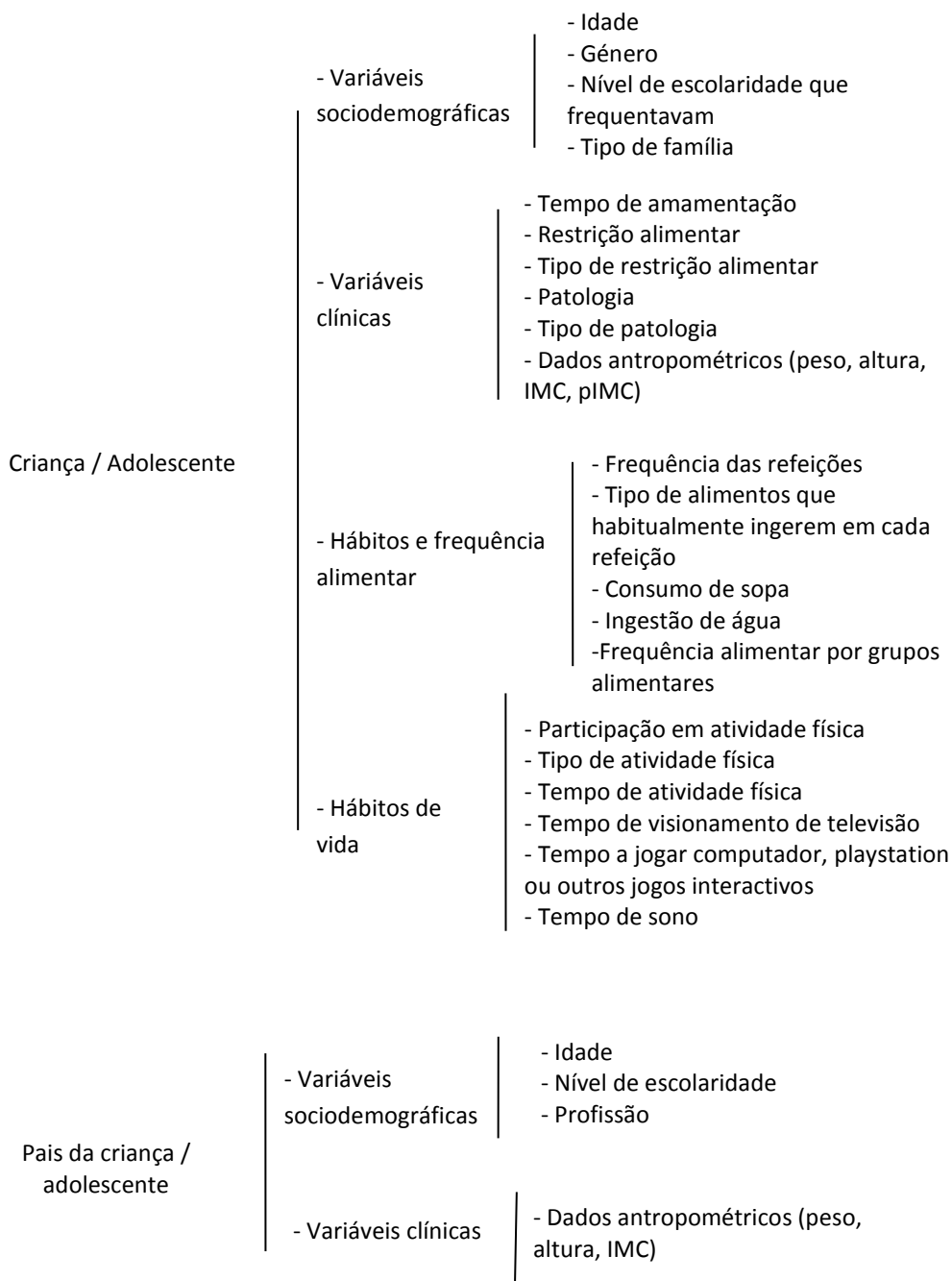
Foram avaliados alguns hábitos de vida da criança/adolescente, nomeadamente: participação em alguma atividade física; o tipo de atividade física e duração; tempo de visionamento de televisão e de jogos de computador, playstation ou outros jogos interativos, durante a semana e ao fim de semana; número de horas de sono por noite.

As variáveis foram categorizadas tendo como base o relatório do estudo HBSC (Matos, Simões, Camacho, Reis & Aventura Social, 2014), ou seja, o tempo de atividade física foi agrupado em: cerca de meia hora; cerca de 1 hora; cerca de 2-3 horas; cerca de 4-6 horas; 7 horas ou mais e o tempo de visionamento de televisão e tempo a jogar computador, playstation ou outros jogos interativos em: ½ hora ou menos; 1 a 3 horas; 4 horas ou mais.

No nosso estudo, considerámos como variável dependente o percentil de IMC da criança/adolescente, baseado nos critérios da OMS, já referido anteriormente.

Como variáveis independentes definimos as variáveis sociodemográficas, clínicas, as relacionadas com os hábitos alimentares, frequência alimentar e hábitos de vida, conforme Figura 3.

Figura 3 - Variáveis independentes do estudo



1.6 Procedimentos na recolha de dados e considerações éticas

Para a recolha de dados foram cumpridos os princípios éticos da Declaração de Helsínquia, bem como os procedimentos éticos recomendados para a realização de estudos de investigação, tendo sido obtida autorização para a realização do estudo no ACeS Baixo Vouga, bem como parecer favorável da Comissão de Ética (Anexo IV).

Procedemos igualmente à obtenção do consentimento livre e esclarecido dos participantes (Anexo V), mediante esclarecimento aos pais/responsáveis das crianças/adolescentes sobre os objetivos do estudo.

Importa referir que a investigadora teve acesso a alguns dados retirados da plataforma informática do SClínico, visto que, exerce a atividade de enfermeira na unidade onde decorreu o estudo (USF - Santa Joana), e o mesmo foi considerado um projeto da instituição, mediante proposta da investigadora, conforme autorização do Coordenador e Conselho técnico da USF. (Anexo VI)

Neste estudo os sujeitos participantes foram os pais/responsáveis das crianças/adolescentes, tendo sido a investigadora a aplicar os questionários, no período entre 21 de Novembro de 2015 e 30 de Junho de 2016.

Numa primeira fase, foi efetuado contacto telefónico com os pais das crianças/adolescentes, os quais foram convidados a participar no estudo. Posteriormente, após a aceitação de participação no estudo, procedeu-se à marcação do dia e a hora para a recolha de dados, mas, caso a criança/adolescente tivesse consulta marcada na USF durante os meses em que decorreu a colheita de dados, era convocada a participar nessa altura.

Foi efetuado um pré-teste do questionário, dirigido a cinco pais durante as consultas de saúde infantil e juvenil, realizado pela investigadora, onde os participantes não relataram dificuldade na compreensão das frases, não tendo sido efetuadas alterações. O tempo de autopreenchimento foi de cerca de 20 minutos.

1.7 Procedimentos de análise dos dados

O tratamento de dados foi efetuado com recurso ao programa informático para Windows-Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22, com recurso à estatística descritiva e inferencial.

Em relação à estatística descritiva, utilizámos medidas de tendência central (média, valor mínimo e máximo) e medidas de dispersão (desvio padrão).

No que se refere à estatística inferencial, para associações recorreremos aos testes de Rhô e T_{bau} de Kendall; para comparar proporções utilizámos o Qui Quadrado, quando o valor das células era superior a 5.

2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, damos a conhecer os resultados da investigação, apresentando a caracterização sociodemográfica e clínica da criança/adolescente e seus pais. Seguindo-se a caracterização dos hábitos e frequência alimentar e hábitos de vida da criança/adolescente e posteriormente os testes de hipótese.

Caraterização sociodemográfica da criança/adolescente

Os dados relativos às características sociodemográficas da criança/adolescente da amostra, são apresentados na Tabela 4. Constatamos que a maioria das crianças/adolescentes (32,6%) se incluiu na classe etária dos 14 e 18 anos e que 51,9% foram do género masculino e 48,1% do género feminino.

No que diz respeito ao nível de escolaridade, a maioria das crianças/adolescentes (37,0%) frequentava o 1º ciclo. O tipo de família mais frequente correspondeu à família nuclear (67,1%), seguindo-se em termos de representatividade a família monoparental (20,6%). A maioria das crianças vivia em uma zona rural (58,8%).

Tabela 4 - Dados da caracterização sociodemográfica da criança/adolescente

Variáveis	Categorias	n (%)
Classe etária	6 -7 anos	92 (20,6)
	8 - 9 anos	67 (15,0)
	10 - 11 anos	74 (16,6)
	12 - 13 anos	68 (15,2)
	14 - 18 anos	146 (32,6)
Género	Masculino	232 (51,9)
	Feminino	215 (48,1)
Ciclo de escolaridade que frequentava	Não frequenta nenhum	12 (2,7)
	1º Ciclo	165 (37,0)
	2º Ciclo	77 (17,2)
	3º Ciclo	85 (19,0)
	Ensino secundário	103 (23,0)
	Ensino superior	5 (1,1)
Tipo de família	Família nuclear/simples	300 (67,1)
	Família alargada/extensa	40 (8,9)
	Família reconstruída/recombinada	15 (3,4)

Variáveis	Categorias	n (%)
	Família monoparental	92 (20,6)
Zona de habitação	Zona urbana	184 (41,2)
	Zona rural	263 (58,8)

Caraterização sociodemográfica dos pais da criança/adolescente

Na caraterização sociodemográfica dos pais da criança/adolescente, podemos constatar pela análise da Tabela 5, que a idade variou entre os 25 e 64 anos, encontrando-se a maioria dos pais (49,9%) e mães (50,6%) na classe etária dos 35-44 anos, com uma média de idades respetivamente de 43 anos o pai e de 41 anos a mãe.

Verificámos que as mães apresentavam níveis de escolaridade mais elevados do que os pais. Efetivamente as mães apresentavam uma taxa de 27,3% com o ensino superior e os pais apresentavam uma taxa de 22,1% com o 3º ciclo, de referir que 4 mães e 1 pai, não sabiam ler nem escrever.

Quanto à profissão, 26,0% das mães eram trabalhadoras dos serviços pessoais, de proteção e segurança, vendedoras e que 33,5% dos pais eram operários, artífices e trabalhadores similares. Nas profissões relacionadas com atividades intelectuais e científicas verificámos que ambos apresentavam taxas muito similares, nomeadamente 17% nos pais e 19,5% nas mães.

Tabela 5 - Dados da caraterização sociodemográfica dos pais da criança/adolescente

Variáveis	Categorias	Pai n (%)	Mãe n (%)
Idade	25 – 34 anos	33 (7,4)	79 (17,6)
	35 – 44 anos	223 (49,9)	226 (50,6)
	45 – 54 anos	142 (31,8)	122 (27,3)
	55 - 65 anos	27 (6,0)	13 (2,9)
	Não sabe*	22 (4,9)	7 (1,6)
Nível de Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	1 (0,2)	4 (0,9)
	1º Ciclo	52 (11,6)	35 (7,8)
	2º Ciclo	92 (20,6)	64 (14,3)
	3º Ciclo	99 (22,1)	106 (23,7)
	Ensino secundário	89 (20,0)	108 (24,2)
	Ensino superior	94 (21,0)	122 (27,3)
	Não sabe*	20 (4,5)	8 (1,8)

Variáveis	Categorias	Pai n (%)	Mãe n (%)
Profissão	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	20 (4,5)	12 (2,7)
	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	76 (17,0)	87 (19,5)
	Técnicos e profissões de nível intermédio	44 (9,8)	15 (3,4)
	Pessoal administrativo	15 (3,4)	40 (8,9)
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança, vendedores	30 (6,7)	116 (26,0)
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	4 (0,9)	4 (0,9)
	Operários, Artífices e trabalhadores similares	150 (33,5)	52 (11,6)
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	28 (6,3)	2 (0,4)
	Trabalhadores não qualificados	13 (2,9)	83 (18,6)
	Desempregado	33 (7,4)	30 (6,7)
	Não sabe*	34 (7,6)	6 (1,3)

*Referem não saber, porque já faleceram ou as crianças não têm contato com os pais/mães

Caraterização Clínica da criança/adolescente

Os resultados relativos à caraterização clínica da criança/adolescente encontram-se descritos na Tabela 6. Verificámos que quase metade das crianças (49%) foram aleitadas menos 6 meses, no entanto é de destacar que 43,4% foram aleitadas por um período igual ou superior a 6 meses.

Verificámos que 10 crianças/adolescentes apresentaram restrições alimentares, designadamente, 9 com Intolerância à lactose e 1 ao Glúten. Também referiram que 11 apresentavam patologias, entre as quais, Hipolactasia (8), Asma (1), Doença Celíaca (1) e Hipolactasia + asma (1).

Quanto ao percentil do índice de massa corporal, apesar da maioria das crianças/adolescentes (67,1%) apresentarem peso normal, é de salientar que 32,5% dos participantes apresentam excesso de peso e obesidade.

Tabela 6 - Dados da caracterização clínica da criança/adolescente

Variáveis	Categorias	n (%)
Tempo de amamentação	< a 6 meses	219 (49,0)
	≥ a 6 meses	194 (43,4)
	Não Sabe	34 (7,6)
Restrição alimentar	Não	437 (97,8)
	Sim	10 (2,2)
Tipo de restrição alimentar	Intolerância à lactose	9 (2,0)
	Intolerância ao Glúten	1 (0,2)
Patologia	Não	436 (97,5)
	Sim	11 (2,5)
Tipo de patologia	Asma	1 (0,2)
	Doença Celíaca	1 (0,2)
	Hipolactasia	8 (1,9)
	Hipolactasia + Asma	1 (0,2)
Percentil IMC	Baixo Peso	2 (0,4)
	Peso ideal	300 (67,1)
	Excesso de peso	88 (19,7)
	Obesidade	57 (12,8)

Caracterização Clínica dos pais da criança/adolescente

Os dados da caracterização clínica dos pais da criança/adolescente encontram-se descritos na Tabela 7. Verificamos que 48,8% das mães apresentaram um peso normal e que o excesso de peso ou a obesidade tem maior prevalência nos pais com 61,5%, sendo nas mães de 47,6%.

Tabela 7 - Dados da caracterização clínica dos pais da criança/adolescente

Variável	Categorias	Pai n (%)	Mãe n (%)
IMC	Baixo peso	0 (0,0)	7 (1,6)
	Peso normal	114 (25,5)	218 (48,8)
	Excesso de peso	197 (44,1)	149 (33,3)
	Obesidade	78 (17,4)	64 (14,3)
	Não sabe	58 (13,0)	9 (2,0)

Caraterização dos hábitos e frequência alimentar da criança/adolescente

Hábitos alimentares

Os resultados relativos à frequência com que faziam as refeições encontram-se descritos na Tabela 8. Verificámos que a maioria das crianças/adolescentes (90,6%) tomava o pequeno-almoço todos os dias, contudo constatámos que 9,2% destes sujeitos, apenas o tomava às vezes e no caso de uma criança é referido que nunca fazia esta refeição.

Em relação ao almoço (99,3%) e ao jantar (98,9%), estas eram realizadas quase pela totalidade das crianças/adolescentes todos os dias, no entanto, 3 crianças/adolescentes (0,7%) referiram que só às vezes é que almoçavam e 4 crianças (0,9%) não jantavam todos os dias.

Os lanches da manhã e da tarde, eram realizados todos os dias respetivamente por 77% e 83% das crianças/adolescentes, de referir que 9,8% nunca realizavam o lanche da manhã e 1,3% nunca realizavam o lanche da tarde.

Tabela 8 - Frequência com que faziam as refeições

Variáveis	Categorias	n (%)
Pequeno-almoço	Nunca	1 (0,2)
	Às vezes	41 (9,2)
	Todos os dias	405 (90,6)
Lanche da Manhã	Nunca	44 (9,8)
	Às vezes	59 (13,2)
	Todos os dias	344 (77,0)
Almoço	Nunca	0 (0,0)
	Às vezes	3 (0,7)
	Todos os dias	444 (99,3)
Lanche da Tarde	Nunca	6 (1,3)
	Às vezes	70 (15,7)
	Todos os dias	371 (83,0)
Jantar	Nunca	1 (0,2)
	Às vezes	4 (0,9)
	Todos os dias	442 (98,9)

O tipo de pequeno-almoço e lanches está apresentado na Tabela 9, de acordo com o que as crianças/adolescentes referiram comer habitualmente (Anexo VII).

Ao *pequeno-almoço*, a grande maioria das crianças/adolescentes (80,3%) faziam refeições consideradas menos saudáveis, constituídas essencialmente por produtos açucarados, nomeadamente, cereais açucarados e leite achocolatado, apenas 19,5% tomavam um pequeno-almoço mais saudável.

Nos *lanches da manhã e da tarde*, verificou-se que se mantinha o consumo habitual de alimentos doces, como bolachas doces ou bolos e leite achocolatado, no entanto, no lanche da manhã 58,0% das crianças/adolescentes realizavam um lanche mais saudável, sendo que esta opção diminuiu em relação ao lanche da tarde (44,8%).

Tabela 9 - Tipo de pequeno-almoço e lanches que realizavam habitualmente

Variáveis	Categorias	n (%)
Pequeno-almoço	Mais saudável	87 (19,5)
	Menos saudável	359 (80,3)
Lanche da Manhã	Mais saudável	259 (58,0)
	Menos saudável	144 (32,2)
Lanche da Tarde	Mais saudável	200 (44,8)
	Menos saudável	241 (53,9)

Em relação ao que referiram comer habitualmente ao almoço e jantar, podemos constatar, pela análise da Tabela 10, que somente ao almoço é que a maioria das crianças/adolescentes (66,7%) referiram fazer uma refeição completa, composta por sopa, prato principal e fruta.

Ao jantar mais de metade das crianças/adolescentes (51,0%) referiram comer somente o prato principal.

Tabela 10 - Composição das refeições do Almoço e Jantar

Variáveis	Categorias	n (%)
Almoço	Sopa + Prato principal + Fruta	298 (66,7)
	Prato principal + fruta	42 (9,4)
	Prato principal	69 (15,4)
	Sopa + prato principal	36 (8,1)
	Sopa + fruta	1 (0,2)
	Sopa	1 (0,2)
Jantar	Prato principal	228 (51,0)
	Prato principal + fruta	102 (22,9)
	Sopa + Prato principal + Fruta	73 (16,3)

Variáveis	Categorias	n (%)
	Sopa + parto principal	36 (8,1)
	Sopa + fruta	5 (1,1)
	Sopa	2 (0,4)

O consumo de sopa e de água está descrito na Tabela 11. No que se refere ao consumo de sopa, verificámos que 65,3% das crianças/adolescentes consumiam sopa diariamente, no entanto 11,0% nunca consumiam sopa.

Quanto à ingestão de água diária, concluímos que 66,4% das crianças/adolescentes bebiam menos de 4 copos de água por dia e somente 7,6% referiram beber mais de 6 copos.

Tabela 11 - Consumo de sopa e água

Variáveis	Categorias	n (%)
Consumo de sopa	Nunca	49 (11,0)
	Às vezes	106 (23,7)
	Todos os dias	292 (65,3)
Consumo de água diariamente	<4 Copos	297 (66,4)
	≥ 4 Copos <6 copos	116 (26,0)
	≥6 Copos	34 (7,6)

Frequência alimentar

Apresentamos de seguida a frequência alimentar, por cada grupo alimentar com tabelas referentes a cada grupo.

- Consumo de leite e derivados (Tabela 12)

Verificámos, que o leite (51,8%) e os iogurtes (44,3%) foram os alimentos que as crianças/adolescentes consumiram com maior frequência (de 4 a 7 vezes por semana), 43% consumiam leite mais do que uma vez por dia, apesar de 3,8% referirem que nunca ou raramente consumiam leite e 15% que nunca ou raramente consumiam iogurtes.

A manteiga foi consumida por 31,5% das crianças/adolescentes de 4 a 7 vezes por semana e o queijo nunca ou raramente era consumido (38,4%).

Tabela 12 - Frequência de consumo de leite e derivados

Variáveis	Categorias	n (%)
Leite	Nunca ou raramente	17 (3,8)
	1 vez de 15 em 15 dias	0 (0,0)
	1 a 3 vezes por semana	7 (1,6)
	4 a 7 vezes por semana	231 (51,8)
	Mais de 1 vez por dia	192 (43,0)
Iogurtes	Nunca ou raramente	67 (15,0)
	1 vez de 15 em 15 dias	52 (11,6)
	1 a 3 vezes por semana	113 (25,3)
	4 a 7 vezes por semana	198 (44,3)
	Mais de 1 vez por dia	17 (3,8)
Manteiga	Nunca ou raramente	127 (28,4)
	1 vez de 15 em 15 dias	53 (11,9)
	1 a 3 vezes por semana	106 (23,7)
	4 a 7 vezes por semana	141 (31,5)
	Mais de 1 vez por dia	20 (4,5)
Queijo	Nunca ou raramente	171 (38,4)
	1 vez de 15 em 15 dias	60 (13,4)
	1 a 3 vezes por semana	132 (29,5)
	4 a 7 vezes por semana	78 (17,4)
	Mais de 1 vez por dia	6 (1,3)

- Carne, Pescado e Ovos (Tabela 13)

O consumo de carne foi variável, sendo consumidas 4 a 7 vezes por semana (28,4%) as carnes brancas como frango, peru e coelho, enquanto que as carnes vermelhas como vaca, porco, borrego foram consumidas por 15,4% das crianças. Contudo, se compararmos o seu consumo de 1 a 3 vezes por semana, as carnes vermelhas foram as mais consumidas.

Quanto ao consumo de peixe, os peixes magros e os gordos foram consumidos de forma idêntica, com uma frequência de 1 a 3 vezes por semana, mas comparando o consumo de 4 a 7 vezes por semana, o peixe magro era o mais consumido (8,1%), enquanto o peixe gordo apresentou uma taxa de 4,7%.

Os ovos foram consumidos 1 vez de 15 em 15 dias em 39,4% das crianças/adolescentes e 34,3% referiram consumi-los 1 a 3 vezes por semana. A maioria das crianças não consumia

hambúrgueres/cachorros (50.6% nunca ou raramente), no entanto, dois participantes consomem estes alimentos mais de 1 vez por dia.

Tabela 13 - Frequência de consumo de Carne, Pescado e Ovos

Variáveis	Categorias	n (%)
Carne de vaca, porco, cabrito, borrego	Nunca ou raramente	13 (2,9)
	1 vez de 15 em 15 dias	19 (4,3)
	1 a 3 vezes por semana	343 (76,7)
	4 a 7 vezes por semana	69 (15,4)
	Mais de 1 vez por dia	3 (0,7)
Carne de frango, peru, coelho	Nunca ou raramente	0 (0,0)
	1 vez de 15 em 15 dias	5 (1,1)
	1 a 3 vezes por semana	312 (69,8)
	4 a 7 vezes por semana	127 (28,4)
	Mais de 1 vez por dia	3 (0,7)
Peixe gordo (sardinha, salmão, cavala, carapau, perca, etc.)	Nunca ou raramente	20 (4,5)
	1 vez de 15 em 15 dias	82 (18,3)
	1 a 3 vezes por semana	321 (71,8)
	4 a 7 vezes por semana	21 (4,7)
	Mais de 1 vez por dia	3 (0,7)
Peixe magro (pescada, linguado, cherne, faneca, dourada, etc.)	Nunca ou raramente	13 (2,9)
	1 vez de 15 em 15 dias	76 (17,0)
	1 a 3 vezes por semana	319 (71,3)
	4 a 7 vezes por semana	36 (8,1)
	Mais de 1 vez por dia	3 (0,7)
Ovos	Nunca ou raramente	102 (22,8)
	1 vez de 15 em 15 dias	176 (39,4)
	1 a 3 vezes por semana	153 (34,3)
	4 a 7 vezes por semana	14 (3,1)
	Mais de 1 vez por dia	2 (0,4)
Hambúrgueres / cachorros	Nunca ou raramente	226 (50,6)
	1 vez de 15 em 15 dias	163 (36,5)
	1 a 3 vezes por semana	55 (12,3)
	4 a 7 vezes por semana	1 (0,2)
	Mais de 1 vez por dia	2 (0,4)

- Leguminosas e Hortícolas (Tabela 14)

Verificámos que o consumo de leguminosas secas e leguminosas verdes variou entre 47,9% e 56,0% respetivamente de 1 a 3 vezes por semana, mas existiram crianças/adolescentes que nunca ou raramente comiam leguminosas verdes (13,6%) ou leguminosas secas (16,8%).

Quanto aos produtos hortícolas, foi indicado um consumo das crianças/adolescentes entre de 1 a 3 vezes por semana dos vários vegetais, variando a sua frequência entre 44,3% a 51,7%, o produto hortícola referido como o mais consumido foi a cenoura de 4 a 7 vezes por semana (27,3%).

Tabela 14 - Frequência de consumo de Leguminosas e Hortícolas

Variáveis	Categorias	n (%)
Leguminosas secas (feijão, grão de bico, etc.)	Nunca ou raramente	75 (16,8)
	1 vez de 15 em 15 dias	117 (26,2)
	1 a 3 vezes por semana	214 (47,9)
	4 a 7 vezes por semana	39 (8,7)
	Mais de 1 vez por dia	2 (0,4)
Leguminosas verdes, ervilhas, favas, feijão-verde, etc.)	Nunca ou raramente	61 (13,6)
	1 vez de 15 em 15 dias	86 (19,3)
	1 a 3 vezes por semana	250 (56,0)
	4 a 7 vezes por semana	48 (10,7)
	Mais de 1 vez por dia	2 (0,4)
Couves	Nunca ou raramente	88 (19,7)
	1 vez de 15 em 15 dias	32 (7,2)
	1 a 3 vezes por semana	208 (46,5)

Variáveis	Categorias	n (%)
	4 a 7 vezes por semana	113 (25,3)
	Mais de 1 vez por dia	6 (1,3)
	Nunca ou raramente	57 (12,8)
	1 vez de 15 em 15 dias	40 (8,9)
Alface	1 a 3 vezes por semana	231 (51,7)
	4 a 7 vezes por semana	111 (24,8)
	Mais de 1 vez por dia	8 (1,8)
	Nunca ou raramente	92 (20,6)
	1 vez de 15 em 15 dias	46 (10,3)
Tomate	1 a 3 vezes por semana	212 (47,4)
	4 a 7 vezes por semana	93 (20,8)
	Mais de 1 vez por dia	4 (0,9)
	Nunca ou raramente	83 (18,6)
	1 vez de 15 em 15 dias	35 (7,8)
Cenoura	1 a 3 vezes por semana	198 (44,3)
	4 a 7 vezes por semana	122 (27,3)
	Mais de 1 vez por dia	9 (2,0)

- Cereais, derivados e tubérculos (Tabela 15)

O pão e tostas eram consumidos diariamente (4 a 7 vezes por semana) por 60,6% das crianças/adolescentes. A maioria das crianças/adolescentes ia variando ao longo da semana

entre o arroz (76,1%), massas (77,5%) e batatas (84,7%), consumindo estes alimentos de 1 a 3 vezes por semana.

Quanto aos cereais, verificámos que os cereais açucarados apresentaram maior frequência (55,5%) de 4 a 7 vezes por semana, havendo crianças/adolescentes que consumiam estes cereais mais de uma vez por dia (4,5%).

A pizza era consumida com pouca frequência, sendo que 48,6% das crianças/adolescentes nunca ou raramente comiam este tipo de alimento, mas 2 crianças/adolescentes consumiam de 4 a 7 vezes por semana.

Quanto às batatas fritas, 15,2% das crianças/adolescentes consumiam 1 a 3 vezes por semana e 49,3 % consumiam de 15 em 15 dias.

Tabela 15 - Frequência do consumo de Cereais, derivados e tubérculos

Variáveis	Categorias	n (%)
Pão ou tostas	Nunca ou raramente	31 (6,9)
	1 vez de 15 em 15 dias	7 (1,6)
	1 a 3 vezes por semana	19 (4,3)
	4 a 7 vezes por semana	271 (60,6)
	Mais de 1 vez por dia	119 (26,6)
Arroz	Nunca ou raramente	0 (0,0)
	1 vez de 15 em 15 dias	0 (0,0)
	1 a 3 vezes por semana	340 (76,1)
	4 a 7 vezes por semana	101 (22,6)
	Mais de 1 vez por dia	6 (1,3)
Massas	Nunca ou raramente	1 (0,2)
	1 vez de 15 em 15 dias	4 (0,9)
	1 a 3 vezes por semana	346 (77,5)
	4 a 7 vezes por semana	90 (20,1)
	Mais de 1 vez por dia	6 (1,3)
Batatas	Nunca ou raramente	1 (0,2)
	1 vez de 15 em 15 dias	7 (1,6)
	1 a 3 vezes por semana	379 (84,7)
	4 a 7 vezes por semana	57 (12,8)
	Mais de 1 vez por dia	3 (0,7)
Cereais açucarados (Estrelitas, Chocapic, Nestum, etc.)	Nunca ou raramente	113 (25,2)
	1 vez de 15 em 15 dias	21 (4,7)
	1 a 3 vezes por semana	45 (10,1)

Variáveis	Categorias	n (%)
	4 a 7 vezes por semana	248 (55,5)
	Mais de 1 vez por dia	20 (4,5)
	Nunca ou raramente	376 (84,1)
Cereais sem açúcar (Weetabix, All-bran, Corn-flakes, Kellogs, etc.)	1 vez de 15 em 15 dias	28 (6,3)
	1 a 3 vezes por semana	25 (5,6)
	4 a 7 vezes por semana	17 (3,8)
	Mais de 1 vez por dia	1 (0,2)
	Nunca ou raramente	217 (48,6)
	1 vez de 15 em 15 dias	197 (44,1)
Pizza	1 a 3 vezes por semana	31 (6,9)
	4 a 7 vezes por semana	2 (0,4)
	Mais de 1 vez por dia	0 (0,0)
	Nunca ou raramente	153 (34,2)
	1 vez de 15 em 15 dias	220 (49,3)
Batatas fritas	1 a 3 vezes por semana	68 (15,2)
	4 a 7 vezes por semana	6 (1,3)
	Mais de 1 vez por dia	0 (0,0)

- Frutas (Tabela 16)

A maioria das crianças/adolescentes apresentou um consumo diário de fruta fresca (51%) de 4 a 7 vezes por semana, no entanto 13% de crianças/adolescentes nunca ou raramente consumiam fruta.

Os frutos de conserva (87,7%) e frutos secos (88,1) nunca ou raramente eram consumidos.

Tabela 16 - Frequência do consumo de Frutas

Variáveis	Categorias	n (%)
	Nunca ou raramente	58 (13,0)
	1 vez de 15 em 15 dias	5 (1,1)
Maça, pêra, banana, laranja, Kiwi, etc.	1 a 3 vezes por semana	59 (13,2)
	4 a 7 vezes por semana	228 (51,0)
	Mais de 1 vez por dia	97 (21,7)
	Nunca ou raramente	392 (87,7)
Frutos de conserva (pêssego, ananás, etc.)	1 vez de 15 em 15 dias	42 (9,5)
	1 a 3 vezes por semana	9 (2,0)
	4 a 7 vezes por semana	2 (0,4)

Variáveis	Categorias	n (%)
Frutos secos (amêndoa, avelãs, amendoins, nozes, etc.)	Mais de 1 vez por dia	2 (0,4)
	Nunca ou raramente	394 (88,1)
	1 vez de 15 em 15 dias	40 (9,0)
	1 a 3 vezes por semana	7 (1,6)
	4 a 7 vezes por semana	6 (1,3)
	Mais de 1 vez por dia	0 (0,0)

- Gordura e óleos (Tabela 17)

As crianças/adolescentes apresentaram um consumo diário (4 a 7 vezes por semana) de azeite (74,1%), bastante superior ao consumo de óleos (1,3%) e consumo de margarina (1,1%).

Tabela 17 - Frequência do consumo de Gordura e óleos

Variáveis	Categorias	n (%)
Azeite	Nunca ou raramente	8 (1,8)
	1 vez de 15 em 15 dias	3 (0,7)
	1 a 3 vezes por semana	82 (18,3)
	4 a 7 vezes por semana	331 (74,1)
	Mais de 1 vez por dia	23 (5,1)
Óleos	Nunca ou raramente	259 (57,9)
	1 vez de 15 em 15 dias	112 (25,1)
	1 a 3 vezes por semana	70 (15,7)
	4 a 7 vezes por semana	6 (1,3)
	Mais de 1 vez por dia	0 (0,0)
Margarina	Nunca ou raramente	377 (84,3)
	1 vez de 15 em 15 dias	45 (10,1)
	1 a 3 vezes por semana	20 (4,5)
	4 a 7 vezes por semana	5 (1,1)
	Mais de 1 vez por dia	0 (0,0)

- Doces e pastelaria (Tabela 18)

As crianças/adolescentes consumiam com regularidade (4 a 7 vezes por semana) bolachas Maria e outro tipo de bolachas/bolos ou biscoitos, verificando-se pouca diferença entre o seu consumo, 33,6% das crianças/adolescentes consumiam bolachas Maria e 30,6% consumiam bolacha/ bolos ou biscoitos. Já para os Snacks de chocolate verificámos que eram

consumidos com pouca frequência, nunca ou raramente (72,9%), mas 4 crianças/adolescentes (0,9%) consumiam-nos de 4 a 7 vezes por semana.

Tabela 18 - Frequência do consumo de Doces e pasteleria

Variáveis	Categorias	n (%)
Bolachas tipo Maria ou torrada	Nunca ou raramente	96 (21,5)
	1 vez de 15 em 15 dias	75 (16,8)
	1 a 3 vezes por semana	110 (24,5)
	4 a 7 vezes por semana	150 (33,6)
	Mais de 1 vez por dia	16 (3,6)
Outras bolachas/bolos ou biscoitos	Nunca ou raramente	107 (23,9)
	1 vez de 15 em 15 dias	75 (16,8)
	1 a 3 vezes por semana	116 (26,0)
	4 a 7 vezes por semana	137 (30,6)
	Mais de 1 vez por dia	12 (2,7)
Snacks de chocolate (Mars, Twix, Kit-Kat, etc.)	Nunca ou raramente	326 (72,9)
	1 vez de 15 em 15 dias	87 (19,5)
	1 a 3 vezes por semana	30 (6,7)
	4 a 7 vezes por semana	4 (0,9)
	Mais de 1 vez por dia	0 (0,0)

- Bebida (Tabela 19)

Ao analisar o consumo de bebidas, verificámos que os refrigerantes ou sumos de pacote eram consumidos com frequência, 38,5% de consumo de 4 a 7 vezes por semana, havendo mesmo 8,3% de crianças/adolescentes que consumiam mais de 1 vez por dia.

Tabela 19 - Frequência do consumo de Bebidas

Variáveis	Categorias	n (%)
Refrigerantes ou sumos de pacote	Nunca ou raramente	110 (24,6)
	1 vez de 15 em 15 dias	44 (9,8)
	1 a 3 vezes por semana	84 (18,8)
	4 a 7 vezes por semana	172 (38,5)
	Mais de 1 vez por dia	37 (8,3)
Sumos de fruta natural	Nunca ou raramente	359 (80,3)
	1 vez de 15 em 15 dias	36 (8,1)
	1 a 3 vezes por semana	34 (7,6)

Variáveis	Categorias	n (%)
	4 a 7 vezes por semana	14 (3,1)
	Mais de 1 vez por dia	4 (0,9)

Caraterização dos hábitos de vida da criança/adolescente

De seguida apresentamos a caraterização dos hábitos de vida das crianças/adolescentes, relativamente à participação em alguma atividade física programada para além da escola, tempo de visionamento de televisão e tempo despendido a jogar computador, playstation ou outros jogos interativos e horas de sono.

Atividade física

Do total da amostra, 193 crianças/adolescentes praticavam atividade física fora do horário escolar, conforme demonstra na Tabela 20.

Tabela 20 - Participa em alguma atividade física

Variável	Categoria	n (%)
Participa em alguma atividade física programada, para além da escola	Sim	193 (43,2)
	Não	254 (56,8)

As atividades físicas mais praticadas pelas crianças/adolescentes foram o futebol (9,7%), natação (5,67), dança (5,7%) e o basquetebol (3,7%) (Tabela 21).

Tabela 21 - Tipos atividades físicas praticadas pelas crianças/adolescentes

Tipo de desporto ou atividade física	n (%)	Tipo de desporto ou atividade física	n (%)
Andebol	11 (2,5)	Ginástica	6 (1,3)
Andebol + Atletismo	1 (0,2)	Hóquei	3 (0,7)
Artes marciais	2 (0,4)	Judo	1 (0,2)
Basquetebol	16 (3,7)	Karaté	1 (0,2)
Canoagem	2 (0,4)	Kempo	1 (0,2)
Capoeira	4 (0,9)	Natação	25 (5,7)
Dança	25 (5,7)	Natação + andebol	1 (0,2)
Dança + Basquetebol	2 (0,4)	Natação + dança	12 (2,7)
Equitação	1 (0,2)	Natação + futebol	4 (0,9)
Futebol	43 (9,7)	Natação + Karaté	2 (0,4)

Tipo de desporto ou atividade física	n (%)	Tipo de desporto ou atividade física	n (%)
Futebol + Jogging	2 (0,4)	Remo	2 (0,4)
Futsal	10 (2,3)	Ténis	2 (0,4)
Futsal + futebol	2 (0,4)	Ténis + natação	3 (0,7)
Ginásio	7 (1,6)	Zumba	2 (0,4)

Das crianças/adolescentes que verificámos que praticavam atividade física, 23% praticavam entre 2 a 3 horas por semana, enquanto somente 3,6 % praticavam 7 horas ou mais (Tabela 22).

Tabela 22 - Tempo de atividade física por semana

Variável	Categorias	n (%)
Tempo de atividade física por semana	Cerca de meia hora	4 (0,9)
	Cerca de 1 hora	17 (3,8)
	Cerca de 2-3 horas	103 (23,0)
	Cerca de 4-6 horas	53 (11,9)
	7 horas ou mais	16 (3,6)

Tempo de visionamento de televisão e despendido em jogos de computador, playstation ou outros jogos interativos (Tabela 23)

Quanto ao tempo de visionamento de televisão, constatámos que existiam crianças/adolescentes que não viam televisão (21,5%), nem jogavam computador, playstation ou outros jogos interativos (76,3%), durante a semana e fim-de-semana, no entanto em média as crianças/adolescentes passavam 6 horas durante a semana e fim-de-semana a ver televisão e a jogar computador, playstation ou outros jogos interativos entre 3:30h a 4 horas.

Tabela 23 - Tempo de visionamento de televisão e a jogar computador, playstation ou outros jogos interativos

Variáveis	Categorias	Estatísticas				
		Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Visionamento de televisão (horas)	Dias da semana	6,15	5,00	4,55	0,00	20,00
	Fim-de-semana	5,45	6,00	3,25	0,00	20,00

Variáveis	Categorias	Estatísticas				
		Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Jogar computador, playstation ou outros jogos interativos (horas)	Dias da semana	3,66	1,50	5,63	0,00	40,00
	Fim-de-semana	3,36	2,60	3,29	0,00	16,00

Horas de sono (Tabela 24)

Verificámos que 83% das crianças/adolescentes dormiam mais de 8 horas por noite, no entanto 4,3 % dormiam menos de 8 horas.

Tabela 24 - Número de horas que a criança/adolescente dorme por noite

Variável	Categoria	n (%)
Horas de sono	Menos de 8 horas	19 (4,3)
	8 Horas	57 (12,7)
	Mais de 8 horas	371 (83,0)

Associação entre algumas variáveis

Associação entre o excesso de peso ou obesidade da criança/adolescente e algumas das suas variáveis sociodemográficas e clínicas (idade, género, tipo de família, zona de habitação, tempo de amamentação)

Não se verificou relação estatisticamente significativa ($p > 0,05$), entre o percentil de IMC da criança/adolescente e a idade, o género, o tipo de família e a zona de habitação, nem com a variável clínica, tempo de amamentação.

Associação entre o excesso de peso ou obesidade da criança/adolescente e algumas variáveis sociodemográficas e clínicas dos pais (idade, nível de escolaridade, IMC)

Não se confirmou associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$), entre o percentil de IMC da criança/adolescente e a idade dos pais.

Em relação à escolaridade, constatámos uma correlação estatisticamente significativa entre o percentil de IMC da criança/adolescente e a escolaridade, quer da mãe (T bau de Kendall = -0,103; $p < 0,05$), quer do pai (T bau de Kendall = -0,093; $p < 0,05$), no sentido dos pais com menor nível de escolaridade terem crianças/adolescentes mais obesas.

No que diz respeito ao IMC do pai e da mãe, encontrámos uma correlação estatisticamente significativa, entre o percentil de IMC da criança/adolescente e IMC do pai ($R\hat{\rho} = 0,102$; $p < 0,05$). Verificámos também uma correlação muito significativa, entre o percentil de IMC da criança/adolescente e o IMC da mãe ($R\hat{\rho} = 0,290$; $p < 0,05$). No sentido de pais com maior IMC terem crianças com maior percentil de IMC.

Associação entre o excesso de peso ou obesidade da criança/adolescente e algumas variáveis dos hábitos alimentares (frequência das refeições, consumo de sopa, consumo de água) e frequência alimentar (cereais açucarados, bolachas/bolos ou biscoitos, refrigerantes) da criança/adolescente

Em relação à frequência com que as crianças/adolescentes faziam as refeições ao longo do dia, não se verificou correlação significativamente estatística, entre o percentil de IMC da criança/adolescente e o número refeições diárias ($p > 0,05$).

Também não se verificou correlação significativamente estatística entre o percentil de IMC da criança/adolescente e o consumo de sopa ($p > 0,05$), no entanto, verificámos que as crianças/adolescentes que nunca comiam sopa, apresentaram uma proporção maior, nas categorias de excesso de peso (36,7%) ou de obesidade (16,3%), quando comparadas com aquelas que comiam sopa às vezes (22,7%) ou todos os dias (32,5%).

Para a ingestão de água, não verificámos correlação estatisticamente significativa entre o seu consumo e o percentil de IMC da criança/adolescente ($p > 0,05$), no entanto verificou-se que a média do consumo de água, diminui há medida que aumenta o percentil de IMC da criança/adolescente.

Na frequência alimentar, dentro de cada grupo, aplicámos o teste X^2 de Pearson, para avaliarmos a associação entre o percentil de IMC da criança/adolescente e os cereais

açucarados; bolachas, bolos ou biscoitos; e refrigerantes ou sumos de pacote, por serem alimentos que foram consumidos mais vezes e por serem os alimentos mais calóricos.

Não constatámos associação estatisticamente significativa, entre o percentil de IMC da criança/adolescente e os cereais açucarados ($p>0,05$). No entanto, verificámos uma associação significativamente estatística, entre o percentil de IMC da criança/adolescente e o consumo de bolachas, bolos ou biscoitos ($X^2=9,430$; $p<0,05$), tendo o mesmo acontecido para o consumo de refrigerantes ($X^2=16,912$; $p<0,05$).

Associação entre o excesso de peso ou obesidade da criança/adolescente e algumas variáveis dos hábitos de vida (atividade física, tempo de visionamento de televisão, tempo a jogar computador/playstation, horas de sono) da criança/adolescente

O excesso de peso ou a obesidade apresentou maior prevalência nas crianças/adolescentes que não praticavam nenhuma atividade física, existindo uma correlação estatisticamente significativa (T tau de Kendall=-0,179; $p<0,05$), entre o percentil de IMC da criança/adolescente e a atividade física, no sentido de que as crianças/adolescentes que não participavam em atividade física apresentaram, valores mais altos no percentil de IMC de excesso de peso e de obesidade.

No que diz respeito ao tempo de visionamento de televisão, tempo a jogar computador, playstation ou outros jogos interativos e horas de sono, não se verificou relação estatisticamente significativa, entre o percentil de IMC da criança/adolescente e o tempo de visionamento de televisão, o tempo a jogar computador, playstation ou outros jogos interativos e horas de sono ($p>0,05$).

3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo efetuámos a discussão dos resultados encontrados, confrontando-os com outros estudos no mesmo âmbito. Procedemos à discussão dos resultados, de acordo com as questões de investigação colocadas, nomeadamente a prevalência de excesso de peso ou obesidade, a caracterização dos hábitos alimentares, frequência alimentar e hábitos de vida e por último os fatores relacionados com a criança/adolescente e seus pais que poderão influenciar o excesso de peso ou obesidade das crianças/adolescentes.

Prevalência de excesso de peso ou obesidade das crianças/adolescentes

Neste estudo, após a determinação do percentil de IMC das crianças/adolescentes entre os 6 e 18 anos, constatámos uma prevalência de excesso de peso de 19,7% e de obesidade 12,8%, portanto 32,5% dos participantes apresentavam peso acima do recomendado para a idade e género. A determinação da prevalência de excesso de peso ou obesidade em crianças e adolescentes, permite identificar um grupo com um risco para o desenvolvimento das doenças crónicas, sendo necessário adotar medidas que intervenham no combate à obesidade em crianças (Silveira & Abreu, 2006).

Em relação ao género, as meninas apresentaram taxas de prevalências de excesso de peso (21,9%) e de obesidade (14,9%) mais elevadas, comparativamente aos meninos, tanto para o excesso de peso (17,7%) como para a obesidade (10,8%).

Na literatura consultada, no seu geral, verificou-se que a prevalência de obesidade é geralmente superior nas raparigas, como no estudo de Coelho (2010) e de Rito & Breda (2010). Esta tendência, também se verificou num estudo realizado em Vila Nova de Gaia (DGS, 2016), em que a prevalência de excesso de peso e obesidade foi de 37,4%, apresentando as meninas valores mais elevados em relação aos meninos. As meninas apresentaram uma prevalência de 23,3% para o excesso de peso e 13,8% para a obesidade e os meninos apresentaram uma prevalência de 21,1% para o excesso de peso e 16,7% para a obesidade.

Esta diferença pode estar relacionada pela maior atividade dos meninos em atividades vigorosas como o correr, saltar, jogar à bola (Malina & Bouchard, 2002).

Hábitos alimentares, frequência alimentar e hábitos de vida das crianças/adolescentes

Em relação aos **hábitos alimentares**, verificámos que nem todas as crianças/adolescentes tomavam o pequeno-almoço todos os dias, ou seja, 9,4% das crianças/adolescentes nunca ou às vezes faziam o pequeno-almoço. Para a toma diária do pequeno-almoço, os valores do nosso estudo (90,6%), foram ligeiramente superiores aos encontrados no relatório HBSC (2014), que apresentaram valores de 85%.

É universalmente reconhecida a importância do pequeno-almoço, a omissão desta refeição, afeta a concentração, a aprendizagem e conseqüentemente o rendimento escolar (Story, Neumark-Sztainer & French, 2002; Rampersaud et al, 2005).

Também verificámos, que os lanches da manhã e da tarde, não eram realizados pela totalidade das crianças/adolescentes, existindo 23.0% das crianças/adolescentes que nunca ou só às vezes faziam o lanche da manhã e 17% nunca ou só às vezes faziam o lanche da tarde, o que contraria as recomendações da Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2011) que preconizam fazer várias refeições ao longo do dia. A Plataforma Contra a Obesidade (n.d.) salienta a importância de comer a meio da manhã e a meio da tarde, pelo facto que estes lanches, influenciam o estado nutricional das crianças e podem contribuir para a aquisição de bons hábitos alimentares, também regulam o apetite entre as refeições principais (almoço e jantar) fornecendo a energia e os nutrientes necessários e a nível escolar promovem um melhor rendimento intelectual.

Os jejuns prolongados, não só comprometem o trabalho cerebral e conseqüentemente o rendimento escolar (fadiga, desatenção, irritabilidade, perda de capacidade de raciocínio), mas também afetam negativamente o controlo do apetite e o aproveitamento energético ao longo do dia (fome excessiva e ingestão excessiva de alimentos) (Nutribrinca, 2010).

Relativamente ao consumo de sopa, verificou-se que apenas 65,3% das crianças/adolescentes realizavam um consumo diário, não seguindo portanto as orientações da Organização Mundial da Saúde, que recomenda que, a sopa deve ser ingerida diariamente nas duas principais refeições, permitindo a ingestão de nutrientes reguladores, como as fibras, vitaminas, minerais e água, associados a um baixo valor calórico (Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2013).

Para a Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013), a sopa contribui para um melhor controlo do peso corporal, prevenindo a obesidade.

Verificámos que o consumo de água era efetuado em quantidade insuficiente, existindo mesmo crianças/adolescentes que não bebiam água. Constatámos também que as crianças/adolescentes com maior percentil de IMC ingeriam menor quantidade de água.

Segundo as recomendações do Instituto Hidratação e Saúde (2010) as crianças a partir dos 4 anos de idade devem consumir 1,2 litro de água por dia, aumentando o seu consumo para 1.9 litro conforme a idade.

Seidel (n.d.), refere uma relação direta entre o aumento do consumo de água diário e a diminuição do risco de excesso de peso nas crianças.

A maioria das crianças/adolescentes faziam opções menos saudáveis, ao pequeno-almoço (80,3%) e ao lanche da tarde (53,9%), verificando-se uma preferência por alimentos açucarados, como cereais açucarados, leite achocolatado, bolachas doces ou bolos e sumos, o que vem de encontro com Filha et al (2012) que referem que a atual tendência das preferências entre as crianças conduzem ao consumo de alimentos com quantidade elevada de açúcares e doces.

A Associação Portuguesa de Dietistas (n.d.), faz referência que devemos encurtar o consumo de alimentos com elevado teor de açúcar, sendo o consumo de açúcares simples, sob a forma de bebida, pastelaria ou outros produtos processados uma preocupação. O seu consumo em excesso pode resultar na redução da ingestão de alimentos de elevado valor nutricional e no aumento da ingestão energética total, promovendo uma alimentação desequilibrada, o ganho de peso e o aumento do risco de desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis, como a obesidade.

Sobre a composição das refeições do almoço e jantar verificámos que estas não eram compostas pelos três momentos importantes referido pela Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2011), momentos esses que são a sopa, o prato e a sobremesa, nomeadamente ao almoço, verificámos que 66,7% das crianças/adolescentes faziam uma refeição completa e ao jantar somente 16,3% realizavam a refeição completa.

Somos da opinião que encontrámos valores mais elevados no almoço, talvez pelo facto das crianças/adolescentes realizarem o almoço na escola, enquanto ao jantar os pais/família não têm esse cuidado de realizar uma refeição completa.

Uma alimentação variada e equilibrada é a melhor forma de dar resposta às necessidades nutricionais das crianças, contribuindo para o crescimento e desenvolvimento harmonioso do organismo (Euclides, 2000), pelo que avaliámos a **frequência alimentar** por cada grupo alimentar, mas abordaremos somente os que no nosso entender se revelam mais evidentes.

A roda dos alimentos recomenda 3 porções diárias de leite e seus derivados (DGS, n.d.), valor este que provavelmente as crianças/adolescentes do presente estudo cumprem, uma vez que apresentaram uma ingestão de leite (43,0%) mais de 1 vez por dia e de iogurtes (44,3%) de 4 a 7 vezes por semana. O leite é apontado como um alimento benéfico no controlo do peso, nomeadamente pelo seu teor de cálcio e substâncias bioativas, sendo um alimento fundamental para o crescimento das crianças. (Bessa et al, 2008; Santos, 2005).

Para o consumo de carne, pescado e ovos, verificámos que o seu consumo era frequente de 1 a 3 vezes por semana, sendo as carnes brancas consumidas (28,4%) com maior regularidade (4 a 7 vezes por semana). O consumo de peixe de 4 a 7 vezes por semana foi relativamente baixo, tanto o peixe magro (8,1%) como o peixe gordo (4,7%). Podemos concluir que em relação às carnes cumprem com as recomendações, sendo as carnes brancas as mais aconselhadas nutricionalmente, porque contém menos ácidos gordos comparativamente com as carnes vermelhas (Rito, 2004), mas o consumo de peixes não foi o desejável, pois estes deveriam ser consumidos pelo menos 3 vezes por semana (Faria, Oliveira, Esmeraldo, São Marcos, n.d. a).

Em relação ao consumo de leguminosas e hortícolas, verificámos que as crianças/adolescentes apresentaram um baixo consumo, existindo crianças/adolescentes que nunca ou raramente consumiam estes tipos de alimentos (leguminosas secas 16,8%; leguminosas verdes 13,6%; couves 19,7%; alface 12,8%; tomate 20,6%; cenoura 18,6%), o que também se verificou para o consumo de fruta, existindo crianças/adolescente que nunca ou raramente consomem fruta (13,0%).

A Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2011), recomenda o consumo diário de 3 peças de fruta, o que não se verificou no nosso estudo, pois, somente 21,7% das crianças/adolescentes consomem fruta mais de uma vez por dia.

Os autores Vea (2007) e Davis et al (2007), referem que a fruta e os legumes são importantes na prevenção de excesso de peso e obesidade entre as crianças, devendo ser consumidos diariamente em maior proporção relativamente aos restantes alimentos e devem estar presentes em todas as refeições, porque possuem um elevado valor nutricional por serem ricos em vitaminas, minerais, cálcio, magnésio, potássio, ferro e antioxidantes, que previnem doenças. São ainda alimentos pobres em gorduras e calorias e ricos em fibras, fundamentais para os processos de regulação do organismo.

Rito (2004), também refere que os legumes devem ser consumidos sem restrições, tanto na sopa, como no prato principal e a sobremesa deve ser constituída sempre por fruta.

Evidências demonstram que grande parte da população europeia, incluindo crianças e adolescentes, efetua um baixo consumo de frutas e produtos hortícolas relativamente às recomendações (Davis et al, 2007; Nicklas, Baranowski, Cullen & Berenson, 2001; Huybrechts et al, 2008; Vea, 2007). Também em Portugal, um estudo realizado com crianças entre os 11 e os 13 anos, verificou que existia um baixo consumo de fruta e vegetais quando comparados com as recomendações nacionais e internacionais (Vea, 2007), o que se verificou também no nosso estudo.

No nosso entender e corroborando com Vea (2007) é fundamental promover um elevado consumo dos produtos hortícolas e fruta, devemos reforçar os nossos ensinamentos alimentares aos pais/família nesse sentido.

Quanto ao grupo dos cereais, derivados e tubérculos, verificámos que estes alimentos estavam presentes em todas as refeições, apesar dos cereais açucarados apresentarem uma frequência elevada no seu consumo de 4 a 7 vezes por semana (55,5%), comparativamente com os cereais não açucarados (3,8). Vários autores, alegam que este grupo é constituído por alimentos ricos de hidratos complexos, sendo este substrato a principal componente energética das nossas células e o consumo diário destes alimentos, deve estar presente em todas as refeições (Santos, 2005; Rito, 2004; DGS, n.d.).

Para o grupo da gordura e óleos, verificámos que o azeite era o mais consumido (74,1 % 4 a 7 vezes por semana), sendo o azeite a gordura mais saudável para temperar (Faria, Oliveira, Esmeraldo & São Marcos, n.d. b).

Em relação ao consumo de doces e bebidas, verificámos que as bolachas, bolos ou biscoitos eram consumidas com regularidade (30,6% de 4 a 7 vezes por semana), assim como os refrigerantes (38,5% de 4 a 7 vezes por semana).

Rito (2004), refere que os produtos doces devem ser consumidos com extrema moderação, porque têm uma elevada densidade energética, embora com pouco valor nutricional e contribuem para a obesidade.

Os bolos, chocolates ou outros doces são exemplos de alimentos ricos em açúcar e o seu consumo deve ser feito preferencialmente no final das refeições. A sua ingestão não deve ser diária mas sim restrita a ocasiões festivas (DGS, n.d; Faria, Oliveira, Esmeraldo & São Marcos, n.d. c).

Vários autores, referem que o consumo de bebidas açucaradas, pode contribuir para a obesidade infantil e leva à substituição do consumo de outras bebidas, como leite e sumos de fruta naturais (Tanaca, 2008; Davis et al, 2007; Bessa et al,2008).

Também o consumo de bebidas açucaradas, devem ser limitadas e consumidas apenas em dias festivos (DGS, n.d.; Faria, Oliveira, Esmeraldo & São Marcos, n.d. c).

Quanto aos **hábitos de vida** da criança/adolescente, verificámos que a maioria das crianças/adolescente (56,8%), não participavam em atividades físicas programadas para além da escola, apresentando estas, maior prevalência de excesso de peso ou obesidade, o que também se verificou em outros estudos que concluíram que as crianças e adolescentes com obesidade apresentam indicadores de atividade física menores, sendo a atividade física, um fator protetor do excesso de peso (Janssen, 2005; Marshall, 2004).

Apenas 23% das crianças/adolescentes participavam em alguma atividade física, cerca de 2- 3 horas por semana, valores semelhantes ao estudo HBSC (2014) que apresentou uma taxa de 22,6%.

Milbradt et al. citado por Santos (2011), afirma que existe uma influência direta do baixo nível de atividade física sobre o desenvolvimento da obesidade na infância e adolescência. Logo, uma das alternativas para o tratamento da obesidade é aumentar o nível de atividade física.

Estudos que avaliaram o nível de atividade física em crianças e adolescentes obesos revelaram que existe uma preferência por atividades sedentárias no grupo de obesos, atividades essas sedentárias como assistir televisão, usar computador e jogar está cada vez mais frequente no dia-dia das crianças e adolescentes (Santos, 2011), o que não se confirmou no nosso estudo, ou seja, não obtivemos uma relação significativamente estatística entre o percentil de IMC da criança/adolescente e o tempo de visionamento de televisão ou tempo a jogar computador ou outros jogos.

Tem-se verificado que os hábitos de ver televisão, têm aumentado exponencialmente nas últimas décadas contribuindo para a obesidade infantil, negligenciando a prática de atividade física e substituindo-a por comportamentos sedentários (Gouveia, Pereira-da-Siva, Virella & Amaral, 2007; Carlos & Rito, 2009).

Em relação ao número de horas que as crianças/adolescentes dormem, verificámos no nosso estudo que a grande maioria (83,0%) das crianças/adolescentes dormiam mais de 8 horas por noite.

As horas de sono em idade pediátrica, constituem uma preocupação, devido às graves consequências que acarretam, nomeadamente problemas comportamentais, como agressividade, hiperatividade, redução das funções neurocognitivas, a memória e a aprendizagem (Fauroux, Aubertin & Clement, 2008).

Alguns estudos têm observado, que a diminuição do número de horas de sono encontra-se associado a dois comportamentos endócrinos capazes de alterar significativamente a ingestão alimentar: a diminuição dos níveis de leptina e o aumento dos níveis de grelina, resultando assim no aumento do apetite e da ingestão alimentar, favorecendo assim, o desenvolvimento da obesidade (Patel & Hu, 2008; Cappuccio et al. 2008). Dessa forma, um padrão adequado de sono torna-se fundamental para o controle da massa corporal, devendo ser incentivado pelos profissionais de saúde (Crispim et al, 2007).

Fatores relacionados com a criança/adolescente e seus pais que poderão influenciar o excesso de peso ou obesidade das crianças/adolescentes

No nosso estudo não se verificou uma relação estatisticamente significativa entre o excesso de peso ou obesidade da criança/adolescente e as suas variáveis sociodemográficas e clínicas.

No entanto, há estudos que referem que a estrutura familiar, pode ter influência na obesidade infantil, em que crianças que vivem em famílias monoparentais têm maior risco de obesidade (Chen & Escarce, 2010). Também o mesmo acontece, quanto ao tempo de aleitamento materno, existindo estudos que referem que o aleitamento materno parece estar associado ao risco de excesso de peso (Butte, 2008) e que o aleitamento materno até aos 6 meses ou mais associou-se à ausência de excesso de peso (Caldeira, Souza & Souza, 2015).

Em relação às características dos pais, verificou-se no presente estudo, que o nível de escolaridade e o IMC dos pais, podiam influenciar a ocorrência de excesso de peso ou obesidade nas crianças/adolescentes, verificando-se que pais com menor nível de escolaridade e com maior IMC tinham filhos mais obesos.

A Plataforma contra a Obesidade (n.d), expõe que o excesso de peso dos pais influencia o peso dos filhos, existindo resultados que revelaram que as crianças, com pelo menos um dos pais obesos, apresentavam quase o dobro da probabilidade de terem excesso de peso, comparativamente aquelas cujos pais apresentavam peso normal. As crianças com os dois pais obesos, apresentavam 2,4 vezes mais probabilidade de terem excesso de peso, alertando para o facto, de o estilo de vida dos pais – sedentarismo e hábitos alimentares – poder influenciar, mais do que os fatores genéticos, o comportamento dos filhos.

Casado (2011), corrobora com a mesma opinião, referindo que percebe-se um traço familiar, de modo que filhos de pais obesos, têm risco aumentado de ser obesos. Contudo, não é simples avaliar, até onde vai o papel da genética e qual a contribuição dos fatores

ambientais, pois, além da genética, pais e filhos costumam compartilhar hábitos alimentares e de atividades físicas semelhantes.

Bernardi, Jordão & Filho (2009) também defendem, que a escolaridade materna, influencia o estado nutricional das crianças. Tem-se verificado que filhos de mães com baixa escolaridade apresentam um risco maior de terem excesso de peso e obesidade (Barros & Correia, 2016).

4 CONCLUSÕES

4.1 Síntese dos principais resultados

No nosso estudo verificámos, que algumas crianças/adolescentes, não tomavam o pequeno-almoço e os lanches da manhã e da tarde, todos os dias e que também não realizavam as refeições do almoço e jantar de acordo com o recomendado, ou seja composta por sopa, prato principal e fruta.

Constatámos, uma maior tendência para o consumo de alimentos doces, como cereais açucarados, leite achocolatado, bolachas doces ou bolos e refrigerantes ou sumos de pacote e que não consumiam, os alimentos dos diferentes grupos na frequência recomendada, nomeadamente, peixe, fruta, leguminosas e hortícolas, verificando-se também um baixo consumo de sopa e água.

Também concluímos que as crianças/adolescentes, não praticavam atividade física com regularidade e que a prática de atividade física, pode influenciar o excesso de peso ou obesidade da criança/adolescente.

Em relação aos dados dos pais da criança/adolescente, verificámos que o nível de escolaridade e o IMC dos pais pode influenciar o percentil de IMC da criança/adolescente.

Estes resultados, implicam a necessidade de avaliação destes aspetos nas consultas de saúde infantil e juvenil e à definição de estratégias de educação para a saúde, nomeadamente os enfermeiros de família devem avaliar os comportamentos alimentares e hábitos de vida, quer da família quer da criança, para poder definir estratégias com e para a família, tendo como objetivo último promover a saúde e o bem-estar das crianças/adolescentes. Assim, como enfermeiros de família devemos, dar (in)formação e sobretudo, ferramentas às famílias, para elas próprias procurarem as melhores soluções para o problema do excesso de peso e obesidade infantil, é no fundo aumentar-lhes a literacia em saúde, podendo esta ser uma das estratégias para a prevenção da obesidade infantil.

Por último gostaríamos de referir que consideramos ter alcançado os objetivos a que inicialmente nos propusemos e que apesar das dificuldades e possíveis limitações do estudo, reconhecemos o seu contributo para o aumento do conhecimento pessoal e profissional neste âmbito.

4.2 Limitações do estudo

Uma das limitações, que apontamos, prende-se com fato de não termos avaliado as porções dos alimentos que eram consumidos, porque apesar de consumirem os alimentos, não quer dizer que os consumam nas porções recomendadas.

4.3 Implicações para a prática clínica

Com a realização deste trabalho de investigação, foi possível efetuar um diagnóstico de situação, sobre o excesso de peso ou obesidade, num contexto específico e com um grupo de participantes definidos, numa área de saúde, com uma problemática tão atual e frequente na população Portuguesa.

Considerando a nossa experiência, como enfermeira de família a desenvolver funções na USF Sta. Joana, este trabalho, constitui uma orientação importante para a intervenção de todos os profissionais de saúde, reforçando o papel das famílias. Assim, a prevenção da obesidade, apresenta-se como uma alternativa para reverter o aumento acelerado dessa doença, através da mudança de comportamentos que visem a qualidade de vida na adoção de condutas mais saudáveis. O conhecimento da relação entre os diversos fatores de risco e o excesso de peso ou obesidade infantil é fundamental para a implementação de estratégias preventivas. É também importante o acesso à informação de qualidade sobre hábitos alimentares e hábitos de vida para se definir prioridades baseadas na evidência.

Cientes desta realidade, cabe a nós enfermeiros de família, ajudar e orientar os pais e crianças, na busca de comportamentos e hábitos de vida saudáveis que contribuam para enaltecer a sua qualidade de vida.

Os resultados obtidos no presente estudo, serão dados a conhecer à equipa de saúde da USF Sta. Joana, para em conjunto se definirem estratégias de atuação. Também serão, divulgados aos utentes da USF Sta. Joana, através de póster informativo a ser afixado na USF Sta. Joana.

Pretendemos, elaborar uma versão mais resumida do questionário para ser aplicado nas consultas de saúde infanto-juvenil, de modo a avaliarmos os hábitos da criança/adolescente e identificarmos os erros alimentares. Também, pretendemos construir um guia orientador, para os enfermeiros de família da USF Sta. Joana, sobre os itens mais importantes a abordar, nos ensinamentos, sobre a alimentação e exercício físico.

Pensamos que com dados reais, sobre a prevalência do excesso de peso ou obesidade das crianças/adolescentes da USF Sta. Joana, bem como os seus hábitos alimentares e hábitos de vida, os nossos ensinamentos terão maior impacto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, J. (2010). Obesidade infantil: Abordagem em contexto familiar. Monografia. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.
- Antunes, A. & Moreira, P. (2011). Prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes Portugueses. Acta Médica Portuguesa. 24(2), 279-84. DOI: 10.1007/s10389-007-0109-1
- Antunes, J.P., Bordalo, J.D., Neves A.P. & Coimbra J. (2012). Estudo obesinf : Detetar para prevenir! Acta pediátrica portuguesa. 43(5) suplemento I, 82. Disponível em http://spp-congressos.com.pt/media-events3/filer-public/2012/10/23/acta_pediatica.pdf
- Aparício, G. (2010). Ajudar a desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância. Millenium, 38, 283-298.
- Araújo, M.F.M., Lemos, A.C.S. & Chaves, E.S. (2006) Creche comunitária: Um cenário para a detecção da obesidade infantil. Ciência Cuidado Saúde. 5(1), 24-31.
- Associação Portuguesa Contra a Obesidade Infantil. (2014). APCOI – Associação Portuguesa Contra a Obesidade Infantil: Informação à Imprensa. Disponível em <http://apcoi.pt/?s=imprensa>
- Associação Portuguesa de Dietistas (n.d.). Reduzir o consumo de açúcares. Movimento 2020. Disponível em <https://www.movimento2020.org/os-desafios/descubra-os-desafios-2020/reduzir-o-consumo-de-acucares>
- Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2010). Guia de Bolso: Vá às compras e traga consigo mais saúde. ISBN: 978-989-96506-2-6
- Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2011). Alimentação Adequada: Faça mais pela sua Saúde! ISBN: 978-989-96506-6-4
- Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2013). Sopas Mais que um alimento, são um prato de Saúde. Coleção E-books APN, 27. ISBN: 978-898-8631-06-0
- Barbosa, V. L. (2004). Prevenção da obesidade na infância e na adolescência. Exercício, Nutrição e Psicologia. 1ª edição. Editora Manole: Tamboré.
- Barros, H. & Correia, S. (2016). Filhos de mães pouco escolarizadas tendem a ser obesos. Jornal de Notícias. 11 Março 2016
- Bem, L. & Wagner, A. (2006). Reflexões sobre a construção da parentalidade e o uso de estratégias educativas em famílias de baixo nível socioeconómico. Psicologia em Estudo, 11(1), 63-71

- Bernardi, J., Jordão, R. & Filho, A. (2009). Cross-sectional study on the weight and length of infants in the interior of the State of São Paulo, Brazil: Associations with sociodemographic variables and breastfeeding. *São Paulo Medicine Journal*, 127(4), 198–205. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20011924>
- Bessa M, Valente H, Cordeiro T, Padrão P, Moreira A., et al. (2008). Ingestão de alimentos fluidos e risco de excesso de peso em crianças. *Acta Pediatr Port.*; 21(2):161-70.
- Bray, G. & Bouchard, C. (1997). Genetics of human obesity: research directions. *FASEB J*, 11, 937-945.
- Brito, S.D., Viveiro, A.C. & Moleiro, P. (2014). Diabetes e metabolismo – Obesidade e sobrepeso numa amostra de adolescentes da cidade portuguesa de Leiria. Uma questão de curvas? *Revista Portuguesa de Endocrinologia*. 9(2), 116-121
- Butte, N. (2008). Impact of infant feeding practices on childhood obesity. *The Journal of Nutrition*. Supplement 412S-416S. Disponível em <http://jn.nutrition.org/content/139/2/412S.full>
- Caldeira, M.S., Souza M.P. & Souza S.B. (2015). Excesso de peso e sua relação com a duração do aleitamento materno em pré-escolares. *Journal of Human Growth and Development*. 25(1), 89-96. Disponível em <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.96786>
- Cappuccio P.F., Taggart M.F., Kandala B.N., Currie A., Stranges, S. & Milller A.M. (2008). Meta-Analysis of Short Sleep Duration and Obesity in Children and Adults. *Sleep*. 31(5):618-26.
- Carlos, A. & Rito, A. (2009). Comportamentos Sedentários em Crianças com Excesso de Peso-Visionamento televisivo, videojogos, utilização de internet e estudo. *Nutricias Porto: Associação Portuguesa de Nutricionistas*; 20-21.
- Carta Europeia de luta contra a obesidade. (2006) Disponível em: [http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/ResourcesUser/Institucional/O%20que%20deve%20saber%20sobre%20a%20obesidade/Carta%20Europeia%20de%20luta%20contra%20a%20obesidade%20final_2.GHA\[1\].pdf](http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/ResourcesUser/Institucional/O%20que%20deve%20saber%20sobre%20a%20obesidade/Carta%20Europeia%20de%20luta%20contra%20a%20obesidade%20final_2.GHA[1].pdf)
- Carvalho, A. (2011). A plataforma contra a obesidade e o Plano Nacional de Saúde. *Cadernos de Saúde*. 4, 21-15.
- Carvalho, E.A.A., Simão, T.M.J, Fonseca, M.C., Andrade, R.G., Ferreira, M.S.G., Silva, A.F., Souza, I.P.R. & Fernandes, B.S. (2013). Obesidade: Aspectos epidemiológicos e prevenção. *Revista Médica de Minas Gerais*. 23(1), 74-82.

- Casado S. C.A. (2011). Excesso de peso e obesidade nas crianças em idade escolar: prevalência e factores de risco. Tese de mestrado. Faculdade de Medicina de Coimbra.
- Centers for Disease Control and Prevention (2015). Childhood obesity causes & consequences. Disponível em <https://www.cdc.gov/obesity/childhood/causes.html>
- 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. Disponível em <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/Chaput-TremblayPRT>
- Chen, A. & Escarce J. (2010). Family Structure and Childhood Obesity, Early Childhood Longitudinal Study - Kindergarten Cohort. Preventing Chronic Disease.
- Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). COSI 2015 2016: Portugal. Disponível em <http://whocosi.org>
- Coelho, A.F.R. (2010). Variáveis infanto-maternas e obesidade infantil nos municípios do Fundão, Montijo, Oeiras, Seixal e Viana do Castelo. Tese de licenciatura. Universidade Atlântica, Barcarena. Disponível em <http://hdl.handle.net/10884/378>
- Comissão das Comunidades Europeias (2007). Livro branco sobre: Uma estratégia para a Europa em matéria de problemas de saúde ligados à nutrição, ao excesso de peso e à obesidade. Bruxelasl.
- Costa A. M. G. (2012). Obesidade Infantil: Práticas Alimentares e Percepção Materna de Competências. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Aveiro. Departamento de Ciências da Saúde. Aveiro.
- Crispim, C.A., Zalcmán, I., Dáttilo, M., Padilha, H.G., Tufik, S. & Mello, M.T. (2007) Relação entre o sono e obesidade infantil: Uma revisão da literatura. Universidade Federal de São Paulo: São Paulo.
- Davis M, Gance-Cleveland B, Hassink S, Johnson R, Paradis G & Resnicow K. (2007). Recommendations for Prevention of Childhood Obesity. Pediatrics. 120:S229
- Demografia em Aveiro, (n.d.). Disponível em <http://www.imovirtual.com/viver/demografia/-/Aveiro/Aveiro/Santa+Joana/>
- Direção Geral da Educação (2015). Sistema Educativo Português. Euroguidance. Disponível em <http://www.euroguidance.gov.pt/index.php?c=int&id=2>
- Direção Geral de Saúde (n.d.). A Nova Roda dos Alimentos, um guia para a escolha alimentar diária.

- Direção-Geral da Saúde (2005a). Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Programa Nacional de Combate à Obesidade. Direção Geral da Saúde. Lisboa. 4-6. ISBN 972-675-128-4.
- Direção-Geral da Saúde (2005b). Programa Nacional de Combate à obesidade. Circular Normativa nº3/DGCG.
- Direção-Geral da Saúde (2006). Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil, Atualização das Curvas de crescimento. Circular Normativa nº05/DSMIA. Direção Geral de Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2012). Saúde Infantil e Juvenil Programa Nacional www.dgs.pt/.../consulta-publica-programa-nacional-de-saude-infantil-e-juvenil-jpg.aspx
- Direção-Geral da Saúde (2013a). Norma da Direção Geral da Saúde n.10 de 31/05/2013
- Direção-Geral da Saúde (2013b). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil - Circular Normativa 10/2013. Direção Geral de Saúde. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde (2015). A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015. ISSN: 2183-5888. Disponível em <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/a-saude-dos-portugueses-perspetiva-2015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2016). Alimentação Saudável em Números – 2015. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-alimentacao-saudavel-em-numeros-20151.aspx>
- Domingues T. & Netto, O.L. (2006). Obesidade infantil e suas complicações: Assistência de enfermagem. RevEnferm UNISA. 7: 57-9.
- Duarte, M.E.B. (2011). Estilo de vida familiar e peso excessivo na criança em idade pré-escolar, implicações para a enfermagem. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa.
- Euclides, M. P. (2000). Crescimento e Desenvolvimento do Lactente. Nutrição do lactente. Viçosa, (2), 1- 80.
- Faria, C., Oliveira, R., Esmeraldo, T. & São Marcos T. (n.d. b). Comer com saber na vida adulta. Secretaria Regional dos Assuntos Sociais. Direção Regional de Planeamento e Saúde Pública.

- Faria, C., Oliveira, R., Esmeraldo, T. & São Marcos T. (n.d. c). A Aventura dos Alimentos 6 aos 9 anos. Secretaria Regional dos Assuntos Sociais. Direção Regional de Planeamento e Saúde Pública.
- Faria, C., Oliveira, R., Esmeraldo, T. & São Marcos, T. (n.d. a). Comer com saber no envelhecer. Secretaria Regional dos Assuntos Sociais. Direção Regional de Planeamento e Saúde Pública.
- Fauroux, B., Aubertin, G. & Clement, A. (2008). What's new in paediatric sleep in 2007? *Paediatr Respir Rev.* 9(2):139-43.
- Ferreira, F., Mota, J.A. & Duarte, J. (2012). Prevalência de excesso de peso e obesidade em estudantes adolescentes do distrito de Castelo Branco: um estudo centrado no índice de massa corporal, perímetro da cintura e percentagem de massa gorda. *Revista de Saúde Pública;* 30 (1); 47-54.
- Filha, O.E., Araújo, J.S., Barbosa, J.S. Gaujac, D.P., Santos, C.F.S, Silva, D.G. (2012) Consumption of food groups among children attending the public health system of Aracaju, Northeast Brazil, in Sergipe. *Rev Paul Pediatr* 2012;30(4):529-36. Disponível em www.scielo.br/pdf/rpp/v30n4/11.pdf
- Fisher, J.O. & Hodges, E.A. (2011). Determinantes e consequências da obesidade infantil. Comentários sobre Chaput e Tremblay, e Ventura, Savage, May e Birch In R.E., Tremblay, M. Boivin, R.D.V., Peters (Eds). *Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância* (pp. 1-7). Montreal, Quebec: Centre of excellence for early childhood development. Disponível em <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/Fisher-HodgesPRTxp1.pdf>
- Fragoso, I. & Vieira, F. (2000). *Morfologia e crescimento*. Cruz Quebrada: Edições FMH
- Freitas, A. S. S., Coelho, S. C., & Ribeiro, R. L. (2009). Obesidade infantil: influência de hábitos alimentares inadequados. *Saúde & Amb. Revista Duque de Caxias.* 4(2), 9-14.
- Gabriel, C., Santos, M. & Vasconcelos, F. (2008). Avaliação de um programa para promoção de hábitos alimentares saudáveis em escolares de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,* 8(3), 299-308
- Gouveia, C., Pereira-da-Silva, L., Virella, D., Silva, P. & Amaral, J. (2007). Actividade física e sedentarismo em adolescentes escolarizados do concelho de Lisboa. *Acta Pediatr Port.;* 38(1):7-12.
- Graça P., & Gregório M.J. (2013). A construção do programa nacional para a promoção da alimentação saudável: Aspectos conceptuais, linhas estratégicas e desafios iniciais. *Revista nutrícias* 18: 26-29, Associação Portuguesa dos Nutricionistas.

- Gruber K., & Haldeman L. (2009). Using the family to combat childhood and adult obesity. *Preventing Chronic Disease*.
- Halpern, Z. (2003). Fórum Nacional sobre promoção de alimentação saudável e prevenção as obesidade na idade escolar. Disponível em <http://www.abeso.org.br>
http://static.publico.cliv.pt/docs/pesoemedia/Panfleto_Roda_Alimentos.pdf.
- Huybrechts, I., Matthys, C., Vereecken, C., Maes, L., Temme, E., Oyen, H., et al. (2008). Food Intakes by Preschool Children in Flanders Compared with Dietary Guidelines. *Int J Env Res Public Heath*; 5:243-57.
- Instituto Hidratação e Saúde (2010). Recomendações de hidratação para os Portugueses. Disponível em www.probeb.pt/folder/newsconteudo/ficheiro1/46_RECOMENDACOES_DE_HIDRA
- Instituto Nacional de Estatística (2010). Classificação Portuguesa das Profissões. I.P. ISSN 1647-1695 ISBN 978-989-25-0010-2 Depósito Legal: 288627/09
- Janssen, I. et al. (2005). Comparision of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obes Rev.* May;6(2):123-32. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15836463>
- Jeor, S.T., Perumean, C.S., Sigman, G.M., Williams C., & Foreyt J. (2002). Family-based interventions for the treatment of childhood obesity. *Journal of the American Dietetic Association*. 102(5). 640-4
- Lopes P.S., Prado S.A., & Colombo P. (2010). Fatores de risco associados à obesidade e sobrepeso em crianças em idade escolar. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 63(1). Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100012>
- Lourenço A, Gama A, Nogueira H, Mourão-Carvalho, I, Ferrão, M., Rosado, V., & Padez, C. (2011/2012). Ambiente residencial e obesidade infantil: Análise exploratória no distrito de Aveiro. *Coimbra, FLUC : Cadernos de Geografia* , 30,31:229-237.Disponível em www.uc.pt/fluc/depgeo/Cadernos_Geografia/Numeros_publicados/...31/Eixo2_7
- MacArthur L., Pena M. & Holbert D. (2001). Effects of socioeconomic status on the obesity knowledge of adolescents from six Latin American cities. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*. 25(8), 1262–8.
- Macedo, L., Festas, C. & Vieira, M. (2012). Percepções parentais sobre estado nutricional, imagem corporal e saúde em crianças com idade escolar. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 191-200.

- Malina, R. & Bouchard, C. (2002). Atividade física do atleta jovem: do crescimento a maturação. São Paulo.
- Marie Ng, et al. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*. Volume 384, (9945): p766–781. Disponível em www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140...8/abstract
- Marques, L.I., Marti, A., Moreno, A.M.J. & Martinez, A. (2004). Aspectos genéticos da obesidade. *Revista de Nutrição*, 17(3), 327-338.
- Marshall, S. et al. (2004). Relationships between media use, body fatness and physical activity in children and youth: a meta-analysis. *Int J Obes*. 28 1238-40.
- Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Reis, M. & Equipa Aventura Social (2014). A Saúde dos adolescentes Portugueses. Relatório do Estudo HBSC 2014. Aventura Social & Saúde. Disponível em www.hbsc.org/.
- Mayer, A. (2011). As relações entre família, escola e o desenvolvimento do sobrepeso e obesidade infantil. Pós-Graduação em Educação: Cognição, Aprendizagem e Desenvolvimento Humano. Curitiba: Universidade Federal do Paraná.
- Melo, S. & Tapadinhas, A. (2012). Relação entre comportamento Alimentar de Pais e Filhos. *Psychology, Community & Health*, 1(3), 273-284.
- Moens, E. & Braet, C. (2012). Training parents of overweight children in parenting skills: A 12-month evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40, 1-18
- Moraes, P. M., & Dias, M. S. B. (2013). Nem só de pão se vive: A voz das mães na obesidade Infantil. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*. 31(1), 46-59.
- Nicklas, T., Baranowski, T., Cullen, K. & Berenson, G. (2001). Eating Patterns, Dietary Quality and Obesity. *J Am Coll Nutr*. 20(6):599-608.
- Nunes, E. & Breda, J. (2005). Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Nunes, E. & Breda, J. (n.d.). Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância. ISBN 972-9425-94-9. Disponível em [www.educacaotorresvedras.com/.../manuel para alimentacao saudaavel em jis.pd...](http://www.educacaotorresvedras.com/.../manuel_para_alimentacao_saudavel_em_jis.pd...)
- Nutribrinca (2010). Uma alimentação saudável para um crescimento feliz. [www.esb.ucp.pt/nutribrinca/.../Unidade 1 Uma alimentacao saudavel para um c...](http://www.esb.ucp.pt/nutribrinca/.../Unidade_1_Uma_alimentacao_saudavel_para_um_c...)

- Onis, M., Blossner, M. & Borghi, E. (2012). Prevalence and trends of stunting among pre-school children, 1990–2020. *Public Health Nutrition* 15(1), 142–148.
- Ordem dos enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 1(3). ISBN 978-989-8444-004.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/agenda/Paginas/Confer%C3%AanciaInternacionaldeObesidadeInfantil.aspx>
- Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (2012). OECD- Obesity update. Doi: <http://dx.doi.org/10.1787/888932523994>
- Organização Mundial da Saúde (2004). *Obesidade: Prevenindo e controlando a epidemia global*. São Paulo: Roca.
- Padez, C. et al. (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. ISSN 1520-6300
- Patel S & Hu F. (2008). Short sleep duration and weight gain: a systematic review. *National Institute of Health*. 16(3):643-53.
- Pedrosa, C., Correia, F., Seabra, D., Oliveira, B.M., Simões-Pereira, C., & Vaz-de-Almeida, M.D. (2011). Prevalence of overweight and obesity among 7–9-year- old children in Aveiro, Portugal: comparison between IOTF and CDC references. *Public Health Nutrition*. 14(1):14-9. Doi: [10.1017/S1368980009991789](https://doi.org/10.1017/S1368980009991789)
- Pimentel, A., & Franco, V. (2011). *Diálogos dentro da psicologia contributos da investigação luso-brasileira em psicologia social, clínica e educacional*. Edições Aloandro. ISBN 978-989-8408-02-0. Disponível em <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/5280>
- Pisco L. (2015). *Obesidade Infantil*. *Jornal Médico*.
- Plataforma contra a obesidade. (n.d.). Disponível em <http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/>
- Porto Editora (2015). *Infopédia Dicionários* Porto Editora. Disponível em <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/>
- Ramos, A.M.P.P. & Barros, F.A.A. (2003). Prevalência da obesidade em adolescentes de Bragança Paulista e sua relação com a obesidade dos pais. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. 47(6), 663-668. São Paulo. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302003000600007>

- Ramos, A.T. et al. (2011). Perfil lipídico de crianças e adolescentes com excesso de peso. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. 21(3), 780-880.
- Ramos, M., & Stein, L.M. (2000). Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria*. 76 (Supl.3), S229-S237.
- Rampersaud, G.C., Pereira, M.A., Girard, B.E., Adams, J. & Metz, J.D. (2005). Breakfast Habits, Nutritional Status, Body Weight, and Academic Performance in Children and Adolescents. *J Am Diet Assoc* 105(5), 743-57.
- Rising, R. & Lifshitz, F. (2005). Relationship between maternal obesity and infant feeding-interactions. *Nutrition Journal*. 12, 4-17.
- Rito A. (2004). Estado Nutricional de Crianças e Oferta Alimentar do Pré-Escolar do Município de Coimbra. Rio de Janeiro.
- Rito, A. (2007). Questionário de frequência alimentar e hábitos saudáveis dirigido a crianças dos 3-7 anos. Disponível em www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/.../quest_fqa_para_crianças.pdf
- Rito, A. & Breda, J. (2010). Prevalence of childhood overweight and obesity in Portugal: The national nutrition surveillance system. *Obesity Reviews*, 11 (1), 42.
- Rito, A.I. & Graça, P. (2015). Childhood obesity surveillance initiative - COSI Portugal 2013. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, INSA, IP:Lisboa.
- Rito, A.I., Paixão, E., Carvalho, M.A. & Ramos, C., (2010). Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2008. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, INSA, IP: Lisboa.
- Rocha, R.S., Reis, R.G., Fonseca, A.G., Freitas, I.C., Silva, L.L., Bauman, C.D., Oliveira, V.V. & Souza, A.M. (2014), O papel do enfermeiro na prevenção da obesidade infantil. *EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires* (199). Disponível em <http://www.efdeportes.com/>
- Santos L. (2005). Hábitos alimentares das crianças do 1º ciclo do Ensino-Básico-um estudo de caso. [tese de mestrado]. Braga. Universidade do Minho.
- Santos, D.S. (2011). A influência da atividade física na obesidade. *Revista Digital. Buenos Aires*, (161). Disponível em <http://www.efdeportes.com/>
- Santos, S. P., Silva, F.R.N. & Ramos, C. V. (2013). Alimentação complementar de crianças de 6 a 12 meses acompanhadas em um consultório de nutrição em Teresina/PI. *Nutrição Brasil*. 12(1), 30-37.
- Sardinha, L.B., Santos, R., Vale, S., Silva, A. M., Ferreira, J. P., Raimundo, A. M., Moreira, H., Batista, F. & Mota, J. (2011). Prevalence of overweight and obesity among

Portuguese youth: A study in a representative sample of 10-18-year-old children and adolescents. *International Journal of Pediatric Obesity*, 6: e124-e128.

- Schuch, I., Castro, T. G., Vasconcelos, F. A. G., Dutra, C. L. C. & Goldani, M. Z. (2012). Excess weight in preschoolers: Prevalence and associated factors. *Jornal de Pediatria*. 89(2), 179-188.
- Seidel, M. (n.d.). Consumo de água reduz o risco de obesidade infantil: estudo explica por si o que acontece. *Obesidade Infantil*.
- Silveira, S. & Abreu, S.M. (2006). Fatores que contribuem para a obesidade infantil. *Revista Enferm UNISA*; 7:59-62.
- Sociedade Brasileira de Pediatria (2008). *Obesidade na infância e adolescência – Manual de Orientação*. 2ª edição São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. Disponível em <https://www.sbp.com.br/.../obesidade-na-infancia-e-adolescencia->
- Solbes & Enesco (2010). Explicit and implicit anti-fat attitudes in children and their relationships with their body images. *Obes Facts*, 3(1), 23-32.
- Sousa J., Loureiro I., & Carmo I. (2008). A obesidade infantil: Um problema emergente. *Saude & tecnologia* . 2, 5–15. ISSN: 1646-9704
- Sousa, J. (2011). *Obesidade infanto-juvenil em Portugal: Associação com os hábitos alimentares, actividade física e comportamentos sedentários dos adolescentes escolarizados de Portugal Continental*. Edições Colibri / Instituto Politécnico de Lisboa. Lisboa. ISBN 978-989-689-117-6.
- Spada, P.V. (2005) *Obesidade infantil: Aspectos emocionais e vínculo mãe/filho*. Rio de Janeiro/ RJ: Revinter, 39.
- Story, M., Neumark-Sztainer, D. & French, S. (2002). Individual and environment influences on adolescent eating behaviours. *J Am Diet Assoc* 102 (3), 40-51
- Tanaca, A. (2008). *Prevalência de sobrepeso e da obesidade em escolares da cidade de Duartina, SP*. [tese de licenciatura]. Bauru.
- Tenorio, A.S., & Cobayashi, F. (2011). Obesidade infantil na percepção dos pais. *Revista Paulista de Pediatria*. 29(4), 634-639.
- USF Sta. Joana (2014). *Relatório de atividades da USF Sta. Joana*. Aveiro.
- USF Sta. Joana (2015). *Relatório de atividades da USF Sta Joana*. Aveiro.
- Vaz A., Silva D., Rego C., & Viana V. (2010). Determinantes comportamentais em crianças e adolescentes com diagnóstico de obesidade. *Alimentação Humana*. 16(2).

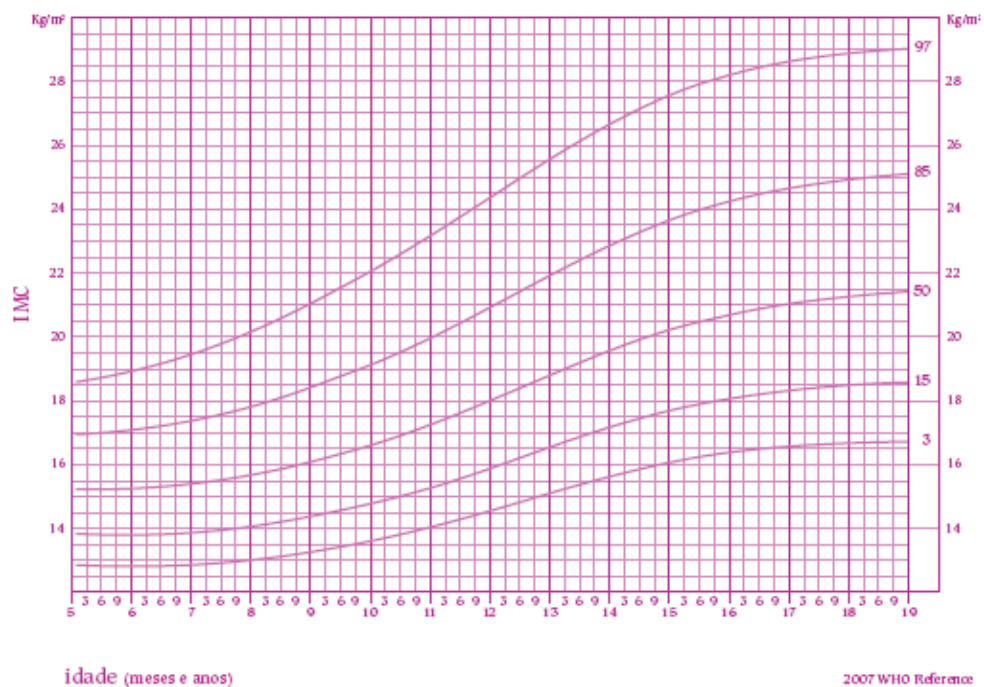
- Veia, O. (2007). Consumption of fruit and vegetables and associated factors among 11 - to 13 - year old children in Portugal. [tese de mestrado]. Oslo. Faculty of Medicine.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo de comportamento alimentar. *Análise psicológica*. 4, 611-624.
- Viana, V., Santos, P.L., & Guimarães, M.J. (2008). Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 9(2), 209-231.
- Vitolo, M., & Campagnolo, P. (2008). Repercussões da obesidade. In M.R., Vitolo. *Nutrição: Da gestação ao envelhecimento*. Editora Rubio: Rio de Janeiro.
- World health organization (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Geneva: W.H.O.
- World health organization (2001). *The optimal duration of exclusive breastfeeding – Report of an Expert Consultation – Geneva, Switzerland, March 2001*
- World Health Organization (2014a). *Commission on ending childhood obesity seeks comments on report from around the World*. Disponível em <http://www.who.int/dietphysicalactivity/end-childhood-obesity/facts/en/>
- World Health Organization (2014b). *Obesity and inequities: Guidance for addressing inequities in overweight and obesity*. Regional office for Europe. Copenhagen: World Health Organization. ISBN 978 92 890 5098 7

ANEXOS

Anexo I

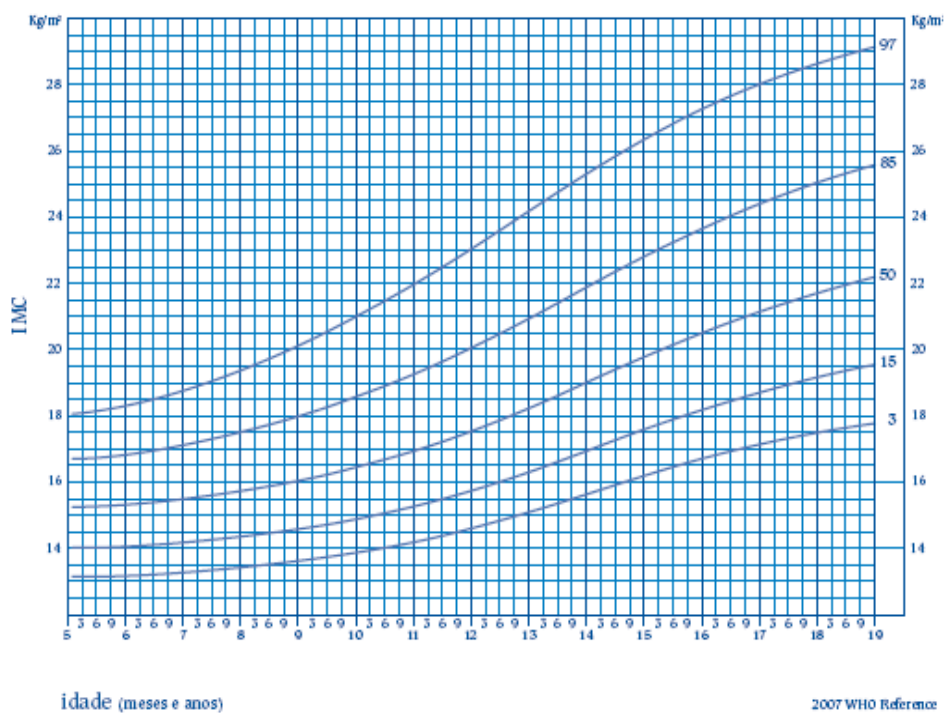
Curvas de crescimento da OMS

Curvas de crescimento do IMC dos 5 aos 19 anos, no sexo feminino



Fonte: Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, 2013

Curvas de crescimento do IMC dos 5 aos 19 anos, no sexo masculino



Fonte: Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, 2013

ANEXO II

Método de Amostragem Estratificada

Total de crianças/adolescentes por Enfermeiro de Família

Enf. Família	Idade	6 A	7 A	8 A	9 A	10 A	11 A	12 A	13 A	14 A	15 A	16 A	17 A	18 A	TOTAL 1573
	Género														
CM	Masc	13	5	13	5	11	5	4	8	9	8	7	4	7	99
	Fem	8	9	9	6	5	18	8	4	6	6	13	5	8	105
CR	Masc	14	5	7	6	11	3	5	9	3	6	4	4	4	81
	Fem	3	7	4	5	5	5	9	10	10	13	10	3	11	95
SM	Masc	3	6	7	11	9	10	14	9	12	11	8	13	11	124
	Fem	8	12	10	9	10	7	13	11	7	14	6	8	8	123
FP	Masc	11	11	13	5	8	8	5	10	9	7	8	12	6	113
	Fem	10	10	4	9	9	8	14	9	9	9	15	11	9	126
PM	Masc	15	6	11	10	7	12	11	11	13	13	14	6	10	139
	Fem	11	9	10	6	14	11	5	8	10	10	10	6	7	117
RL	Masc	20	6	12	10	2	4	6	4	14	5	11	7	11	112
	Fem	16	11	8	6	7	9	8	10	12	6	7	9	6	115
AG	Masc	9	15	8	10	13	3	9	6	13	6	5	10	7	114
	Fem	16	16	3	8	10	12	9	4	10	4	4	4	10	110

Número de crianças/adolescentes por Enfermeiro de Família de acordo com a amostra estratificada

Enf Família	Idade	6 A	7 A	8 A	9 A	10 A	11 A	12 A	13 A	14 A	15 A	16 A	17 A	18 A	TOTAL
	Género														
CM	Masc	4	2	4	2	4	2	1	3	3	3	2	1	2	33
	Fem	3	3	3	2	2	6	3	1	2	2	4	2	3	36
CR	Masc	5	2	2	2	4	1	2	3	1	2	1	1	1	28
	Fem	1	2	1	2	2	2	3	3	3	4	3	1	4	32
SM	Masc	1	2	2	4	3	3	5	3	4	4	3	4	4	42
	Fem	3	4	3	3	3	2	4	4	2	5	2	3	3	42
FP	Masc	4	4	4	2	3	3	2	3	3	2	3	4	2	39
	Fem	3	3	1	3	3	3	5	3	3	3	5	4	3	43
PM	Masc	5	2	4	3	2	4	4	4	4	4	5	2	3	47
	Fem	4	3	3	2	5	4	2	3	3	3	3	2	2	40
RL	Masc	7	2	4	3	1	1	2	1	5	2	4	2	4	38
	Fem	5	4	3	2	2	3	3	3	4	2	2	3	2	39
AG	Masc	3	5	3	3	4	1	3	2	4	2	2	3	2	39
	Fem	5	5	1	3	3	4	3	1	3	1	1	1	3	38

ANEXO III

Questionário

PREVALÊNCIA DA OBESIDADE INFANTO-JUVENIL

O questionário encontra-se dividido em 3 partes:

- Parte I - Caracterização Sociodemográfica
- Parte II – Caracterização Clínica
- Parte III – Hábitos Alimentares e Frequência Alimentar da Criança/Adolescente
- Parte IV – Hábitos de Vida da Criança/Adolescente

Para cada questão pretende-se que responda à opção que corresponde à sua realidade.

A sua colaboração é essencial e voluntária sendo o questionário anónimo e confidencial.

Obrigada pela colaboração.

Questionário Nº _____

QUESTIONÁRIO

Parte I – Caracterização Sociodemográfica

Criança/Adolescente

1 Idade da criança/adolescente
_____ Anos

2 Género
Masculino ₁
Feminino ₂

3 Nível de Escolaridade que a criança/adolescente frequenta

Não frequenta <input type="checkbox"/> ₁	1º ano <input type="checkbox"/> ₂	2º ano <input type="checkbox"/> ₃	3º ano <input type="checkbox"/> ₄
4º ano <input type="checkbox"/> ₅	5º ano <input type="checkbox"/> ₆	6º ano <input type="checkbox"/> ₇	7º ano <input type="checkbox"/> ₈
8º ano <input type="checkbox"/> ₉	9º ano <input type="checkbox"/> ₁₀	10º ano <input type="checkbox"/> ₁₁	11º ano <input type="checkbox"/> ₁₂
12º ano <input type="checkbox"/> ₁₃	Ensino Superior <input type="checkbox"/> ₁₄		

4 Tipo de família com quem a criança/adolescente vive

Família Nuclear/simples ₁
(Pais e filhos)

Família alargada/extensa ₂
(Pais + Avós+ Filhos + Outros)

Família reconstruída/recombinada ₃
(Pai ou mãe + padrasto ou madrasta + filhos)

Família Monoparental ₄
(Mãe ou pai + filhos)

5 Zona de habitação

Zona urbana ₁
Zona rural ₂

Pais da Criança/Adolescente

6 Idade dos pais

Pai: _____ Anos

Mãe: _____ Anos

7 Nível de escolaridade dos pais

- Pai: Não sabe ler nem escrever ₁
1º ciclo do ensino básico (4º ano) ₂
2º ciclo do ensino básico (6º ano) ₃
3º ciclo do ensino básico (9º ano) ₄
Ensino secundário ₅
Ensino superior ₆

- Mãe: Não sabe ler nem escrever ₁
1º ciclo do ensino básico (4º ano) ₂
2º ciclo do ensino básico (6º ano) ₃
3º ciclo do ensino básico (9º ano) ₄
Ensino secundário ₅
Ensino superior ₆

8 Profissão dos pais

Pai: _____
Mãe: _____

Parte II – Caraterização Clínica

Criança/adolescente

9 Até que idade a criança/adolescente foi amamentada

Não sabe
_____ Meses

10 A criança/adolescente tem alguma restrição alimentar?

Não ₁

Sim ₂ Se sim, qual? _____

11 A criança/adolescente sofre de alguma patologia?

Não ₁

Sim ₂ Se sim, qual? _____

12 Avaliação Antropométrica da criança/adolescente

Peso: _____ kg Altura: _____ cm IMC: _____ p IMC _____

Pais da Criança/Adolescente

13 Dados Antropométricos dos pais

Pai: Peso _____ KG Altura: _____ metros IMC _____

Mãe: Peso _____ KG Altura: _____ metros IMC _____

Parte III – Hábitos e Frequência Alimentar da Criança/Adolescente

14 Quantas vezes por semana toma o pequeno-almoço?

Nunca ₁

Às vezes ₂

Todos os dias ₃

Habitualmente ao pequeno-almoço come: _____

15 Quantas vezes por semana faz o lanche da manhã?

Nunca ₁

Às vezes ₂

Todos os dias ₃

Habitualmente ao lanche come: _____

16 Quantas vezes por semana faz o almoço?

Nunca ₁

Às vezes ₂

Todos os dias ₃

Habitualmente ao almoço come (sopa, prato principal e sobremesa): _____

17 Quantas vezes por semana faz o lanche da tarde?

Nunca ₁

Às vezes ₂

Todos os dias ₃

Habitualmente ao lanche come: _____

18 Quantas vezes por semana faz o jantar?

Nunca ₁

Às vezes ₂

Todos os dias ₃

Habitualmente ao jantar come (sopa, prato principal, sobremesa): _____

19 Come sopa?

Nunca ₁


Às vezes ₂


Todos os dias ₃


20 Em média quantos copos de água (125 ml) bebe por dia? _____ Copos

Frequência Alimentar *




Dos grupos alimentares a seguir descritos, assinale com x com que frequência são consumidos

21. Leite e Derivados	Frequência Alimentar				
	Nunca ou raramente 1	1x de 15-15 dias 2	1-3 x por semana 3	4-7x por semana 4	Mais de 1x por dia 5
21.1- Bebe leite?					
21.2- Come iogurtes?					
21.3- Come manteiga?					
21.4- Come queijo?					


22- Carne, Pescado e Ovos	Frequência Alimentar				
	Nunca ou raramente 1	1x de 15-15 dias 2	1-3 x por semana 3	4-7x por semana 4	Mais de 1x por dia 5
22.1- Come carne de vaca, porco, cabrito, borrego como prato principal?					
22.2- Come carne de frango, peru, coelho como prato principal?					
22.3- Come peixe gordo (sardinha, salmão, cavala, carapau, perca, etc.) como prato principal?					
22.4- Come peixe magro (pescada, linguado, cherne, faneca, dourada, etc.) como prato principal?					
22.5- Come ovos?					
22.6- Come hambúrgers / cachorros?					


23- Leguminosas e derivados	Frequência Alimentar				
	Nunca ou raramente 1	1x de 15-15 dias 2	1-3 x por semana 3	4-7x por semana 4	Mais de 1x por dia 5
23.1- Come leguminosas secas (feijão, grão de bico, etc.)?					
23.2- Come leguminosas verdes (ervilhas, favas, feijão verde, etc.)?					


* Adaptado do Questionário de Frequência Alimentar e Hábitos Saudáveis (Rito, 2007)

24- Cereais e derivados e tubérculos	Frequência Alimentar				
	Nunca ou raramente 1	1x de 15-15 dias 2	1-3 x por semana 3	4-7x por semana 4	Mais de 1x por dia 5
24.1- Come pão ou tostas?					
24.2- Come arroz?					
24.3- Come massas?					
24.4- Come batatas?					
24.5- Come cereais açucarados (Estrelitas, Chocapic, Nestum, etc.)?					
24.6- Come cereais sem açúcar (Weetabix, All-bran, Corn-flakes, Kellogs, etc.)?					
24.7- Come Pizza?					
24.8- Come batatas fritas?					
25- Hortícolas	Frequência Alimentar				
	Nunca ou raramente 1	1x de 15-15 dias 2	1-3 x por semana 3	4-7x por semana 4	Mais de 1x por dia 5
25.1- Come couves?					
25.2- Come alface?					
25.3- Come tomate?					
25.4- Come cenoura?					
26- Frutas	Frequência Alimentar				
	Nunca ou raramente 1	1x de 15-15 dias 2	1-3 x por semana 3	4-7x por semana 4	Mais de 1x por dia 5
26.1- Come fruta (maça, pera, banana, laranja, Kiwi, etc.)?					
26.2- Come frutos de conserva (pêssego, ananás, etc.)?					
26.3- Come frutos secos (amêndoa, avelãs, amendoins, nozes, etc.)?					

* Adaptado do Questionário de Frequência Alimentar e Hábitos Saudáveis (Rito, 2007)

27- Gordura e óleos	Frequência Alimentar				
	Nunca ou raramente 1	1x de 15-15 dias 2	1-3 x por semana 3	4-7x por semana 4	Mais de 1x por dia 5
27.1- Consome azeite?					
27.2- Consome óleos?					
27.3- Consome margarina?					

28- Doces e pastelaria	Frequência Alimentar				
	Nunca ou raramente 1	1x de 15-15 dias 2	1-3 x por semana 3	4-7x por semana 4	Mais de 1x por dia 5
28.1- Come bolachas tipo Maria ou torrada?					
28.2- Come outras bolachas, bolos ou biscoitos?					
28.3- Come snacks de chocolate (Mars, Twix, Kit-Kat, etc.)?					

29- Bebida	Frequência Alimentar				
	Nunca ou raramente 1	1x de 15-15 dias 2	1-3 x por semana 3	4-7x por semana 4	Mais de 1x por dia 5
29.1- Bebe refrigerantes ou sumos de pacote?					
29.2- Bebe sumos de fruta natural?					

* Adaptado do Questionário de Frequência Alimentar e Hábitos Saudáveis (Rito, 2007)

Parte IV - Hábitos de Vida da Criança/Adolescente

30 Para além da escola, o seu filho (a) participa em alguma atividade física programada do tipo, natação ginástica, ballet, futebol, voleibol, etc.?

Não ₁

Sim ₂ Qual/Quais? _____

Quanto tempo por semana? _____ Horas _____ Minutos

31 Quanto tempo em média (horas ou minutos), o seu filho (a) vê televisão.

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sábado	Domingo
Quantos minutos ou horas por dia							

32 Quanto tempo em média (horas ou minutos), o seu filho (a) joga computador, playstation ou outros jogos interativos.

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	Sábado	Domingo
Quantos minutos ou horas por dia							

33 Quanto tempo em média o seu filho (a) dorme durante a noite.

_____ horas _____ minutos

Anexo V

Parecer da Comissão Ética

Exº Senhor Dr. Manuel Sebe
Diretor do ACeS Baixo Vouga

Assunto: Pedido de autorização para desenvolvimento de um estudo intitulado "Intervenção do Enfermeiro de Família na Prevenção da Obesidade Infanto-Juvenil".

Eu, Clara Marisa Correia, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, no âmbito da unidade curricular Estágio, pretendo desenvolver, um estudo na área da obesidade infanto-juvenil, sob orientação científica da Professora Doutora Elsa Melo e Professora Doutora Assunção Almeida Laranjeira,

Trata-se de um estudo do tipo descritivo e exploratório, de natureza quantitativa, com os seguintes objectivos:

- Identificar as crianças com excesso de peso e obesidade infanto-juvenil que recorreram às consultas de saúde infanto-juvenil na USF Sta. Joana durante o ano 2014;
- Caracterizar os hábitos e frequência alimentar, prática de exercício físico e comportamentos sedentários das crianças/adolescentes entre os 6 e 18 anos de idade que recorrem à consulta de saúde infanto-juvenil durante o período da realização do estudo;
- Elaborar um manual de boas práticas para os enfermeiros de família sobre ensinamentos alimentares dirigido aos pais de crianças/adolescentes.

A colheita de dados será efetuada através da aplicação de um questionário dirigido aos pais das crianças dos 6 aos 18 anos de idade, durante a consulta de saúde infanto-

Ministério da Saúde
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL
DE SAÚDE DO CENTRO

RECEBIDO

- requerimento
07/08/15
Clara Marisa Correia

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>PARECER FINAL: Favorável Trabalho de interesse e bem elaborado</p>	<p>DESPACHO: <i>Homologar-se o parecer final da Comissão de Ética para a Saúde</i> <i>19.11.2015</i></p> <p>Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.</p> <p>Dr. José Manuel Azinha Tereso Presidente,</p> <p>Dr.ª Maria Augusta Mota Vice-Presidente,</p>
---	--

Estudo 67/2015 de 12/08/2015

ASSUNTO:

Intervenção do enfermeiro de família na prevenção da obesidade infanto-juvenil

18 Novembro 2015
[Signature]

[Signature]
L. Ribeiro

Dr. Luís Manuel Militão Mendes Cabral
Vogal,

Anexo V

Consentimento livre e esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DIRIGIDO AOS
PAIS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DA USF STA JOANA**

Clara Marisa Silva Correia, enfermeira, membro da OE n. ° 2-E-41580, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, encontro-me a desenvolver um estudo acerca da “Prevalência da Obesidade Infanto-Juvenil” nas crianças e adolescentes inscritos na USF Sta. Joana, sob a orientação da Professora Doutora Elsa Melo e da Professora Doutora Assunção Almeida.

Trata-se de um estudo do tipo exploratório e descritivo, que tem como objetivos determinar a prevalência do excesso de peso e obesidade infantil, bem como, caracterizar os hábitos alimentares, prática de exercício físico e hábitos de vida das crianças entre os 6-18 anos.

Neste sentido, venho solicitar, a sua colaboração na resposta a um questionário sobre os estes aspetos relativos ao seu filho.

Os dados colhidos durante este estudo serão tratados de forma confidencial. A informação será codificada, sendo guardada em local seguro, sob a responsabilidade da investigadora.

A sua participação no questionário é voluntária, poderá desistir por sua vontade, em qualquer momento. Os cuidados que lhe são prestados serão sempre os mesmos que a instituição lhe pode proporcionar, seja qual for a sua opção.

Contatos do Investigador:

Correio eletrónico: marisaclara09@gmail.com

Contacto Telefónico: 968285780

Eu, _____
declaro ter lido e compreendido este documento, concordo em participar nesta
investigação. Estou consciente de que os dados serão mantidos confidenciais.

Assinatura: _____ Data: ___ / ___ / ___

Anexo VI

Autorização do Coordenador e Conselho Técnico da USF Sta Joana

USF Sta. Joana
Reg. Nº 315
31/8/2015

Trabalho muito
interessante e que
nos parece muito útil.
Dão uma compreensão
assistencial que nos
dá todo o interesse para
a USF. Ambos solicitados

Exmo. Senhor Dr. José Carlos Marinho

Coordenador da USF Sta. Joana

parece do
C.T. e
de favorável
dos enfermei-
mentos à
equipa e ao
de P.C.C.

Assunto: Pedido de autorização para desenvolvimento de um estudo intitulado
"Intervenção do Enfermeiro de Família na Prevenção da Obesidade Infanto-Juvenil".

5/8/15

Eu, Clara Marisa Correia, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, no âmbito da unidade curricular Estágio, pretendo desenvolver, um estudo na área da obesidade infanto-juvenil, sob orientação científica da Professora Doutora Elsa Melo e Professora Doutora Assunção Almeida Laranjeira.

Trata-se de um estudo do tipo descritivo e exploratório, de natureza quantitativa, com os seguintes objetivos:

- Identificar as crianças com excesso de peso e obesidade infanto-juvenil que recorreram às consultas de saúde infanto-juvenil na USF Sta. Joana durante o ano 2014;
- Caracterizar os hábitos e frequência alimentar, prática de exercício físico e comportamentos sedentários das crianças/adolescentes entre os 6 e 18 anos de idade que recorrem à consulta de saúde infanto-juvenil durante o período da realização do estudo;
- Elaborar um manual de boas práticas para os enfermeiros de família sobre ensinamentos alimentares dirigido aos pais de crianças/adolescentes.

C.T. Trabalho muito interessante e com grande interesse para a
actividade clínica de saúde da USF. Concordo com a implementação
do trabalho. JFC

Anexo VII

O que habitualmente as crianças/adolescentes comem ao Pequeno-almoço, Lanche da Manhã e Lanche da Tarde

O que come habitualmente ao pequeno-almoço					
	n		%		
	n	%		n	%
Pão com manteiga ou fiambre + água	2	0,4	Barra de cereais	2	0,4
Iogurte	5	1,1	Torrada com manteiga + leite simples com mel	1	0,2
Barra de cereais + iogurte	1	0,2	Pão com chocolate + sumo	4	0,9
Bolachas + leite achocolatado	6	1,3	Cereais açucarados + leite sem lactose	2	0,4
Pão com manteiga + iogurte	1	0,2	Pão com chocolate + leite	4	0,9
Torrada + galão	5	1,1	Pão com manteiga ou queijo + leite simples	16	3,6
Leite achocolatado	14	3,1	Bolachas + iogurte + fruta	1	0,2
Cereais não açucarados + leite ou iogurte	7	1,6	Leite + café	2	0,4
Pão com manteiga ou fiambre ou queijo + leite achocolatado	39	8,7	Bolachas Maria + leite simples	3	0,7
Pão com fiambre + fruta	1	0,2	Papa sem glúten	1	0,2
Cereais sem açúcar + leite sem lactose	1	0,2	Bolachas Maria + leite com cevada	2	0,4
Barra de cereais + sumo natural	1	0,2	Bolachas	4	0,9
Bolachas integrais + leite simples	2	0,4	Leite simples	1	0,2
Cereais açucarados + leite + fruta	2	0,4	Bolachas Maria + leite sem lactose	4	0,9
Bolachas integrais + leite achocolatado	1	0,2	Iogurte com bolachas + fruta	1	0,2
Cereais açucarados + iogurte	2	0,4	Bolachas Maria + leite sem lactose com cevada	1	0,2
Pão com manteiga + leite com cevada	7	1,6	Pão com doce + leite com cevada	1	0,2
Pão com doce + leite simples	1	0,2	Pão com manteiga ou fiambre + café	3	0,7
Torrada + leite achocolatado	8	1,8	Pão de leite + café	1	0,2
Pão com manteiga + leite simples + fruta	2	0,4	Torrada + café	1	0,2
Pão + leite achocolatado + fruta	2	0,4	Cereais açucarados + leite	265	59,3
Bolachas + iogurte	1	0,2	Pão com manteiga + galão	15	3,4

O que come habitualmente ao lanche da manhã					
	n		%		
	n	%		n	%
Barra de cereais	8	1,8	Pão + sumo	5	1,1
Barra de cereais + fruta + iogurte	1	0,2	Pão + sumo + fruta	1	0,2
Barra de cereais + leite achocolatado	5	1,1	Pão com chocolate + iogurte	1	0,2
Bolachas Maria + fruta ou iogurte	11	2,5	Pão com chocolate + leite achocolatado	3	0,7
Bolachas de água e sal + iogurte	3	0,7	Pão com chouriço + leite achocolatado	4	0,9
Bolachas de água e sal + sumo	1	0,2	Pão com doce	8	1,8
Bolachas doces + iogurte ou sumo	6	1,3	Pão com doce + leite achocolatado	7	1,6
Bolachas doces + leite simples	3	0,7	Pão com fiambre + água	4	0,9
Bolachas doces ou bolos (queque / croissant / panquecas)	34	7,6	Pão com fiambre e queijo + leite achocolatado	5	1,1
Bolachas doces ou bolos (queque / croissant / panquecas) + leite achocolatado	27	6,0	Pão com fiambre ou manteiga ou queijo	37	8,3
Bolachas Maria + fruta	4	0,9	Pão com fiambre ou manteiga ou queijo + leite achocolatado	83	18,6
Bolachas Maria + iogurte ou leite simples	5	1,1	Pão com fiambre ou manteiga ou queijo + leite simples	5	1,1
Bolachas Maria + sumo	1	0,2	Pão com fiambre ou queijo + leite de sabores	1	0,2
Bolachas Maria ou água e sal + leite achocolatado	8	1,8	Pão com fiambre ou queijo ou manteiga + iogurte	17	3,8
Bolachas Maria ou bolachas de água e	12	2,7	Pão com fiambre ou queijo ou	17	3,8

sal			manteiga + sumo		
Cereais açucarados + leite ou iogurte	3	0,7	Pão com manteiga + iogurte	1	0,2
Croissant + sumo ou leite ou iogurte	9	2,0	Pão de leite	3	0,7
iogurte	15	3,4	Pão de leite + iogurte	2	0,4
iogurte + fruta	3	0,7	Pão de leite + sumo	1	0,2
Leite achocolatado	8	1,8	Pão de leite com manteiga ou queijo	2	0,4
Pão + iogurte	18	4,0	Pão integral + sumo	2	0,4
Pão + iogurte + fruta	1	0,2	Pão simples + leite sem lactose	4	0,9
Pão + leite achocolatado + fruta	1	0,2	Tosta mista + galão ou iogurte	2	0,4
Tostas de milho + iogurte	1	0,2			

O que habitualmente come ao lanche da tarde					
	n	%		n	%
Barra de cereais	8	1,8	Pão com doce + sumo	1	0,2
Pão integral com manteiga	2	0,4	Pão com doce ou chocolate	4	0,9
Bolachas doces / bolo + sumo	26	5,8	Pão com fiambre + fruta	1	0,2
Bolachas doces ou bolos (queque / croissant / panquecas)	27	6	Pão com fiambre ou manteiga ou queijo	32	7,2
Bolachas doces ou bolos (queque / croissant / panquecas) + iogurte	29	6,5	Pão com fiambre ou manteiga ou queijo + leite achocolatado	19	4,3
Bolachas doces ou bolos (queque / croissant / panquecas) + leite achocolatado	3	0,7	Pão com fiambre ou manteiga ou queijo + leite simples	8	1,8
Bolachas integrais	5	1,1	Pão com fiambre ou queijo ou manteiga + iogurte	10	2,2
Bolachas integrais + iogurte ou leite	1	0,2	Pão com fiambre ou queijo ou manteiga + sumo	29	6,5
Bolachas Maria + iogurte	11	2,5	Pão com manteiga + café solúvel	2	0,4
Bolachas Maria + leite achocolatado	1	0,2	Pão com marmelada e queijo + iogurte	4	0,9
Barra de cereais + fruta ou iogurte	2	0,4	Bolachas + leite achocolatado	1	0,2
Bolachas Maria + sumo	3	0,7	Pão de leite	1	0,2
Bolachas Maria ou bolachas de água e sal	5	1,1	Pão de leite + sumo	3	0,7
Cereais açucarados + leite	20	4,5	Pão de leite com manteiga ou queijo ou fiambre	3	0,7
Cereais sem açúcar + iogurte	1	0,2	Pão ou bolachas + iogurte	1	0,2
Croissant + leite	2	0,4	Pão ou bolachas + sumo	3	0,7
Croissant + sumo ou leite achocolatado	4	0,9	Pão ou fruta	5	1,1
Croissant com fiambre	1	0,2	Pão ou iogurte	4	0,9
Croissant com fiambre + sumo	3	0,7	Pão torrado com manteiga + galão ou leite achocolatado ou sumo ou chá	18	4
iogurte	10	2,2	Papa sem glúten	1	0,2
Barra de cereais + sumo	2	0,4	Sumo	1	0,2
iogurte + fruta	6	1,3	Bolachas + leite com café	3	0,7
Leite achocolatado	2	0,4	Tosta mista + galão	3	0,7
Leite achocolatado + fruta	1	0,2	Tosta mista + sumo	4	0,9
Pão + fruta	16	3,6	Tostas com doce	1	0,2
Pão + iogurte	32	7,2	Pão ou bolachas	5	1,1
Pão + leite achocolatado	8	1,8	Pão + iogurte + fruta	3	0,7
Pão + leite sem lactose	1	0,2	Bolachas + sumo	4	0,9
Pão + sumo	17	3,8	Bolachas de água e sal + fruta	5	1,1
Pão com chourição ou mortandela ou paio	5	1,1	Bolachas de água e sal + sumo	2	0,4
Bolachas + fruta ou iogurte	6	1,3	Ausente	6	1,3