



Escola Superior de Saúde **Norte**  
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

MESTRADO EM ENFERMAGEM  
COMUNITÁRIA NA ÁREA DE  
ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Catarina Isabel Dias Moura

ENTREVISTA MOTIVACIONAL COMO  
FACILITADOR NA MUDANÇA: FAMÍLIAS DE  
CRIANÇAS COM SOBREPESO OU  
OBESIDADE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

ENTREVISTA MOTIVACIONAL COMO FACILITADOR  
NA MUDANÇA:  
FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM SOBREPESO OU  
OBESIDADE

Dissertação

Catarina Isabel Dias Moura

Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar, sob orientação da Professora Doutora Maria Manuela Henriques Pereira Ferreira e co-orientação do Professor Doutor Henrique Lopes Pereira

Oliveira de Azeméis | 2025



“Há uma força motriz mais poderosa que o vapor, a eletricidade e a energia atômica:

**a vontade”**

Albert Einstein



## **AGRADECIMENTOS**

---

A concretização deste trabalho foi possível graças ao apoio e incentivo de várias pessoas e instituições, às quais expresso a minha profunda gratidão.

Ao meu marido, Nelson, pelo amor, paciência e compreensão incondicional ao longo desta jornada, e aos meus filhos, Tomás e Francisca, pela motivação diária e alegria contagiante que me impulsionaram a seguir em frente.

Aos meus pais e demais família, pelo suporte emocional e pelo exemplo de dedicação e resiliência que sempre me transmitiram.

Ao meu Querido e Eterno Amigo Dr. Virgílio Pinto, cuja memória permanece viva, pelo constante encorajamento e pelas palavras de incentivo que tanto significaram nos momentos de maior desafio, nomeadamente na conclusão deste percurso.

Um sincero agradecimento a todas as Amigas Enfermeiras e Amigos Enfermeiros pelo apoio profissional, pelos contributos valiosos que enriqueceram este trabalho, pelo incentivo e orientação ao longo deste percurso, ajudando no desenvolvimento do potencial e na superação dos desafios com determinação. Também à instituição de saúde pelo suporte institucional e pela oportunidade de desenvolver esta investigação num ambiente acolhedor e cooperativo. Um profundo reconhecimento às Enfermeiras Gestoras de Enfermagem pelo seu apoio e encorajamento fundamentais para a realização deste trabalho.

À Professora Doutora Manuela Ferreira e ao Professor Doutor Henrique Pereira pelo acompanhamento académico, orientações e estímulo intelectual que foram fundamentais para a construção deste estudo.

Agradeço, de forma sincera, a todas as famílias que participaram neste estudo e partilharam as suas experiências, tornando possível o reconhecimento e o desenvolvimento do conhecimento científico.

E a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho, com palavras de incentivo, sugestões ou simples gestos de apoio, o meu mais sincero agradecimento.



## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

---

CESIJ - Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil

DGS- Direção Geral de Saúde

EEM- Escala Estágios Mudança

EM- Entrevista Motivacional

ECESF- Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Saúde Familiar

ESSNorteCVP - Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

IMC- Índice de Massa Corporal

KS- Kolmogorov-Smirnov

MDAIF- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MTT- Modelo Tansteórico de Mudança Comportamental

PNSIJ- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

SIJ- Saúde Infantil e Juvenil

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS- Statistical Package of Social Science

UID- Unidade Investigação e Desenvolvimento

ULS- Unidade Local de Saúde



## RESUMO

---

A obesidade infantil representa um desafio crescente de saúde pública, com repercussões físicas, emocionais e sociais que impactam significativamente o bem-estar das crianças e das suas famílias. O presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto da Entrevista Motivacional (EM) na promoção da mudança de estágio comportamental em famílias com crianças de 6 a 9 anos com sobrepeso ou obesidade, procurando compreender se esta abordagem seria eficaz para promover ações de mudança.

Trata-se de um estudo prospetivo quase-experimental, com grupo de controlo. O grupo de controlo foi submetido às Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil (CESIJ), enquanto o grupo experimental participou em sessões de EM. A amostra é composta por 13 participantes (pai/mãe, díade parental ou outro familiar, doravante designado por familiares), 8 no grupo experimental e 5 no grupo de controlo, de crianças com índice de massa corporal (IMC) acima do percentil 85, selecionadas por amostragem aleatória em conglomerados de uma Unidade de Saúde Familiar da Região Norte de Portugal. A recolha de dados incluiu gravações áudio e vídeo das CESIJ e EM, grelha de observação da dinâmica comunicacional, questionário sociodemográfico e a Escala de Estágios de Mudança (EEM). Os dados foram analisados com recurso à estatística descritiva e inferencial, através do software SPSS® (versão 25).

Os resultados evidenciaram diferenças na dinâmica comunicacional: no grupo experimental, os familiares tiveram mais espaço para se expressar e participaram mais ativamente, enquanto no grupo de controlo predominou a fala do enfermeiro. Este achado confirma que a EM favorece uma comunicação terapêutica mais aberta e centrada na família. Relativamente à evolução motivacional, verificou-se progressão significativa no estágio de ação e tendência positiva no estágio de contemplação, sugerindo que a EM não só facilitou a reflexão sobre a necessidade de mudança, como também promoveu a sua implementação prática. Embora as dimensões de pré-contemplação e manutenção não tenham evidenciado diferenças estatisticamente significativas, os dados apontam para uma influência positiva da EM nos processos motivacionais. A análise correlacional não revelou associações estatisticamente significativas, limitando a possibilidade de confirmar uma relação robusta entre a EM e a mudança de estágios. Ainda assim, os resultados sugerem que a intervenção contribuiu para ganhos motivacionais, sobretudo quando acompanhada por maior envolvimento familiar.

Este estudo reforça a evidência de que intervenções motivacionais estruturadas, enquadradas em modelos teóricos como o Modelo Transteórico de Mudança

Comportamental (MTT) e o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), são promissoras na promoção de mudanças comportamentais sustentadas.

Na prática clínica, os achados sublinham a importância de integrar a EM nas CESIJ e noutras consultas, superando modelos protocolados e privilegiando estratégias centradas na família. Ao nível das políticas públicas, ressalta-se a importância de programas culturalmente adaptados e da capacitação dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, para a implementação consistente de abordagens motivacionais.

Apesar das limitações metodológicas, nomeadamente a reduzida dimensão da amostra e a aplicação pontual da intervenção, este estudo sugere que a EM tem potencial para promover mudanças comportamentais em famílias com crianças com sobrepeso ou obesidade, contribuindo para ganhos efetivos em saúde individual, familiar e comunitária.

Palavras Chave: Entrevista Motivacional; Obesidade infantil; Sobrepeso; Enfermagem Familiar; Modelo de Informação, Motivação e Habilidades Comportamentais

## ABSTRACT

---

Childhood obesity is a growing public health challenge with physical, emotional, and social repercussions that significantly impact the well-being of children and their families. This study aimed to evaluate the impact of Motivational Interviewing on promoting behavioral stage change in families with children aged 6 to 9 who are overweight or obese, seeking to understand if this approach would be effective in stimulating changes in the family's daily life.

This was a prospective, quasi-experimental study with a control group. The control group underwent Child and Youth Health Nursing Consultations, while the experimental group participated in Motivational Interviewing sessions. The sample consisted of 13 participants (parent, parental dyad, or other family member, hereafter referred to as family members) (8 in the experimental group and 5 in the control group) of children with a body mass index above the 85th percentile, selected by cluster random sampling from a Family Health Unit in the Northern Region of Portugal. Data collection included audio and video recordings of the consultations, an observation grid of communication dynamics, a sociodemographic questionnaire, and the Stages of Change Scale. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics with SPSS software (version 25).

The results showed differences in communication dynamics: in the experimental group, family members had more space to express themselves and participated more actively, while in the control group, the nurse's speech predominated. This finding confirms that Motivational Interviewing promotes more open, family-centered therapeutic communication. Regarding motivational evolution, there was a significant progression in the action stage and a positive trend in the contemplation stage, suggesting that Motivational Interviewing not only facilitated reflection on the need for change but also promoted its practical implementation. Although the pre-contemplation and maintenance dimensions did not show statistically significant differences, the data point to a positive influence of Motivational Interviewing on motivational processes. The correlational analysis did not reveal statistically significant associations, limiting the possibility of confirming a robust relationship between Motivational Interviewing and stage change. Still, the results suggest that the intervention contributed to motivational gains, especially when accompanied by greater family involvement.

This study reinforces the evidence that structured motivational interventions, framed by theoretical models such as the Transtheoretical Model of Change and the Dynamic Family

Assessment and Intervention Model, are promising for promoting sustained behavioral changes.

In clinical practice, the findings underscore the importance of integrating Motivational Interviewing into Child and Youth Health Nursing Consultations, moving beyond exclusively prescriptive models and favoring family-centered strategies. At the public policy level, the importance of culturally adapted programs and the training of specialist nurses in community nursing in the area of family health for the consistent implementation of motivational approaches is highlighted.

Despite methodological limitations, namely the small sample size and the one-time application of the intervention, this study suggests that Motivational Interviewing has the potential to promote behavioral changes in families with children who are overweight or obese, contributing to effective gains in individual, family, and community health.

Keywords: Motivacional interviewing; Pediatric obesity; Overweight; Family Nursing; Information Motivation Behavioral Skills Model

## ÍNDICE DE TABELAS

---

Tabela 1- Representação das atividades a desenvolver pelo grupo experimental e de controlo, segundo o horizonte temporal.....	51
Tabela 2- Resultados do teste de Normalidade às dimensões da EEM.....	52
Tabela 3- Resultados da Adaptação Transcultural da EEM para o português de Portugal.....	54
Tabela 4- Distribuição absoluta e relativa do nível de escolaridade do pai e da mãe segundo o grupo experimental, o de controlo e o total.....	56
Tabela 5- Resultados do teste t de Student para amostras independentes com teste de Levene para igualdade de variâncias nas variáveis relacionadas com a duração da entrevista e dos intervenientes e as fases de motivação para a mudança (antes e após).....	58
Tabela 6- Resultados da correlação entre as dimensões dos estágios de mudança comportamental no grupo experimental antes e após a aplicação da manobra de intervenção introduzida no estudo.....	60
Tabela 7- Resultados da correlação entre as dimensões dos estágios de mudança comportamental no grupo de controlo antes e após a aplicação da intervenção convencionada pela DGS .....	60
Tabela 8- Resultados da correlação entre as dimensões dos estágios de mudança comportamental no total da amostra (grupo experimental e grupo de controlo) antes e após a aplicação da manobra de intervenção introduzida neste estudo ou convencionada pela DGS, consoante os grupos experimental e de controlo, respetivamente.....	61



## ÍNDICE DE FIGURAS

---

Figura 1- Evolução média dos estágios de motivação para a mudança comportamental (antes e após a implementação) no grupo de controlo e grupo experimental.....	59
--	----



## ÍNDICE GERAL

---

INTRODUÇÃO .....	19
1. Fundamentação/enquadramento teórico.....	23
2. Objetivo .....	45
3. Metodologia .....	47
3.1. Desenho do estudo .....	47
3.2. Considerações éticas.....	52
4. Resultados.....	53
5. Discussão .....	63
6. Conclusão.....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
ANEXOS.....	93
ANEXO I: GUIÃO DE CESIJ .....	95
ANEXO II: GUIÃO DE EM.....	99
ANEXO III: GRELHA DE OBSERVAÇÃO DA DINÂMICA DA EM/CESIJ.....	103
ANEXO IV: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA.....	109
ANEXO V: CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO.....	115
ANEXO VI: PEDIDO E AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO EEM .....	121
ANEXO VII: AUTORIZAÇÃO PARECER COMISSÃO ÉTICA.....	129



## INTRODUÇÃO

---

A presente dissertação, com o título «Entrevista Motivacional como facilitador na mudança: famílias de crianças com sobrepeso ou obesidade», insere-se no âmbito do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Familiar, da Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP), em Oliveira de Azeméis, no ano letivo de 2024/2025, sob a orientação da Professora Doutora Maria Manuela Henriques Pereira Ferreira e a coorientação do Professor Doutor Henrique Lopes Pereira.

A obesidade infantil constitui, atualmente, um dos principais problemas de saúde pública a nível global, com repercussões significativas ao longo do ciclo de vida. A mudança de hábitos alimentares e comportamentais nas famílias com crianças em situação de sobrepeso ou obesidade é um dos grandes desafios a nível global (Shenoy & Ramdas Nayak, 2023). Apesar da crescente consciencialização sobre os riscos associados, muitas famílias enfrentam dificuldades em iniciar este processo, permanecendo numa fase de ambivalência e resistência à mudança (Ziser et al., 2021). Neste contexto, torna-se essencial compreender as estratégias que podem facilitar essa transição, promovendo um maior envolvimento familiar na adoção de hábitos mais saudáveis.

A EM tem vindo a estar ancorada como uma abordagem eficaz na promoção da mudança de comportamento, ajudando indivíduos e famílias a refletirem sobre as suas dificuldades e a reforçarem a sua motivação para agir. No caso da obesidade infantil, explorar o seu impacto na mudança de estágio poderá ser determinante para a construção de estratégias de intervenção mais eficazes e adaptadas à realidade das famílias (Amiri et al., 2021).

Este estudo surge não apenas da necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a aplicação da EM, mas também como necessidade sentida decorrente do percurso profissional desenvolvido na área da saúde familiar. A experiência adquirida e o contacto direto com os desafios enfrentados pelas famílias evidenciam a importância de explorar ferramentas e novos e inovadores serviços que tornem a mudança mais acessível e sustentável, resultando em ganhos em saúde (Ernest et al., 2025).

A obesidade infantil tem sido reconhecida como um dos principais desafios de saúde pública a nível global, estando associada a um aumento do risco de diversas comorbidades, como doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus* e problemas psicossociais (Dahmer & Maciel, 2021). Em Portugal, dados recentes apontam para um aumento significativo da prevalência

de sobrepeso e obesidade em crianças, com valores que passaram de 29,7% para 31,9% e de 11,9% para 13,5%, respetivamente, entre 2019 e 2022 ( Rito et al., 2023). Estes dados refletem a necessidade urgente de estratégias de intervenção eficazes e sustentáveis que promovam a adoção de estilos de vida mais saudáveis, tanto a nível individual como familiar. A EM tem demonstrado ser uma abordagem promissora na promoção da mudança comportamental em diversas áreas da saúde, incluindo a gestão do peso infantil (Silva et al., 2022). A aplicação da EM fundamenta-se no MTT de Prochaska e DiClemente (1983), centrando-se na identificação do estágio de motivação em que os indivíduos se encontram e na promoção da sua transição para fases mais ativas de mudança (Prochaska & DiClemente, 1983). Estudos indicam que a EM pode ser particularmente útil na transição do estágio de mudança, ajudando as famílias a reconhecer a importância da mudança e a desenvolver estratégias para implementá-la (Davidson & Scholz, 2020 ; Bischof et al., 2021).

Este estudo justifica-se pela necessidade de desenvolver abordagens inovadoras que vão além da mera transmissão de informação sobre alimentação saudável e atividade física. A evidência científica demonstra que, para muitas famílias, a falta de consciência quanto aos riscos associados à obesidade, aliada à ausência de estratégias motivacionais eficazes, constitui uma barreira relevante à mudança comportamental (Ziser et al., 2021).

Por outro lado, o MDAIF, enquanto referencial teórico possibilita uma compreensão integrada das famílias, considerando a sua dimensão estrutural, de desenvolvimento e funcional, servindo de referencial teórico e operativo para uma resposta mais efetiva à problemática do sobrepeso ou obesidade infantil. A aplicação do MDAIF permite identificar vulnerabilidades, mas também recursos familiares, potenciando uma intervenção mais eficaz e alinhada com o contexto específico de cada família. Ao conjugar a EM com o MDAIF, este estudo procura não apenas abordar comportamentos de risco, mas também fortalecer as capacidades adaptativas das famílias, favorecendo mudanças sustentadas e promotoras de saúde.

A presente investigação pretende responder à seguinte questão de investigação: Qual o efeito da utilização da EM na mudança de estágio comportamental em famílias de crianças com sobrepeso ou obesidade?

Nesta perspetiva o presente estudo tem como objetivo conhecer o efeito da EM na mudança de estágio comportamental em famílias com crianças de 6 a 9 anos, com sobrepeso ou obesidade. A metodologia adotada será um estudo prospetivo quase-experimental, com grupo de controlo.

A estrutura deste trabalho compreende uma revisão da literatura, na qual serão explorados os principais conceitos e evidências científicas sobre obesidade infantil, mudança

comportamental e o impacto da EM. Seguidamente, será descrita a metodologia do estudo, incluindo o desenho, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos de recolha, a análise de dados e as considerações éticas. Posteriormente, serão apresentados os resultados e discutidos os principais achados, culminando nas conclusões e nas implicações para o avanço no conhecimento, para a prática e para a investigação.



## 1. Fundamentação/enquadramento teórico

---

A obesidade infantil é reconhecida como um dos principais desafios de saúde pública, exigindo um enquadramento teórico que integre a sua evolução epidemiológica, os fatores determinantes, os impactos em saúde e as estratégias de intervenção centradas na família e na mudança comportamental.

### **Obesidade infantil: Conceito, Classificação e Epidemiologia**

A obesidade infantil e o sobrepeso são considerados distúrbios nutricionais e nos últimos anos, tornaram-se uma epidemia mundial e um dos maiores desafios à saúde pública (Campos et al., 2023). Para Flynn et al. (2022), a obesidade infantil está a aumentar globalmente, com consequências de longo prazo para a saúde. Define-se pela acumulação de tecido adiposo que pode provocar problemas de saúde, sendo que nas crianças a obesidade é avaliada pelo índice de massa corporal (IMC) ajustado para idade e sexo, classificando-se como sobrepeso quando  $IMC-z \geq +1$  e  $< +2$  traduzido nos percentis 85 a 97 e obesidade quando  $IMC-z \geq 2$  traduzido no percentil acima 97 (Aguilar Liendo et al., 2023; Barbosa Filho et al., 2010).

Broadbent et al. (2024), relatam que a obesidade e sobrepeso têm tido um aumento gradual a nível mundial, sendo que a prevalência de sobrepeso e obesidade aumentou de 26,0% (1995) para 31,7% (2019).

Segundo Cabral et al. (2023) a obesidade infantil afeta mais de 340 milhões de crianças e adolescentes com idades entre 5 e 19 anos. Frade et al. (2021) alertam para o facto de entre 20,0% e 40,0% das crianças portuguesas apresentam sobrepeso, e entre 10,0% e 15,0% obesidade, reforçando a necessidade de implementação de medidas preventivas e monitorização constante da obesidade infantil. Rito et al. (2023), concluíram que em Portugal, entre 2019 e 2022, a prevalência de sobrepeso em crianças aumentou de 29,7% para 31,9% e a de obesidade de 11,9% para 13,5%, respetivamente, o que evidencia a necessidade de intervenções eficazes. Os dados apresentados pelos diferentes autores reforçam uma tendência preocupante de crescimento da obesidade infantil, tanto a nível global como nacional, reforçando a necessidade urgente de estratégias de intervenção mais eficazes.

O Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), constitui uma iniciativa estratégica para melhorar o estado nutricional da população e prevenir doenças

crônicas relacionadas com hábitos alimentares, estando alinhado com os objetivos do Plano Nacional de Saúde 2021-2030, que destaca a alimentação como um determinante essencial para a promoção da saúde sustentável e bem-estar da população (Freitas et al., 2021; Gregório et al., 2023).

De acordo com Olateju et al. (2021), o sobrepeso e a obesidade constituem as principais causas de problemas clínicos e de saúde pública relacionados ao estilo de vida, exigindo mudanças comportamentais urgentes.

Apesar dos esforços para prevenir e monitorizar este problema de saúde pública, os números continuam a aumentar, o que sugere que as abordagens implementadas podem não estar a ser suficientemente eficazes ou abrangentes (Palit et al., 2024). Neste sentido, a necessidade de implementar medidas integradas e consistentes que, para além dos fatores nutricionais, contemplem igualmente os determinantes sociais, comportamentais e ambientais que condicionam o sobrepeso e a obesidade infantil, sublinhando a influência das desigualdades socioeconómicas, da literacia em saúde e de fatores contextuais na configuração das disparidades em saúde (Schillinger, 2021).

A análise da literatura realça a necessidade de uma abordagem multidimensional na compreensão da obesidade infantil, considerando não apenas os critérios clínicos de classificação, mas também os fatores comportamentais, ambientais e sociais que influenciam a sua prevalência (Jebeile et al., 2022). Torna-se, assim, fundamental o desenvolvimento de estratégias de intervenção sustentáveis que promovam mudanças efetivas nos hábitos das crianças e das suas famílias, contribuindo para a mitigação deste problema de saúde pública (Nygaard & Øen, 2024).

### **Determinantes da obesidade infantil**

Segundo Campos et al. (2023), a obesidade infantil é influenciada por uma combinação complexa de fatores biológicos, ambientais, psicossociais, económicos e comportamentais. Segundo vários autores, entre os principais fatores, destaca-se a má alimentação, caracterizada pelo elevado consumo de açúcar, alimentos industrializados, que contribuem para o aumento do peso e o desenvolvimento de doenças, nomeadamente complicações metabólicas a longo prazo (Campos et al., 2023; Santos et al., 2020; Faria et al., 2021).

O aumento da disponibilidade de alimentos industrializados tem levado a uma pior qualidade da alimentação infantil, refletindo-se no maior consumo de açúcares livres, na redução da ingestão de fibras e no aumento da densidade energética da dieta, fatores que contribuem para o desenvolvimento da obesidade infantil (Neri et al., 2022). Evidência recente confirma esta associação, mostrando que o consumo regular de ultraprocessados está

consistentemente ligado ao ganho de peso e ao aumento do risco de obesidade (Dicken & Batterham, 2024).

De acordo com LaFata et al., (2024) o consumo de alimentos ultraprocessados, em particular os hiperglicídicos, pode desencadear mecanismos de dependência semelhantes aos observados em substâncias psicoativas. Estes alimentos, devido à sua hiper-palatabilidade, elevada densidade energética e rápida absorção, ativam intensamente os circuitos de recompensa cerebral, estimulando a liberação de dopamina e promovendo comportamentos de compulsão alimentar. Assim, a compreensão da obesidade infantil deve considerar não apenas os fatores ambientais e comportamentais, mas também a vulnerabilidade neurobiológica induzida por este tipo de alimentos.

Jakobsen et al. (2023) demonstraram que o consumo frequente de *fast food* e bebidas açucaradas está entre os principais fatores de risco para sobrepeso e obesidade em crianças, confirmando o peso desses hábitos no desenvolvimento da doença. De forma semelhante, Qasrawi et al. (2025) evidenciaram como preditores centrais o consumo de bebidas energéticas, snacks salgados e refeições irregulares, exigindo estratégias preventivas cada vez mais precoces e direcionadas.

Segundo Campos et al. (2023), a importância da implementação de ações de prevenção e sensibilização devem ser aplicadas tanto no ambiente escolar como no familiar, promovendo hábitos saudáveis desde a infância e contribuindo para a redução da prevalência da obesidade entre as crianças.

O ambiente familiar aliado à percepção dos pais, desempenha um papel fundamental na formação dos hábitos alimentares das crianças, uma vez que as escolhas alimentares dos pais influenciam diretamente a dieta dos mais novos. Fatores psicossociais, como ansiedade e depressão, também estão associados ao ganho de peso, tornando essencial uma abordagem que integre não apenas aspectos físicos, mas também emocionais e comportamentais (Campos et al., 2023).

A percepção dos pais sobre a alimentação e a obesidade infantil torna-se um desafio na promoção de hábitos saudáveis. O papel do ambiente familiar relaciona-se diretamente com a forma como os pais percebem o peso das crianças, condicionando tanto a prevenção como o tratamento da obesidade (Homs et al., 2021). O momento das refeições em família revela-se igualmente benéfico, pois promove escolhas alimentares mais equilibradas e reduz o risco de obesidade infantil. A presença ativa dos pais durante as refeições tem mais impacto do que a imposição de regras rígidas sobre alimentação; contudo, uma abordagem

demasiado restritiva pode ser contraproducente, aumentando o desejo por determinados alimentos e conduzindo a um consumo desregulado fora de casa (Mahmood et al., 2021).

A exposição precoce a alimentos saudáveis facilita a sua aceitação a longo prazo, e a participação ativa dos pais na alimentação está associada a melhores indicadores nutricionais e a menor risco de obesidade. A prevenção da obesidade infantil exige, assim, não apenas uma alimentação equilibrada, mas também o envolvimento parental e a criação de um ambiente familiar favorável a escolhas saudáveis (Palit et al., 2024; Ziser et al., 2021).

Faria et al. (2021) destacam quatro categorias principais que influenciam este processo: a alimentação inadequada, o sedentarismo associado ao uso da tecnologia, a subestimação do sobrepeso e a falta de apoio na adoção de medidas preventivas e terapêuticas.

À medida que crescem, as crianças tornam-se mais autónomas nas suas escolhas alimentares e na prática de atividade física, ficando mais suscetíveis à influência dos pares e ao *marketing* alimentar, que frequentemente promove produtos pouco saudáveis. Esta influência pode levar ao aumento do consumo de alimentos com elevada densidade energética e baixo valor nutricional (Shenoy & Ramdas Nayak, 2023).

Para além da publicidade tradicional, importa considerar o crescente impacto do *marketing* digital, que utiliza redes sociais e jogos interativos como canais privilegiados de promoção de alimentos não saudáveis. Num mundo cada vez mais digital, o *marketing* exerce uma forte influência no comportamento alimentar das crianças, dificultando a distinção entre publicidade e entretenimento. A exposição a estes ambientes aumenta o consumo de snacks pouco saudáveis, sendo que as crianças que interagem com jogos promocionais tendem a ingerir mais produtos das marcas anunciadas. As redes sociais potenciam este efeito, com influenciadores digitais a promoverem alimentos de baixo valor nutricional, levando a um maior consumo calórico. Estudos demonstram que a publicidade interativa nos jogos tem um impacto ainda mais expressivo do que os anúncios televisivos, pois o envolvimento emocional com as marcas reforça as preferências alimentares (McCarthy et al., 2022). Neste contexto, os pais enfrentam dificuldades acrescidas em educar os filhos para hábitos saudáveis, uma vez que a publicidade a produtos hiperglucídicos e processados condiciona fortemente as escolhas alimentares das crianças. De facto, diversos estudos salientam que as barreiras parentais no controlo da dieta infantil se relacionam diretamente com a pressão exercida pelo *marketing* alimentar (Medina-Vera et al., 2019; Palit et al., 2024). Além disso, muitos pais demonstram perceção limitada das estratégias do *marketing* digital alimentar, sentindo-se frequentemente impotentes frente à exposição dos filhos especialmente considerando o papel das redes sociais como determinantes comerciais de saúde, que

ampliam os desafios educativos face ao ambiente obesogénico (Vaughan et al., 2025; Driessen et al., 2022; Lafontaine et al., 2025).

Face a estes desafios, não basta apenas apostar em estratégias educativas ou familiares; é igualmente necessário reforçar medidas regulatórias que limitem a exposição das crianças a alimentos hiperglucídicos e processados (Boyland, 2025).

Em Portugal, a Lei n.º 30/2019 representou um marco nesse sentido, restringindo a publicidade de produtos nutricionalmente desadequados dirigida a menores de 16 anos, incluindo em plataformas digitais. De acordo com Gregório et al. (2024), embora se observe elevado cumprimento formal, cerca de 65% das publicidades continuam a promover alimentos com excesso de açúcar, sal e gordura, enquanto o ambiente digital concentra aproximadamente 80% das infrações. Estes resultados reforçam a pertinência de medidas legislativas articuladas com ações de literacia alimentar e mediática, de forma a capacitar pais e crianças para resistirem às pressões do *marketing* alimentar. Neste sentido, Boyland, (2025) enfatiza que a redução da exposição das crianças à publicidade alimentar, em particular no meio digital, constitui uma estratégia crucial para prevenir o aumento ponderal pouco saudável e a obesidade infantil.

O estilo de vida familiar é outro fator determinante, pois os hábitos alimentares dos pais influenciam diretamente as preferências e comportamentos alimentares das crianças. Crianças provenientes de famílias com baixo nível de escolaridade e rendimentos reduzidos apresentam um risco acrescido de obesidade, uma vez que estas condições podem limitar o acesso a uma alimentação equilibrada e à prática regular de atividade física (Mohd Saat et al., 2023). Além disso, o histórico familiar de obesidade aumenta significativamente a probabilidade de ganho de peso na infância, reforçando a influência genética e ambiental na adoção de hábitos alimentares e estilos de vida (Almeida et al., 2021; Homs et al., 2021).

A educação alimentar no ambiente familiar desempenha um papel essencial na prevenção da obesidade infantil, e deve envolver estratégias educativas para sensibilizar pais e cuidadores, incentivar a prática regular de atividade física e promover uma maior consciencialização sobre alimentação equilibrada promovendo escolhas mais saudáveis desde a infância (Santos et al., 2020).

Apesar dos desafios, alguns fatores favorecem a prática de exercício, como a participação ativa dos pais em atividades físicas com os filhos, o incentivo de professores motivados e a oferta de atividades extracurriculares acessíveis. Para promover eficazmente a atividade física infantil, é essencial adotar estratégias que envolvam o contexto social, familiar e

ambiental, garantindo o papel ativo dos pais na criação de hábitos saudáveis (Alcántara-Porcuna et al., 2021; Ziser et al., 2021; Aleid et al., 2024).

A obesidade infantil é igualmente condicionada por comportamentos associados ao sedentarismo e ao uso excessivo de ecrãs. Estes hábitos, frequentemente reforçados pelo contexto escolar e pela exposição a estratégias de *marketing* alimentar, reduzem os níveis de atividade física das crianças e aumentam a probabilidade de escolhas alimentares inadequadas (Sánchez-Miguel et al., 2020). O sedentarismo, agravado pelo aumento do tempo passado em frente a ecrãs, como televisão, videojogos e dispositivos móveis, constitui um fator determinante, uma vez que reduz a prática de atividade física essencial para um crescimento saudável (Campos et al., 2023). De igual modo, a diminuição das brincadeiras ao ar livre limita o gasto energético e contribui para o acúmulo de gordura corporal, reforçando o impacto da inatividade na obesidade infantil (Santos et al., 2020).

Este comportamento é frequentemente acompanhado por uma autonomia alimentar precoce, em que muitas crianças optam pelo consumo excessivo de produtos industrializados e rejeitam alimentos saudáveis. A esta realidade soma-se a tendência dos pais para subestimarem o sobrepeso, não reconhecendo a obesidade infantil como um problema de saúde. O uso excessivo de ecrãs substitui atividades físicas, agravando o sedentarismo e dificultando a implementação de hábitos saudáveis e de medidas preventivas (Faria et al., 2021). Paralelamente ao consumo de ecrãs, a influência dos meios de comunicação e da publicidade de alimentos industrializados dirigida ao público infantil incentiva escolhas alimentares pouco saudáveis, criando um ambiente propício ao consumo de produtos altamente calóricos e pobres em nutrientes (Santos et al., 2020).

O tempo excessivo de exposição a ecrãs está associado a diversos impactos negativos na saúde das crianças, incluindo maior risco de obesidade, menor nível de atividade física, maior prevalência de olhos secos e pior desempenho académico (Mineshita et al., 2021). Tanto a duração como o horário de utilização dos dispositivos eletrónicos influenciam estes efeitos, sendo essencial o estabelecimento de limites adequados. Crianças que passam mais de três horas por dia em frente a ecrãs apresentam maior risco de obesidade e menor envolvimento em atividades físicas e sociais (Sánchez-Miguel et al., 2020). O uso de dispositivos antes de dormir pode comprometer o ciclo circadiano, dado que a exposição à luz azul interfere na produção de melatonina, prejudicando a qualidade do sono e contribuindo para a obesidade e dificuldades escolares (Shenoy & Ramdas Nayak, 2023).

O ambiente escolar também se revela determinante: escolas que não promovem adequadamente a atividade física e que disponibilizam alimentos industrializados acabam por contribuir para o aumento da obesidade infantil (Ha Nguyen et al., 2021). Assim,

confirma-se que fatores comportamentais, como o tempo excessivo em frente a ecrãs (superior a duas horas diárias), aumentam a probabilidade de obesidade devido à conjugação de menor prática de atividade física, maior exposição à publicidade de alimentos pouco saudáveis e por aumentar a ingestão alimentar durante o uso de ecrãs (Ha Nguyen et al., 2021; Wyszzyńska et al., 2020). Segundo Robinson et al. (2017), intervenções que reduziram o tempo de visualização de ecrã demonstraram diminuição do ganho de IMC, sugerindo claramente um vínculo causal com o sobrepeso.

Além do ambiente familiar e comportamental, também o ambiente físico exerce um papel determinante na promoção ou limitação da atividade física infantil, dependendo da acessibilidade, da segurança e da qualidade dos espaços disponíveis (Alcántara-Porcuna et al., 2021).

Em síntese, conforme demonstrado pela literatura analisada, a obesidade infantil resulta de uma combinação de fatores de risco previamente identificados, os quais desempenham um papel crucial no desenvolvimento do sobrepeso ou da obesidade desde a infância.

#### **Comorbilidades associadas à obesidade infantil**

A comorbilidade da obesidade infantil acarreta complicações físicas, como doenças cardiovasculares, respiratórias, ortopédicas e endócrinas, mas também problemas psicológicos e sociais, como baixa autoestima, ansiedade, depressão, transtornos alimentares, isolamento, bullying, agravamento do bem-estar social assim como diminuição do desempenho escolar devido ao impacto da obesidade na saúde mental (Dahmer & Maciel, 2021; Santos et al., 2020).

Os efeitos da obesidade infantil na saúde a longo prazo constituem uma preocupação crescente, nomeadamente, doenças cardiovasculares, endócrinos, imunológicos e metabólico (Marcus et al. 2022). Descreve como doenças metabólicas e cardiovasculares: aumento do risco de diabetes *mellitus*, hipertensão e arteriosclerose; Doenças autoimunes traduzido pela maior probabilidade de desenvolver esclerose múltipla, doença de Crohn, artrite e diabetes *mellitus*; Problemas psicológicos e sociais como depressão, baixa autoestima, dificuldades cognitivas e mau desempenho escolar (Marcus et al. 2022).

Consequentemente, as diversas complicações que advém da obesidade infantil, representam um risco triplicado de mortalidade antes dos 30 anos, comparado com crianças de peso normal (Marcus et al. 2022).

Dada a multiplicidade de comorbilidades associadas à obesidade infantil, torna-se fundamental investir em estratégias de prevenção baseadas na literacia em saúde familiar,

capacitando pais e cuidadores para reconhecer riscos, adotar hábitos saudáveis e promover um ambiente protetor desde os primeiros anos de vida (Aygün & Topcu, 2023).

### **Políticas e literacia em saúde**

A literacia em saúde é um fator determinante das desigualdades em saúde, sendo definida como a motivação, o conhecimento e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde na tomada de decisões diárias sobre cuidados, prevenção de doenças e promoção da saúde (Rademakers et al., 2022).

Neste sentido, a importância da literacia em saúde ganha maior relevo no atual contexto de *infodemia*, em que o excesso de informação disponível, muitas vezes contraditória, gera confusão e dificulta a adoção de comportamentos saudáveis (Amiri et al., 2022). Níveis reduzidos de literacia em saúde constituem uma barreira à adoção de comportamentos saudáveis, comprometendo a adesão a práticas de prevenção e tratamento da obesidade infantil (Schaeffer et al., 2021).

Neste contexto, a literacia em saúde assume um papel essencial, permitindo às famílias avaliar a fiabilidade das informações, tomar decisões mais fundamentadas e resistir a fatores de risco como o *marketing* agressivo de alimentos industrializados ou a circulação de mitos sobre nutrição (Schaeffer et al., 2021; Rademakers et al., 2022).

Schaeffer et al. (2021) destacam que a falta de literacia em saúde constitui um obstáculo significativo para a adoção de comportamentos saudáveis e para a adesão ao tratamento, sendo particularmente menor entre pessoas com níveis de escolaridade mais baixos e em situação de maior privação financeira, o que compromete a compreensão e aplicação das recomendações no combate à obesidade infantil

De acordo com Amiri et al. (2022) e Naz et al. (2024), a literacia em saúde desempenha um papel fundamental na prevenção da obesidade infantil, influenciando as escolhas alimentares e os níveis de atividade física das crianças. Observa-se ainda que crianças mais velhas apresentam maior literacia em saúde do que as mais novas, facto associado ao seu nível cognitivo e de compreensão sobre hábitos saudáveis (Lotfi et al., 2019). Contudo, a literacia parental surge como fator ainda mais determinante na alimentação infantil, uma vez que os pais controlam a escolha, compra e preparação dos alimentos, bem como a inscrição em atividades desportivas (Homs et al., 2021).

A influência da literacia em saúde parental na dieta e no peso infantil destaca a importância de intervenções que envolvam as famílias na promoção de hábitos alimentares saudáveis desde a infância (Rademakers et al., 2022).

Torna-se essencial integrar os pais nas estratégias de prevenção da obesidade infantil, uma vez que as crianças dependem das decisões familiares, e o aumento da literacia em saúde dos pais pode ter um impacto significativo na melhoria da saúde infantil (Rademakers et al. 2022).

A literacia em saúde na infância, desenvolvida desde cedo através de métodos visuais e do apoio de pais e educadores, permite que as crianças compreendam a relação entre alimentação e obesidade, participem ativamente nas suas escolhas com o devido apoio e desenvolvam melhores hábitos e maior autonomia na gestão da sua saúde, beneficiando de intervenções precoces com impacto positivo a longo prazo (Bánfai-Csonka et al. 2022).

A literacia em saúde e nutrição das mães influencia diretamente a alimentação e o bem-estar das crianças, sendo mais elevada entre aquelas com maior nível educacional e melhores condições financeiras, enquanto mães com menor escolaridade, desempregadas ou residentes em áreas rurais enfrentam dificuldades no acesso a informação fiável e na tomada de decisões alimentares saudáveis (Ahmadi & Karamitanha, 2023).

A promoção da educação materna, o acesso a fontes de informação credíveis e a criação de oportunidades de emprego podem contribuir para a prevenção da obesidade infantil, ajudando as mães a fazer escolhas alimentares mais saudáveis para os seus filhos (Kwansa et al., 2022).

Schaeffer et al. (2021) salientam que, para mitigar este problema, é essencial investir numa comunicação clara e eficaz com famílias e crianças, assegurando que a informação transmitida seja compreensível e adaptada à realidade de cada contexto, de modo a promover melhores resultados em saúde.

Estudos recentes mostram que níveis mais elevados de literacia em saúde estão associados a um menor risco de obesidade infantil, dado que famílias com maior conhecimento sobre nutrição e saúde tendem a adotar escolhas alimentares mais equilibradas e a incentivar a prática regular de atividade física (Schaeffer et al., 2021; Aygun & Topcu, 2023).

Neste contexto, a literacia parental em saúde assume um papel central, influenciando diretamente os comportamentos alimentares das crianças e reduzindo o risco de sobrepeso (Naz et al., 2024). Assim, a integração de componentes educativos nos programas de prevenção da obesidade torna-se essencial para promover hábitos de vida mais saudáveis desde a infância.

De acordo com Antonogeorgos et al. (2021), níveis mais elevados de literacia em saúde estão inversamente associados ao IMC, confirmando que crianças com maior conhecimento em nutrição e saúde apresentam menor risco de obesidade. Este efeito resulta do facto de

famílias mais informadas tenderem a adotar escolhas alimentares equilibradas e a incentivar a prática regular de atividade física, contribuindo assim para a prevenção do sobrepeso ou obesidade. Assim, é importante incluir componentes educativos nos programas de prevenção da obesidade, de modo a fortalecer a literacia em saúde e promover hábitos de vida mais saudáveis desde a infância (Schaeffer et al., 2021; Aygun & Topcu, 2023).

### **Intervenções centradas na família**

No contexto das intervenções centradas na família, os pais identificam várias barreiras que dificultam a participação das crianças em atividades físicas, como a preferência por atividades sedentárias, a falta de tempo dos próprios pais para incentivá-las e a prioridade dada ao desempenho académico (Alcántara-Porcuna et al., 2021).

Estas barreiras demonstram que a promoção da atividade física não depende apenas da disponibilidade de espaços ou do tempo familiar, mas também da forma como as crianças percecionam a sua competência e imagem corporal.

De acordo com Sánchez-Miguel et al. (2020), a relação entre a perceção da própria forma física e o estado de peso é evidente, uma vez que crianças com uma visão menos positiva do seu corpo tendem a apresentar um IMC superior sendo que a intervenção precoce na autoimagem e na perceção de competência física é essencial para incentivar hábitos saudáveis e aumentar a participação das crianças em exercícios físicos.

Amiri et al. (2022) destacam que intervenções motivacionais podem ser determinantes para promover mudanças de comportamento, incentivando a prática regular de atividade física e a adoção de estilos de vida mais saudáveis. De forma complementar, Medina-Vera et al. (2019) sublinham que os hábitos de vida e fatores emocionais estão intimamente ligados ao sobrepeso, sendo que uma perceção corporal negativa pode aumentar o risco de comportamentos pouco saudáveis e reduzir o envolvimento em atividades físicas. Além disso, Almeida et al. (2021) apontam que a obesidade infantil é uma condição multifatorial que requer estratégias precoces centradas não apenas no peso, mas também na construção de uma autoimagem positiva e no desenvolvimento da competência física. Nesse sentido, Ziser et al. (2021) reforçam que o apoio familiar desempenha um papel essencial, já que barreiras parentais podem dificultar a adoção de hábitos saudáveis, comprometendo a prevenção do sobrepeso ou obesidade e a promoção do bem-estar físico e emocional das crianças.

As intervenções devem ultrapassar o foco exclusivo no peso, priorizando a promoção da autoconfiança, do prazer na atividade física e do bem-estar geral, sem reforçar estereótipos corporais. Programas orientados para a aptidão física, a saúde e a qualidade de vida

mostram-se mais eficazes a longo prazo, enquanto abordagens precoces que valorizem uma imagem corporal positiva e a aceitação do próprio corpo contribuem para prevenir insatisfação e dificuldades emocionais (Ballarin et al., 2024).

Segundo Moussouami et al. (2023), o sedentarismo e a baixa autoconfiança dificultam a adoção de estilos de vida ativos em crianças, sendo que a percepção negativa da competência física reduz a participação em atividades. Esta relação é coerente com evidência recente que associa a prática regular de atividade física a uma melhor autoestima e imagem corporal em crianças, reforçando que trabalhar a percepção corporal e a autoconfiança é central para a adesão (Gualdi-Russo et al., 2022) .

De acordo com Costa et al. (2020), os programas estruturados que combinam exercícios aeróbios e de fortalecimento muscular revelam-se mais eficazes na melhoria da composição corporal e do estado de saúde do que intervenções exclusivamente aeróbias. Para além disso, quando devidamente adaptados à idade e bem planificados (por exemplo, três sessões semanais com duração total aproximada de 180 minutos), estes programas apresentam elevadas taxas de adesão, o que reforça a sua viabilidade e aplicabilidade em crianças (Liu et al., 2024; Gil-Cosano et al., 2024).

A prática de atividade física é essencial tanto para as crianças como para os pais, desempenhando um papel fundamental na saúde e no desenvolvimento infantil; no entanto, a ausência de equipamentos adequados nas escolas e a escassez de espaços públicos seguros e acessíveis dificultam a adoção de estilos de vida ativos (Alcántara-Porcuna et al., 2021).

O envolvimento familiar assume um papel central, já que o apoio dos pais potencia comportamentos mais saudáveis e maior adesão à prática de exercício (Aleid et al., 2024). Para além disso, intervenções multicomponentes, que integram atividade física, educação alimentar, redução do tempo sedentário e participação da família, demonstram resultados consistentes na promoção de hábitos saudáveis e na prevenção da obesidade infantil (Nally et al., 2021).

O ambiente físico, quando devidamente estruturado, constitui uma ferramenta essencial na prevenção do sedentarismo e da obesidade infantil. A proximidade e disponibilidade de parques infantis estão associadas a maior prática de atividade física moderada a vigorosa e a menores percentis de IMC em crianças (Molina-García et al., 2022). De igual modo, a percepção de segurança e o acesso ativo potenciam a utilização dos parques pelas famílias, favorecendo a adoção de estilos de vida mais ativos (Mullenbach et al., 2021).

A presença de parques bem estruturados contribui para reduzir o sedentarismo, mas a sua eficácia depende das condições reais de acessibilidade, como a distância em relação às

habitações, o custo de utilização e a existência de iluminação, segurança e manutenção adequadas. Em contrapartida, a falta de espaços verdes e de oportunidades para brincar ao ar livre potencia o risco de obesidade infantil (Polyzou & Polyzos, 2024).

Segundo Padial-Ruz et al. (2021), a existência de parques com equipamentos diversificados, áreas verdes e espaços para atividades organizadas tendem a ser mais utilizados, promovendo o envolvimento das crianças em exercício físico. A renovação destes espaços pode reduzir desigualdades e estimular hábitos mais saudáveis.

De forma complementar, a disponibilidade e proximidade de parques têm sido associadas a maiores níveis de atividade física moderada a vigorosa e a menores índices de obesidade infantil (Molina-García et al., 2022).

Segundo Padial-Ruz et al. (2021), parques urbanos mal cuidados, distantes das habitações, com custos de utilização ou sem condições básicas, como iluminação e segurança, reduzem a adesão e podem contribuir para o sedentarismo.

Para os pais, fatores como segurança, fácil acesso, limpeza e infraestrutura são determinantes na decisão de levar os filhos ao parque. No entanto, crianças de famílias com rendimentos mais baixos têm menor acesso a espaços de qualidade, o que pode limitar a sua atividade física (Mullenbach et al., 2021)

As preferências de utilização variam conforme a idade: crianças mais novas valorizam espaços próximos e seguros, enquanto as mais velhas optam por áreas amplas com percursos pedonais e equipamentos desportivos. A criação de parques multigeracionais, que integrem equipamentos dinâmicos e acessíveis a diferentes idades, pode favorecer a prática conjunta de exercício em família e reforçar o papel do ambiente como promotor de estilos de vida ativos (Mullenbach et al., 2021; Padial-Ruz et al., 2021).

Neste contexto, a promoção de atividades físicas adaptadas às preferências das crianças, em conjunto com a participação ativa dos pais, revela-se fundamental para tornar o exercício mais atrativo, incentivar hábitos saudáveis e apoiar a gestão eficaz da obesidade infantil. Embora a educação alimentar desempenhe um papel relevante, a literatura sugere que fornecer informação isolada não é suficiente para promover mudanças sustentáveis. É necessário articular e integrar abordagens motivacionais e intervenções estruturadas que considerem os desafios socioeconómicos e culturais das famílias, para garantir a adesão a estilos de vida saudáveis (Michaelsen & Esch, 2022).

Estudos como os de Davidson & Scholz, (2020) e Bischof et al. (2021) destacam a importância de compreender porque ocorre a mudança comportamental de modo a criar intervenções eficazes que reduzam a carga global de doenças crónicas e promovam a saúde. Entre as principais barreiras à mudança comportamental está a subestimação dos riscos associados

ao sobrepeso ou obesidade, bem como a baixa consciência do problema por parte das crianças e dos seus pais. Segundo Ziser et al. (2021), os pais de crianças com sobrepeso ou obesidade enfrentam diversas barreiras, uma vez que muitos não o reconhecem como um problema de saúde, atribuindo-o a fatores genéticos ou à estrutura corporal da criança, além de relativizarem a situação ao compará-la com outras crianças. Além disso, a influência de familiares, a proteção emocional e a falta de apoio adequado por parte dos profissionais de saúde podem dificultar a adoção de mudanças necessárias.

Segundo Ziser et al. (2021) os pais não necessitam apenas de informação teórica, mas de estratégias que os incentivem a mudar e a manter essas mudanças.

De acordo com Jebeile et al. (2022), as abordagens de tratamento mais eficazes incluem intervenções comportamentais baseadas na família, que combinam dieta, atividade física e redução do sedentarismo, associadas a estratégias psicológicas e motivacionais para promover a mudança de comportamentos. De forma complementar, Baygi et al. (2023) sublinham que a integração de componentes motivacionais e comportamentais aumenta a eficácia das intervenções, enquanto Schmied et al. (2023) destacam que o envolvimento ativo dos pais como agentes de mudança é determinante para o sucesso e a adesão a longo prazo.

Embora algumas intervenções de tratamento da obesidade infantil tenham demonstrado eficácia, persiste a incerteza quanto aos fatores que explicam porque determinadas abordagens funcionam melhor do que outras (Davidson & Scholz, 2020; Ziser et al., 2021; Bischof et al., 2021). Esta variabilidade evidencia a importância de integrar estratégias de modificação comportamental, que aumentam as probabilidades de sucesso na manutenção do peso a longo prazo (Olateju et al., 2021). Para além disso, o reconhecimento do problema revela-se um pré-requisito fundamental para a mudança, pois sem essa consciência não é possível progredir nos estágios do processo de alteração comportamental, comprometendo a possibilidade de alcançar e manter um peso saudável (Davidson & Scholz, 2020).

A EM é uma intervenção reconhecida pela sua eficácia em contextos de saúde, aplicada tanto na prevenção como no tratamento de condições crónicas, incluindo a obesidade infantil. Desenvolvida por Miller & Rollnick (2013), distingue-se por ser uma abordagem colaborativa e centrada no cliente, cujo objetivo é explorar e resolver a ambivalência, fortalecendo a motivação intrínseca para a mudança. Estudos recentes confirmam a sua relevância na promoção de hábitos saudáveis, no aumento da adesão terapêutica e na participação ativa das famílias nos cuidados (Amiri et al., 2022; Bischof et al., 2021; Silva et al., 2022).

O “espírito” da EM assenta em quatro componentes fundamentais: parceria colaborativa, que envolve a tomada de decisão conjunta entre profissional e a pessoa; evocação, que desperta a motivação e os recursos internos da pessoa; aceitação da autonomia, que reconhece que a decisão de mudar pertence à própria pessoa; e compaixão, que garante uma relação empática e genuína diferenciando a EM de abordagens persuasivas, como as usadas em vendas, *marketing* e política (Miller & Rollnick, 2013).

A literatura evidencia que a colaboração ativa entre famílias e profissionais de saúde é essencial para alcançar sucesso terapêutico, refletindo o princípio da parceria colaborativa. Esta abordagem de aconselhamento empático e respeitador tem demonstrado eficácia na redução da resistência à mudança e no reforço da autonomia, promovendo maior envolvimento das crianças e dos pais nos processos de decisão em saúde (Rollnick et al., 2009; Demir & Dinç, 2024). Adicionalmente, a EM potencia uma comunicação mais eficaz entre profissionais e famílias, fortalecendo o vínculo terapêutico e criando um ambiente de confiança e colaboração (Lutaud et al., 2023).

De acordo com Silva et al. (2022), a EM tem sido reconhecida como uma estratégia eficaz no contexto da saúde, destacando-se pela sua capacidade de aumentar a adesão ao tratamento e incentivar a participação ativa das famílias nos seus cuidados. Do mesmo modo, Lutaud et al. (2023) salientam que a EM promove uma comunicação mais eficaz entre profissionais de saúde e famílias, fortalecendo o vínculo terapêutico e favorecendo um ambiente de confiança e colaboração. Demir & Dinç (2024) referem que a EM contribui para reduzir a resistência à mudança comportamental, proporcionando às crianças e pais maior autonomia na tomada de decisões relacionadas com o bem-estar. Tendo em conta estes benefícios, a utilização da EM revela-se essencial para garantir uma abordagem integrada e eficaz na prevenção e tratamento da obesidade infantil.

Ha Nguyen et al. (2021) destacam a relevância da comunicação centrada na pessoa para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, sublinhando o papel essencial da aliança terapêutica na adesão ao tratamento, especialmente em condições crónicas. A comunicação eficaz contribui para uma maior aceitação das orientações e uma participação ativa da pessoa no processo terapêutico.

A EM surge como uma abordagem estruturada que utiliza estratégias como a escuta ativa, a validação das emoções e a transmissão de informações de forma acessível e compreensível. Estes elementos são fundamentais para fortalecer a relação entre profissionais de saúde, a pessoa e famílias, promovendo uma maior motivação para a mudança de comportamento (Ha Nguyen et al. 2021).

Segundo Kao et al. (2023), a comunicação eficaz entre profissionais de saúde e pais é determinante para o sucesso das intervenções. Estratégias baseadas na EM revelam efeitos promissores, com evidência de melhorias nos comportamentos alimentares e na prática de atividade física em crianças com sobrepeso, bem como reduções no IMC em contextos de cuidados de saúde primários (Resnicow et al., 2024). Para além disso, Lutaud et al. (2023) referem que a EM reforça o vínculo terapêutico, favorecendo a comunicação entre profissionais e famílias. Quando acompanhada de formação adequada dos profissionais de saúde, potencia significativamente o envolvimento parental em programas de promoção de estilos de vida saudáveis (Moore et al., 2025).

Neste sentido, a formação dos enfermeiros especialistas em ECESF assume um papel determinante para assegurar a qualidade da aplicação da EM. A capacitação deve contemplar competências comunicacionais específicas, como a escuta ativa consistente, o desenvolvimento da empatia através da linguagem verbal e não verbal, o contacto visual adequado e a capacidade de fornecer reforço positivo. Programas de treino demonstram que enfermeiros devidamente preparados conduzem intervenções mais eficazes, aumentando a motivação das famílias e favorecendo a adesão ao tratamento (Hummel et al., 2022; Silva et al., 2022).

Assim, a EM configura-se como uma intervenção holística e centrada na pessoa, contribuindo de forma significativa para a melhoria dos padrões de saúde e da qualidade de vida, bem como para a prevenção e o tratamento da obesidade infantil. A evidência mostra ainda que a forma como a comunicação é conduzida influencia diretamente o envolvimento dos pais, reforçando a necessidade de formação profissional e oferecendo diretrizes práticas para otimizar a aplicação da EM (Silva et al., 2022; Lutaud et al., 2023).

O MTT, desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1983), constitui um dos principais enquadramentos teóricos das intervenções em saúde, descrevendo as etapas do processo de alteração de comportamentos. Neste contexto, a EM surge como um recurso para fomentar a tomada de consciência e reforçar o compromisso com a mudança comportamental (Amiri et al., 2022a). Este modelo sustenta ainda a aplicação da EM como estratégia fundamental para envolver famílias de crianças com sobrepeso ou obesidade na adoção de hábitos saudáveis (Ziser et al., 2021).

O processo de mudança comportamental pode ser compreendido através da articulação entre a aplicação do MTT e a utilização da EM. O MTT descreve a mudança como um percurso composto por diferentes estágios: pré-contemplação, contemplação, ação, manutenção e recaída, que representam níveis distintos de prontidão para a mudança (DiClemente, 2003).

Cada estágio envolve processos psicológicos específicos: nos estágios iniciais, destaca-se a elevação da consciência e a autoavaliação, enquanto nos estágios mais avançados, como a ação e manutenção, ganham relevo a substituição de hábitos e o controlo de estímulos (DiClemente, 2003).

A EM complementa este modelo ao oferecer uma estratégia comunicacional colaborativa e empática, centrada na pessoa, que visa aumentar a mudança (Miller & Rollnick, 2013). Os autores estruturam a EM em quatro processos fundamentais: envolvimento, focalização, evocação e planeamento. Estes processos não correspondem diretamente aos estágios de DiClemente, mas oferecem uma abordagem flexível e prática que pode ser utilizada em qualquer momento do ciclo de mudança. Por exemplo, na fase de contemplação, em que a ambivalência é predominante, a EM ajuda a explorar os motivos internos para a mudança, respeitando simultaneamente a autonomia da pessoa (Miller & Rollnick, 2013).

Ambas as abordagens reconhecem que a mudança não é linear, sendo caracterizada por avanços, retrocessos e recaídas. DiClemente (2003) enfatiza que as recaídas não devem ser interpretadas como fracassos, mas como parte integrante do processo de mudança, permitindo a reavaliação de estratégias. Neste contexto, a EM assume-se como técnica particularmente eficaz, ao reforçar a autoeficácia e proporcionar um ambiente seguro e sem julgamentos, fatores essenciais para restabelecer o compromisso com a mudança (Amiri et al., 2022; Bischof et al., 2021).

A integração do MTT com a EM potenciam intervenções mais eficazes em famílias com crianças com sobrepeso ou obesidade, ao combinar a explicação teórica da mudança com uma abordagem prática, motivacional e empática. Esta complementaridade permite respeitar o ritmo, os valores e a autonomia parental no processo de adoção de hábitos saudáveis (Wang et al., 2025; Moss et al., 2022).

A EM tem-se revelado uma ferramenta valiosa no apoio às crianças com sobrepeso ou obesidade e às suas famílias. Mais do que impor regras, esta abordagem procura ouvir, compreender e ajudar a explorar as dificuldades sentidas, reforçando a motivação interna e a autonomia de cada criança e família para adotar hábitos mais saudáveis (Amiri et al., 2022; Moss et al., 2022). Ao personalizar as intervenções, a EM permite construir estratégias que fazem sentido no quotidiano da família, tornando as mudanças mais sustentáveis a longo prazo (Bischof et al., 2021).

A motivação, a resiliência e o envolvimento ativo são fatores-chave para o sucesso na diminuição de peso. A EM, ao trabalhar estes aspetos de forma prática e respeitadora, ajuda a transformar pequenos passos em conquistas consistentes, permitindo que as famílias

avancem ao seu próprio ritmo e de acordo com os seus valores (Silva et al., 2022; Lutaud et al., 2023; Kao et al., 2023).

Segundo Demir & Dinç, (2024), os profissionais de saúde com melhores competências comunicacionais proporcionam um atendimento psicossocial mais eficaz, influenciando positivamente a adesão das famílias às intervenções.

As principais dimensões da comunicação familiar contemplam a orientação para a conversação onde ocorre o estímulo ao diálogo aberto entre pais e filhos, promovendo uma autoimagem positiva e maior autonomia assim como a orientação para a conformidade onde se valoriza a obediência e a autoridade parental, podendo limitar a expressão individual (Gupta, 2019).

Os padrões de comunicação familiar influenciam amplamente os comportamentos das crianças, afetando a forma como regulam emoções, constroem relações e desenvolvem a sua autoestima (Ziser et al., 2021; Aleid et al., 2024). Quando o diálogo é aberto e positivo, esse impacto estende-se também à alimentação, favorecendo hábitos mais saudáveis e reduzindo o risco de obesidade, enquanto padrões comunicacionais inadequados podem estar associados a práticas alimentares pouco saudáveis e maior vulnerabilidade ao sobrepeso (Gupta, 2019; Mahmood et al., 2021). Neste contexto, a EM constitui uma ferramenta eficaz para melhorar a comunicação entre pais e filhos, promovendo mudanças positivas no estilo de vida e no bem-estar da criança (Silva et al., 2022; Lutaud et al., 2023).

A abordagem no tratamento da obesidade infantil ou sobrepeso não deve restringir-se apenas à dieta e ao exercício físico, mas sim adotar uma abordagem holística que inclua modificações comportamentais estruturadas (Olateju et al. 2021). A EM tem-se revelado uma estratégia eficaz para aumentar a adesão ao tratamento, promovendo um diálogo centrado na criança e na família. Entre as principais intervenções comportamentais destaca-se a auto-monitorização, através do registo da ingestão alimentar e do nível de atividade física para aumentar a consciência dos hábitos; a definição de metas realistas, estabelecendo objetivos alcançáveis para a perda de peso e prática de exercício; a resolução de problemas, identificando barreiras à mudança e desenvolvendo estratégias para as ultrapassar; e o suporte social, envolvendo a família, amigos e a comunidade na promoção de um estilo de vida mais saudável (Olateju et al. 2021).

Adicionalmente, a gestão do *stress* com recurso a técnicas como *mindfulness* e exercícios respiratórios pode reduzir a *emotional eating* (Alimentação emocional) enquanto o controlo de estímulos ajuda a modificar o ambiente para evitar fatores desencadeadores que incentivem o consumo alimentar excessivo (Olateju et al. 2021).

A EM desempenha um papel fundamental ao auxiliar as pessoas a identificar as suas próprias razões para mudar e superar resistências. Através de estratégias como perguntas abertas, afirmações, escuta reflexiva e resumos, os profissionais de saúde fomentam o desenvolvimento da autoconfiança e da autoeficácia, elementos essenciais para a mudança de comportamento (Miller & Rollnick, 2013; Amiri et al., 2022).

Conforme argumenta Olateju et al. (2021) as intervenções comportamentais com duração superior a quatro meses resultam numa perda de peso média de 0,45 kg por semana, e que os programas multidisciplinares, que combinam alimentação equilibrada, exercício físico e apoio psicológico, apresentam melhores resultados na manutenção do peso a longo prazo. Assim, a obesidade infantil não pode ser combatida apenas com restrições alimentares, mas sim com mudanças comportamentais sustentadas e o envolvimento ativo da família.

Na prática, estratégias como a monitorização do comportamento, através de diários alimentares para pais e filhos, revelam-se eficazes para aumentar a consciência dos hábitos e melhorar a adesão às intervenções (Jebeile et al., 2022; Baygi et al., 2023). O controlo de estímulos, reduzindo a presença de alimentos industrializados em casa e promovendo a disponibilidade de opções saudáveis, desempenha igualmente um papel central na modificação de comportamentos alimentares (Olateju et al., 2021; Naz et al., 2024). Paralelamente, a gestão do *stress*, com recurso a técnicas como *mindfulness* e exercícios de *coping*, contribui para diminuir a alimentação emocional e desenvolver maior resiliência nas crianças e nas famílias (Bischof et al., 2021; Amiri et al., 2022).

Deste modo, uma abordagem multidisciplinar e baseada em técnicas motivacionais, que integre nutrição, atividade física, psicologia e envolvimento parental, pode melhorar significativamente os resultados do tratamento da obesidade infantil, promovendo mudanças sustentáveis para a saúde da criança e da família (Schmied et al., 2023; Resnicow et al., 2024; Aleid et al., 2024).

A mudança de comportamento é essencial na prevenção e tratamento da obesidade infantil, exigindo que crianças e famílias mobilizem os seus recursos cognitivos e emocionais no processo de adaptação a novos hábitos. Intervenções que integram a componente emocional, como a gestão da ambivalência e do stress, com estratégias cognitivas e comportamentais, demonstram maior eficácia na promoção de mudanças sustentáveis, ao favorecer a motivação intrínseca e a adesão familiar (Olateju et al., 2021; Resnicow et al., 2024; Kao et al., 2023).

Os modelos tradicionais de mudança comportamental apresentam limitações por não integrarem componentes motivacionais e estratégias de reforço adaptadas, essenciais para mudanças sustentáveis (Michaelsen & Esch, 2022; Olateju et al., 2021). Neste contexto, a EM

tem-se destacado como uma intervenção eficaz, ao fortalecer recursos internos, como a autorreflexão e a motivação intrínseca, ajudando o indivíduo a lidar com a ambivalência e a reforçar a sua determinação para a mudança (Amiri et al., 2022; Bischof et al., 2021).

Para além disso, o envolvimento ativo da família é determinante, sobretudo quando se trata de crianças com sobrepeso ou obesidade, já que o apoio parental facilita a adoção e a manutenção de hábitos saudáveis (Ziser et al., 2021; Aleid et al., 2024). A adaptação das estratégias às necessidades individuais e ao contexto familiar permite construir uma abordagem mais personalizada e sustentável, promovendo maior adesão e resultados mais eficazes a longo prazo (Resnicow et al., 2024; Kao et al., 2023).

Desta forma, é crucial que as intervenções em saúde tenham em conta não apenas aspetos técnicos, mas também fatores emocionais e motivacionais, garantindo um apoio mais eficaz na promoção de estilos de vida saudáveis e na prevenção de complicações associadas às doenças crónicas como é o caso do sobrepeso ou obesidade infantil (Medina-Vera et al., 2019).

A EM constitui uma ferramenta valiosa no apoio a famílias com crianças com sobrepeso ou obesidade, promovendo motivação, autonomia e adesão às mudanças. O sucesso destas intervenções depende também da qualidade da comunicação e da atenção dos profissionais de saúde, que devem adaptar as estratégias às necessidades específicas de cada família (Demir & Dinç, 2024).

Wright e Leahey (2013) sublinham a família como uma unidade dinâmica de interação, composta por membros interdependentes cujos laços afetivos e sociais influenciam diretamente os comportamentos de saúde. Compreender essa dinâmica é essencial para promover mudanças eficazes e sustentáveis.

Neste contexto, o MDAIF (Figueiredo, 2009, 2012), através da sua matriz operativa constitui uma ferramenta prática que permite ao enfermeiro avaliar de forma sistemática a família, identificando recursos e fragilidades. Este modelo facilita a elaboração de intervenções específicas às necessidades familiares, promovendo a adesão e o sucesso de estratégias de prevenção e tratamento da obesidade. Dessa forma, a participação ativa da família contribui para a criação de um ambiente de apoio, essencial para mudanças consistentes.

O MDAIF, desenvolvido por Figueiredo é indicado para os enfermeiros que intervêm junto de famílias em contextos de saúde complexos, como é o caso da obesidade infantil. Este modelo propõe uma abordagem sistémica e integradora da família, considerando-a como uma unidade dinâmica, em constante interação com os seus membros e com o meio envolvente (Figueiredo, 2009, 2012).

A estrutura do MDAIF constitui-se em três dimensões principais: estrutural, desenvolvimento e funcional, que permitem ao enfermeiro avaliar com profundidade as diferentes áreas que influenciam o bem-estar familiar (Figueiredo, 2012). A dimensão estrutural contempla os elementos que compõem a família, a sua organização interna, rede de apoio e contexto socioeconómico. A dimensão desenvolvimento foca-se no ciclo de vida familiar, identificando tarefas e transições específicas da etapa em que a família se encontra. Já a dimensão funcional explora os padrões de comunicação, os processos de tomada de decisão, o desempenho de papéis e o funcionamento emocional da família.

A aplicação do MDAIF na prática clínica permite ao enfermeiro identificar recursos, capacidades e fragilidades da família, promovendo um processo de enfermagem centrado nas suas reais necessidades (Pereira & Fernandes, 2020). No âmbito da obesidade infantil, a utilização do modelo revela-se especialmente vantajosa, pois permite uma compreensão aprofundada dos fatores que influenciam os comportamentos da criança, desde os hábitos alimentares até à gestão do tempo e das rotinas familiares (Figueiredo, 2012). De forma complementar, Karakitsiou et al. (2024) reforçam que a obesidade infantil é um fenómeno multifatorial, resultante da interação complexa entre fatores psicológicos, sociais, parentais e biológicos. Ao valorizar a família como agente ativo no processo de mudança, este modelo facilita intervenções mais participativas e adaptadas à realidade de cada núcleo familiar o que pode potenciar melhores resultados na prevenção e controlo do sobrepeso ou obesidade infantil, nomeadamente na mudança de comportamentos alimentares e no fortalecimento das competências parentais (Wright & Leahey, 2013; Aleid et al., 2024).

O enfermeiro especialista em ECESF foca-se na avaliação, diagnóstico e intervenções centradas na família, adotando um modelo de enfermagem que reconhece a família como sistema, promovendo o bem-estar e a coesão familiar, e ajudando a mobilizar recursos internos para lidar com transições complexas (Regulamento número 126/2011, de 18 de fevereiro). Essa abordagem permite uma compreensão mais profunda das dinâmicas familiares e das barreiras enfrentadas nos cuidados de saúde, além de identificar oportunidades para intervenções eficazes que promovam mudanças sustentáveis nos estilos de vida (Regulamento número 126/2011, de 18 de fevereiro).

A intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, apoiada em referenciais como o MDAIF, assume um papel central na prevenção e gestão da obesidade infantil, ao integrar competências técnicas e relacionais que permitem atuar sobre as complexas dinâmicas familiares que moldam os comportamentos de saúde (Figueiredo, 2012; Wright & Leahey, 2013).

Esta abordagem sistêmica reconhece a família como unidade de cuidados, possibilitando identificar fatores de risco e proteção, apoiar a construção de rotinas saudáveis e fortalecer as competências parentais (Ziser et al., 2021; Aleid et al., 2024)

Ao mobilizar os recursos internos da família e valorizar a sua corresponsabilização, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar potencia intervenções preventivas e terapêuticas mais eficazes, ajustadas ao contexto sociocultural e às necessidades reais da criança e da família (Oliveira et al., 2022).

Quando aliada à EM esta prática reforça a motivação intrínseca das famílias, a empatia e a adesão às mudanças, confirmando o papel transformador do enfermeiro de família como agente promotor de saúde (Miller & Rollnick, 2013; Amiri et al., 2022). Esta visão integral favorece a criação de alianças terapêuticas sólidas, potencia a autonomia familiar e sustenta a autogestão da saúde em contextos de maior vulnerabilidade (Hickmann et al., 2022).



## 2. Objetivo

---

A evidência mostra que a obesidade infantil é influenciada por múltiplos fatores e que o envolvimento familiar é determinante na adoção de estilos de vida saudáveis. Intervenções como a EM têm revelado potencial para reforçar a motivação e a corresponsabilização das famílias, justificando a pertinência de definir um objetivo orientado para avaliar o seu efeito neste contexto.

O presente estudo de investigação tem como objetivo geral conhecer o efeito da EM na mudança de estágio comportamental em famílias com crianças de 6 a 9 anos, com sobrepeso ou obesidade.

O presente estudo tem ainda como objetivos específicos:

- Validar transculturalmente a EEM para o português de Portugal;
- Caracterizar a abordagem do enfermeiro na realização da CESIJ e na realização da EM;
- Analisar a relação entre a duração das falas dos intervenientes (enfermeiro e familiar) em função da aplicação da CESIJ e da EM;
- Analisar as diferenças na mudança de estágio comportamental do antes para após em cada grupo e em entre o grupo experimental e de controlo.



### 3. Metodologia

---

Este capítulo descreve a metodologia adotada no presente estudo, incluindo o desenho do estudo, a caracterização da amostra, as variáveis em análise, os instrumentos de recolha de dados utilizados, os procedimentos de recolha e as técnicas estatísticas aplicadas. São ainda apresentadas as considerações éticas inerentes à realização da investigação, garantindo o respeito pelos princípios de ética e confidencialidade.

#### 3.1. *Desenho do estudo*

Consiste num estudo prospetivo quase-experimental com grupo de controlo.

Este estudo pretende responder às seguintes hipóteses de investigação:

H1- Existe relação entre a duração das falas dos intervenientes (enfermeiro e familiar) em função da aplicação da CESIJ e da EM,

H2- Existem diferenças na mudança de estágio comportamental do antes para após em cada grupo e em entre o grupo experimental e de controlo.

H3- A EM correlaciona-se com a mudança de estágio comportamental em famílias com crianças de 6 a 9 anos, com sobrepeso ou obesidade.

O grupo de controlo está sujeito à intervenção que habitualmente se faz nos serviços de saúde, isto é a CESIJ, sendo que, neste estudo, a criança não estará presente, de acordo com as orientações da Comissão de Ética para a realização do estudo. A CESIJ é habitualmente aplicada nas Unidades de Saúde Familiar (USF) no contexto da vigilância de saúde infantil e juvenil, às crianças, incluindo as crianças com sobrepeso ou obesidade. De forma universal, nas crianças com sobrepeso ou obesidade, os enfermeiros de família trabalham o problema, em contexto de CESIJ, às crianças dos 6 ou 7 anos (final 1º ano de escolaridade) e dos 8 anos, para dar cumprimento às orientações da DGS para o PNSIJ. Na consulta estão estabelecidos os parâmetros a avaliar e os cuidados antecipatórios, para cada uma das consultas nas idades-chave do referido programa. A CESIJ é uma atividade de enfermagem desafiadora, na medida em que é realizada num tempo muito limitado (20 minutos), que concorre com um maior aprofundamento em cada parâmetro específico, como o que seria necessário no caso de uma criança com sobrepeso ou obesidade.

A intervenção a aplicar ao grupo experimental é a EM que, sendo colaborativa, permite o fortalecer a pessoa e família no compromisso da mudança. A EM utiliza um estilo dominante de guiar a pessoa/ família, um estilo intermédio que inclui elementos dos estilos dirigir e seguir, sem impor soluções. A EM foca-se no que a pessoa/família pensa(m) ou verbaliza(m)

e a partir do que a pessoa/família transmite, há que dar suporte, com uma centralidade na pessoa/família, na sua realidade individual e não na abordagem do poder argumentativo e prescritivo que se adequa a qualquer pessoa/família.

A EM centra-se em quatro processos principais: 1) Ligar – refere-se ao modo como se conseguiu estabelecer uma ligação significativa com a pessoa ou família, tendo como base o interesse profissional demonstrado pela pessoa/ família; 2) Focar – o profissional e a pessoa ou família trabalham em conjunto, garantindo que ambas as partes estejam alinhadas quanto ao que se pretende alcançar, tentando encontrar o equilíbrio entre conduzir a conversa e permitir que a pessoa participe numa dinâmica colaborativa semelhante a uma "dança" (e não um "combate"); 3) Evocar – consiste em encorajar a pessoa ou família a expressar as suas motivações para a mudança, bem como quaisquer resistências que possam surgir para reforçar o compromisso da pessoa com a mudança.; e 4) Planear – diz respeito ao trabalho conjunto e colaborativo que facilite a mudança. São tarefas fundamentais da EM: a) formular perguntas abertas; b) identificar discrepâncias; c) gerir a resistência à mudança; d) expressar empatia; e) promover a confiança e a autonomia da pessoa ou família; f) evitar confrontos diretos ("combate"); g) refletir e sintetizar. (Miller & Rollnick, 2013) A abordagem na EM não segue um modelo prescritivo, mas adapta as intervenções profissionais às características e necessidades específicas da pessoa/família.

Para operacionalizar as intervenções, foram elaborados dois guiões de entrevista. Um guião reflete a prática clínica das CESIJ, (Anexo I), nas Unidades de Saúde Familiar (USF), aplicado a pai/mãe, díade parental ou outro familiar das crianças com sobrepeso ou obesidade infantil, e destina-se ao grupo de controlo, assegurando a uniformidade da intervenção nesse grupo. O outro guião foi desenvolvido para a EM (Anexo II) e será aplicado a pai/mãe, díade parental ou outro familiar do grupo experimental, garantindo igualmente a homogeneização das intervenções nesse grupo.

A população é composta por 119 pai/mãe, díade parental ou outro familiar de crianças com idades entre os 6 a 9 anos, nascidos entre 01.01.2015 a 31.12.2018, cujo Índice de Massa Corporal (IMC) se encontra acima do percentil 85 para a idade e sexo, e que estão inscritas numa USF da Região Norte de Portugal. A amostra foi constituída por 13 participantes, selecionada por amostragem de conveniência em conglomerados (Klusters), abrangendo familiares das crianças entre os 6 a 9 anos com IMC acima do percentil 85 para a idade e sexo, após aplicados os critérios de seleção. Inicialmente, foram contactados dezoito familiares, dos quais cinco foram excluídos: três recusaram participar e dois não cumpriam os critérios de inclusão, em que um apresentava um IMC inferior ao percentil 85 e outro não residia com, pelo menos, um dos familiares. Com base na amostra selecionada, será feito o esforço de

emparelhamento dos participantes para integrarem o grupo experimental (8 pai/mãe, díade parental ou outro familiar) e de controlo (5 pai/mãe, díade parental ou outro familiar), aleatoriamente para o grupo experimental e com o emparelhamento, tendo em conta as variáveis: sexo e status de sobrepeso ou obesidade das crianças para o grupo de controlo, tentando obter dois grupos homogêneos, nestas duas variáveis, e reduzir o viés.

Os critérios de inclusão são: pai/mãe, díade parental ou outro familiar de crianças entre 6 a 9 anos, com IMC superior ao percentil 85 para a idade e sexo, e que não apresentem diagnóstico de doença mental ou limitações físicas ao nível da mobilidade. Os critérios de exclusão incluem: pai/mãe, díade parental ou outro familiar de crianças com menos de 6 anos ou com 10 ou mais anos, mesmo que apresentem IMC superior ao percentil 85, bem como aquelas com doenças mentais, limitações motoras, dificuldades de fala, que não aceitem participar no estudo ou que não residam com pelo menos um dos pais.

Para avaliar a eficácia da EM aplicada ao grupo experimental em comparação com a CESIJ, todas as consultas/ entrevistas foram gravadas em suporte áudio e vídeo, sem a presença das crianças (segundo recomendações da Comissão de Ética). A gravação permitiu uma análise detalhada do conteúdo informacional e das interações verbais, não verbais e paraverbais ocorridas durante as consultas/ entrevistas, para posterior preenchimento da grelha de observação da dinâmica da EM/ CESIJ (Anexo III). A grelha de observação permitiu analisar as interações e os comportamentos observados, e foi concebida para incluir elementos fundamentais do processo, como a qualidade da comunicação entre os intervenientes, a aplicação de técnicas de EM ou outras, e o grau de motivação demonstrado pelas pessoas/ famílias permitindo uma análise detalhada e o registo das interações (não verbais, verbais e paraverbais), dos comportamentos, permitindo compreender com maior clareza a dinâmica entre os profissionais de saúde e as pessoas/ famílias, bem como avaliar as competências comunicacionais, para efeitos de quantificação:

- Tipo de interação: as falas do enfermeiro, as falas da família, o silêncio, e momentos de confusão (situações em que o enfermeiro e a família falaram simultaneamente).
- Tempo de interação por participante nas diferentes categorias (em minutos e em percentagem do tempo total da consulta).

A aplicação uniforme da grelha em ambos os grupos (grupo de controlo e grupo experimental) garantiu a validade do estudo e permitiu a comparabilidade dos resultados.

Neste estudo, foi utilizado um questionário de auto-preenchimento pela família, intitulado de Questionário de avaliação de dados sociodemográficos de motivação para a mudança

(Anexo IV) para recolha de dados sociodemográficos (idade da criança, sexo, habilitações literárias do pai e da mãe) e EEM.

A EEM, desenvolvida por McConaughy et al. (1983), traduzida e adaptada para o português do Brasil, por Yoshida et al. (2003) é um instrumento amplamente reconhecido, baseado no MTT, que é amplamente utilizado para avaliar os diferentes estágios de motivação para a mudança comportamental. A escala é composta por 32 itens, distribuídos por quatro fatores principais — Pré-contemplanção, Contemplanção, Ação e Manutenção. Os itens que compõem cada estágio são os seguintes: Estágio Pré-contemplanção: 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29 e 31; Estágio Contemplanção: 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21 e 24; Estágio Ação: 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25 e 30; Estágio Manutenção: 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28 e 32.

As qualidades psicométricas da EEM têm sido extensivamente validadas, evidenciando elevada fiabilidade, com coeficientes Alfa de Cronbach que variam entre 0,88 e 0,89 para os diferentes estágios na escala original. A versão adaptada e traduzida para português do Brasil apresentou valores inferiores no Alfa de Cronbach para os diferentes estágios (Pré-contemplanção: 0,56; Contemplanção: 0,57; Ação: 0,82; Manutenção: 0,77) (Yoshida et al., 2003).

A EEM utiliza um formato de resposta do tipo Likert de 5 pontos, variando entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente), sendo que 3 representa uma posição intermédia neutra (nem discordo e nem concordo). Na EEM o estágio de mudança é definido com base na pontuação mais elevada obtida nos itens associados a um determinado estágio.

A EEM é uma ferramenta versátil e amplamente aplicada em contextos clínicos e de investigação, sendo particularmente útil para compreender e intervir em processos de mudança comportamental. Antes da sua aplicação, pretendeu-se validar transculturalmente a EEM entre enfermeiros peritos em ECESF, com o objetivo de adaptar a escala ao português de Portugal. Para isso, foi criado um formulário no Google Forms, que foi enviado a 21 enfermeiros peritos em ECESF para análise e feedback. Este trabalho foi realizado em paralelo com outra investigadora, estudante do mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar da ESSNorteCVP.

O Questionário que integra os dados sociodemográficos e a escala de motivação para a mudança foi enviado por email ou entregue presencial aos familiares, juntamente com o Consentimento Informado (CI) (Anexo V), antes e depois da CESIJ e da EM, respetivamente para o grupo de controlo e grupo experimental, permitindo o preenchimento prévio pela família, com referência à sua devolução no prazo de 15 dias, em envelope fechado e anonimizado.

A Tabela seguinte apresenta a representação esquemática das etapas e tipos de intervenções que foram realizadas com cada um dos grupos (grupo de controlo e grupo experimental) (Tabela 1).

Tabela 1 – Representação das atividades a desenvolver pelo grupo experimental e de controlo, segundo o horizonte temporal

	março 2025	março/maio 2025	junho 2025
Grupo de Controlo	Questionário de avaliação de dados sociodemográficos, de motivação para a mudança	Realização CESIJ (com aplicação do guião) (ANEXO I)	Aplicação dos instrumentos de recolha de dados: Grelha de observação da dinâmica da CESIJ e Questionário de avaliação de dados sociodemográficos de motivação para a mudança
Grupo Experimental	Questionário de avaliação de dados sociodemográficos, de motivação para a mudança	Realização da EM (com aplicação do guião) (ANEXO II)	Aplicação dos instrumentos de recolha de dados: grelha de observação da dinâmica da EM e Questionário de avaliação de dados sociodemográficos, de motivação para a mudança

O tratamento estatístico dos dados foi realizado utilizando-se o software *Statistical Package for Social Science*® (SPSS®), versão 25. Foram aplicadas técnicas de estatística descritiva, incluindo frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio-padrão) e estatística inferencial, considerando o valor de significância estatística de 0,05.

A amostra apresenta uma distribuição normal, avaliada pelos resultados do teste Shapiro-Wilk (por se tratar de uma amostra de pequena dimensão) e complementarmente pelo Kolmogorov-Smirnov (KS test), que avalia a normalidade de distribuição da amostra (Tabela 2).

Tabela 2 -Resultados do teste de Normalidade às dimensões da EEM

Momento	Variável	Sig. (KS test)	Sig. (Shapiro-Wilk)
Antes	Estágio Pré-contemplação	0,829	0,891
	Estágio Contemplação	0,882	0,876
	Estágio Ação	0,501	0,811
	Estágio Manutenção	0,540	0,593
Depois	Estágio Pré-contemplação	0,093	0,015
	Estágio Contemplação	0,449	0,146
	Estágio Ação	0,047	0,231
	Estágio Manutenção	0,510	0,675

### 3.2. Considerações éticas

O consentimento informado foi solicitado a todos os participantes (pai/mãe, díade parental ou outro familiar), sendo garantido que os tutores legais das crianças compreenderam plenamente os objetivos, procedimentos e potenciais riscos do estudo antes de assinarem o termo de consentimento. Todos os princípios éticos associados à investigação científica em seres humanos foram respeitados, incluindo a anonimização dos dados pessoais, que foram codificados e armazenados em ficheiros encriptados com acesso restrito ao investigador principal de forma a garantir a confidencialidade e segurança dos dados pessoais dos participantes. Os dados e gravações serão destruídas após ultrapassado o prazo legal de armazenamento dos mesmos.

Para a utilização da EEM neste estudo, foi previamente solicitado o consentimento aos autores da escala, garantindo o cumprimento das boas práticas éticas e deontológicas, tendo sido dada a autorização (Anexo VI).

O projeto foi submetido à apreciação da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde da Região Norte de Portugal onde está inserida a USF, tendo obtido Parecer Favorável, com o registo CES Nº 07\_2025. O projeto também se encontra inscrito na UID da ESSNorteCVP (Anexo VI).

## 4. Resultados

---

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos a partir da análise quantitativa e qualitativa dos dados recolhidos, com o objetivo de responder à questão de investigação e aos objetivos de estudo. Os resultados encontram-se organizados de forma clara e objetiva, permitindo a apresentação estruturada dos principais achados quantitativos e qualitativos que emergiram da intervenção.

Iniciaremos este capítulo com os resultados da adaptação transcultural da EEM que envolveu três etapas principais: tradução inicial assegurando a fidelidade ao conteúdo original; avaliação por enfermeiros peritos em ECESF, com recolha de sugestões de reformulação; consolidação das versões finais após análise das propostas e validação interna pelos autores deste estudo. Os critérios de seleção para manter, modificar ou rejeitar as sugestões basearam-se na clareza linguística, coerência cultural e fidelidade conceptual.

A Tabela 3, apresenta uma comparação entre a versão original dos autores, as justificações para a (não) alteração dos itens e as versões finais adotadas. Foi dada prioridade à clareza, naturalidade linguística e sensibilidade cultural.

Tabela 3- Resultados da Adaptação Transcultural da EEM para o português de Portugal

Versão dos autores	Justificação da (não) mudança	Versão Final
4. Tenho ponderado trabalhar no meu problema.	Obtivemos duas sugestões de reformulação. Atendemos a uma das versões.	4- Considero que talvez seja importante trabalhar no meu problema
6. Preocupa-me a possibilidade de poder voltar a ter um problema que já mudei; por esta razão estou aqui para procurar ajuda.	Obtivemos duas sugestões de reformulação. Atendemos a uma das versões.	6- Preocupa-me a possibilidade de voltar a ter um problema que já consegui mudar; por essa razão, estou aqui para procurar ajuda
9. Tenho tido sucesso no trabalho que tenho tido na resolução do meu problema, mas não tenho a certeza de poder manter os meus esforços.	Obtivemos três sugestões de reformulação. Atendemos a uma das versões.	9- Tenho tido sucesso no trabalho que tenho desenvolvido na resolução do meu problema, mas não tenho a certeza de conseguir manter os meus esforços
10. Às vezes, o meu problema é difícil, mas continuo a trabalhar nele.	Obtivemos uma sugestão de reformulação. Atendemos a essa versão.	10- Às vezes, sinto que o meu problema é difícil, mas continuo a trabalhar nele.
16. Não estou a conseguir manter o que já havia mudado tão bem quanto esperava, mas estou aqui para evitar uma recaída do problema.	Obtivemos três sugestões de reformulação. Atendemos a uma das versões, com acréscimo das palavras “do problema”	16- Não estou a conseguir manter a mudança tão bem quanto esperava, mas estou aqui para evitar uma recaída do problema.
18. Achei que já tinha resolvido o problema, que estaria livre, mas às vezes ainda luto contra ele.	Obtivemos 1 sugestão de reformulação que não atendemos. Não sendo sugerida pelos enfermeiros peritos em ECESF, os autores deste estudo decidiram reformular.	18- Achei que já tinha resolvido o problema e que estaria livre, mas às vezes ainda luto contra ele
19- Gostaria de ter mais ideias sobre a resolução do meu problema.	Obtivemos uma sugestão de reformulação que foi declinada.	
21- Talvez aqui possa obter ajuda.	Obtivemos uma sugestão de reformulação que foi declinada.	
24. Espero que, nesta consulta, alguém tenha um bom conselho para mim.	Obtivemos uma sugestão de reformulação, optamos pelos autores adaptada por nós.	24- Espero que, nesta consulta, obtenha um bom conselho
26. Toda esta conversa sobre psicologia é cansativa. Porque é que as pessoas simplesmente não conseguem esquecer os seus problemas?	Obtivemos uma sugestão de reformulação, que foi declinada e reformulada por nós.	26- Toda esta conversa sobre psicologia é desconfortável. Porque é que as pessoas não conseguem simplesmente esquecer os seus problemas?
29. Tenho preocupações como qualquer pessoa. Porquê gastar tempo a pensar nos problemas?	Obtivemos duas sugestões de reformulação, que foi declinada e reformulada por nós.	29- Tenho preocupações como qualquer pessoa. Porquê gastar tempo a pensar nelas?

A análise qualitativa dos itens revelou várias estratégias de adaptação.

No item 4, a reformulação introduz maior naturalidade e suavidade na linguagem, tornando a frase mais compatível com o modo de expressão português. O termo “ponderado” é substituído por “considero que talvez seja importante”, o que pode refletir uma fase de maior ambivalência no processo de mudança, característica do estágio de contemplação. A nova versão está mais próxima da forma como os profissionais e utentes se expressam em contexto clínico de Portugal. No Item 6, a mudança de “já mudei” para “já consegui mudar” introduz uma nuance de mérito pessoal no progresso anterior, valorizando o esforço individual, conferindo maior empatia à formulação. A adaptação também melhora a fluidez da frase.

No Item 9, a substituição de “tenho tido” por “tenho desenvolvido” evita repetição e acrescenta formalidade à linguagem. Esta versão reflete melhor a ideia de continuidade e empenho. A mudança de “poder manter” para “conseguir manter” introduz uma dimensão mais psicológica da dúvida interna, reforçando o carácter reflexivo do item.

No Item 10, a introdução da expressão “sinto que” introduz uma perspetiva emocional, mais subjetiva, aproximando-se da forma como as pessoas se expressam. Esta alteração é subtil mas relevante, pois centra a dificuldade no sentir, e não apenas no facto objetivo.

Os Itens 18, 24, 26, 29 foram reformulados pelos autores deste estudo, por ausência de sugestões válidas. Nestes casos, privilegiou-se a clareza e a expressividade natural do português de Portugal.

Os Itens 19 e 21 foram mantidos na sua forma original, por serem linguisticamente neutros e claros.

De forma geral, todas as reformulações procuraram manter o sentido original do item e a sua função no modelo dos estágios de mudança, assegurando simultaneamente acessibilidade linguística.

A adaptação transcultural da EEM para o contexto português, dirigida a enfermeiros peritos em ECESF, foi feita com grande cuidado, tanto a nível linguístico como cultural. A análise de cada item mostra que se procurou manter o significado original, mas ao mesmo tempo, garantir que a linguagem fosse clara, acessível e natural para os profissionais e utentes portugueses. Houve rigor no processo de reformulação. Foram consideradas várias sugestões dos enfermeiros peritos em ECESF envolvidos, e, sempre que necessário, os próprios autores deste estudo entrevistaram para encontrar a melhor solução, assegurando que o conteúdo léxico e clínico da escala se mantinha. As alterações feitas mostram um bom equilíbrio entre manter o sentido literal e adaptar a linguagem ao modo como as pessoas realmente falam em Portugal. Por exemplo, expressões menos comuns foram substituídas por formas mais naturais, sem que isso mudasse a ideia central de cada item. Algumas mudanças revelam

também sensibilidade cultural, respeitando a forma como os portugueses lidam com emoções e falam sobre os seus problemas. Expressões como “desconfortável” ou “conseguir manter” tornam os itens mais próximos da realidade e mais fáceis de compreender. Importa ainda destacar que a estrutura do modelo original, com as suas diferentes fases de mudança foi mantida. A escala continua a refletir bem esse percurso, permitindo uma aplicação útil em contexto clínico. Por fim, o uso de uma linguagem simples, direta e emocionalmente próxima facilita a identificação dos utentes com os itens. Isto pode tornar a escala mais eficaz e fiável, tanto na prática como na investigação.

Dos dados obtidos, concluímos com sucesso a validação transcultural da EEM ao contexto clínico de Portugal.

Participaram no estudo 13 pai/mãe (dado que não participaram outro tipo de familiares), dos quais 5 integraram o grupo de controlo e 8 participantes integraram o grupo experimental (61,5%).

Os participantes, tinham crianças com uma idade média de 7,92 anos  $\pm$  1,12 anos. Sendo que participantes do grupo experimental apresentaram crianças com uma idade média de 7,38 anos  $\pm$  1,06 anos, ligeiramente inferior aos do grupo de controlo. Os participantes do grupo de controlo apresentaram uma idade média de 8,8 anos  $\pm$  0,447 anos.

Os participantes do grupo de controlo integraram 3 elementos do sexo masculino (60%), e os do grupo experimental 5 elementos do sexo masculino (62,5%), estando equidistribuídos nesta variável.

Relativamente à escolaridade do pai ou da mãe da criança, na comparação entre os grupos, verificam-se algumas diferenças, mas não se verifica nenhuma tendência (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição absoluta e relativa do nível de escolaridade do pai e da mãe segundo o grupo experimental, o de controlo e o total

	Escolaridade do pai			Escolaridade da mãe		
	Grupo Experimental	Grupo Controlo	Total da Amostra	Grupo Experimental	Grupo Controlo	Total da Amostra
1º CEB	0 (0%)	1 (20%)	1 (7,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
2º CEB	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (7,7%)	0 (0%)	1 (20%)	1 (7,7%)
3º CEB	2 (25%)	1 (20%)	3 (23,1%)	2 (25%)	0 (0%)	2 (15,4%)
Ensino Secundário	2 (25%)	1 (20%)	3 (23,1%)	2 (25%)	2 (40%)	4 (30,8%)
CTESP/Bacharelato	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (7,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Licenciatura	1 (12,5%)	2 (40%)	3 (23,1%)	4 (50%)	2 (40%)	6 (46,2%)
Mestrado	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (7,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Relativamente à grelha de auto-registo do enfermeiro, no que se refere à entrevista/consulta realizada, podemos concluir que as entrevistas/consultas foram todas planeadas, foram apresentados com clareza os objetivos da entrevista/ consulta, a informação foi transmitida

com consistência, num ambiente de escuta ativa e concentração, com a utilização de questões abertas. O enfermeiro apresentou-se sempre disponível e empático. Os participantes demonstraram compreensão pelos assuntos tratados em todas as entrevistas/consultas.

Foi preparado o ambiente da consulta, realizado à pessoa/ família, em doze das treze entrevistas/consultas (92,3%), regista-se apenas numa entrevista/consulta em que o enfermeiro não preparou o ambiente.

Em nenhuma das entrevistas/ consultas foi necessário proceder à adaptação cultural e social. No que se refere à emotividade, o enfermeiro refere que todos os participantes apresentaram emotividade positiva (sorrisos, manifestações de segurança e encorajamento, e silêncio aberto) e emotividade negativa (expressões de desconforto e choro). Três participantes evidenciaram desconforto verbal (7,7%), oito apresentaram alguma resistência ativa e argumentação. Numa das entrevistas /consultas, a pessoa sentiu-se aliviada por falar abertamente deste assunto.

Foi aplicado o Teste t para amostras independentes no sentido de avaliar as relações existentes entre os tempos de duração das consultas e o tempo utilizado por cada um dos intervenientes (família/ enfermeiro), correlacionando com as dimensões da escala de motivação para a mudança comportamental, entre o grupo experimental e de controlo.

Desta análise, resulta a Tabela 5 onde é possível perceber que existem relações estatisticamente significativas entre os elementos do grupo experimental e de controlo e a duração das falas do enfermeiro ( $t=2,935$ ;  $p=0,034$ ). Na entrevista convencional o tempo das falas do enfermeiro é mais longo quando comparado com o tempo das falas do mesmo na EM. Em contrapartida o tempo de falas dos familiares é inversamente proporcional, mas sem diferença estatística significativa. Concluímos assim aceitar a hipótese H1- Existe relação entre a duração das falas dos intervenientes (familiar e enfermeiro) em função da aplicação da CESIJ e da EM, isto é, entre o grupo de controlo e experimental, respetivamente.

Tabela 5- Resultados do teste t de Student para amostras independentes com teste de Levene para igualdade de variâncias nas variáveis relacionadas com a duração da entrevista e dos intervenientes e as fases de motivação para a mudança (antes e após).

		Grupo	Média	Desvio-padrão	t	Sig.	Intervalo		
							Confiança 95%		
							inferior	Superior	
Duração da entrevista		Controlo	30,04	6,94	1,104	0,293	-3,649	10,997	
		Experimental	26,36	5,10					
Duração falas do Enfermeiro		Controlo	14,48	3,76	2,935	<b>0,034</b>	0,597	9,767	
		Experimental	9,29	1,53					
Duração falas dos Familiares		Controlo	14,68	3,76	-	0,487	-6,904	3,501	
		Experimental	16,38	4,02					
Duração Silêncios		Controlo	0,56	0,53	1,777	0,149	-	1,078	
		Experimental	0,14	0,06					
Antes	Estágio Pré-contemplação	Controlo	18,60	3,78	-	0,991	-5,030	4,980	
		Experimental	18,63	4,10					
	Estágio Contemplação	Controlo	30,30	1,48	-	0,396	-5,413	2,313	
		Experimental	31,75	3,69					
	Estágio Ação	Controlo	30,40	1,82	0,495	0,630	-1,809	2,859	
		Experimental	29,88	1,89					
	Estágio Manutenção	Controlo	23,00	6,75	-	0,159	-	2,120	
		Experimental	27,63	4,41					
	Depois	Estágio Pré-contemplação	Controlo	18,80	1,64	1,607	0,136	-1,035	6,635
			Experimental	16,00	3,63				
Estágio Contemplação		Controlo	32,40	2,07	-	0,611	-5,068	3,118	
		Experimental	33,38	3,77					
Estágio Ação		Controlo	31,60	1,14	-	0,973	-1,588	1,538	
		Experimental	31,63	1,30					
Estágio Manutenção		Controlo	24,60	5,77	-	0,568	-8,696	5,396	
		Experimental	26,25	2,19					

Dos resultados obtidos podemos concluir a rejeição parcial da hipótese H3-A EM correlaciona-se com a mudança de estágio comportamental em famílias com crianças de 6 a 9 anos, com sobrepeso ou obesidade. Efetivamente não foram encontrados resultados estatisticamente significativos entre os grupos experimental e de controlo nem antes e nem após a intervenção.

A Figura 1 apresenta a evolução média do score de cada uma das dimensões dos estágios de motivação para a mudança comportamental no grupo experimental e de controlo. Da análise da figura salienta-se, no grupo experimental, a redução da evolução média do antes para o

após a intervenção nos estágios de pré-contemplação e manutenção e um aumento da evolução nos estágios de contemplação e ação. No grupo de controlo a evolução é menos marcada.

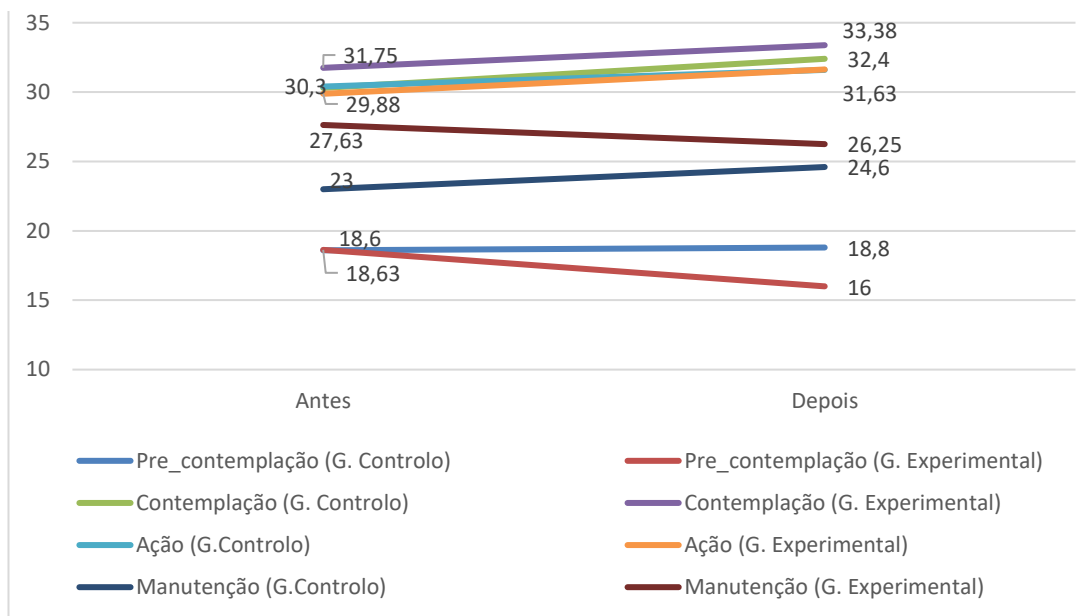


Figura 1 – Evolução média dos estágios de motivação para a mudança comportamental (antes e após a implementação) no grupo de controlo e grupo experimental

Foi aplicado o Teste t para amostras emparelhadas no sentido de avaliar as relações existentes entre as dimensões da escala de motivação para a mudança comportamental antes e após a intervenção no grupo experimental (Tabela 6) no grupo de controlo (Tabela 7) e no total da amostra (Tabela 8).

Da análise da Tabela 6, podemos concluir que existe uma correlação que, não sendo estatisticamente significativa se aproxima ( $t = -2,750$ ;  $p = 0,051$ ), que é a relação existente entre a dimensão do estágio de contemplação antes e depois, e que cujo valor 0 se encontra dentro do intervalo de confiança de 95%.

Dos resultados obtidos, concluímos pela não aceitação da hipótese H3- A EM correlaciona-se com a mudança de estágio comportamental em famílias com crianças de 6 a 9 anos, com sobrepeso ou obesidade. Efetivamente, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos.

Tabela 6 – Resultados da correlação entre as dimensões dos estágios de mudança comportamental no grupo experimental antes e após a aplicação da manobra de intervenção introduzida no estudo

	Média	Desvio Padrão	t	Sig,	Intervalo Confiança 95%	
					inferior	Superior
Estágio Pré-contemplação (antes_depois)	-0,200	3,271	-0,137	0,898	-4,261	3,861
Estágio Contemplação (antes_depois)	-2,200	1,788	-2,750	<b>0,051</b>	-4,421	0,021
Estágio Ação (antes_depois)	-1,200	2,167	-1,238	0,284	-3,891	1,491
Estágio Manutenção (antes_depois)	-1,600	6,268	-0,571	0,599	-9,383	5,183

Da análise da Tabela 7, podemos concluir que não existem correlações estatisticamente significativas entre cada uma das dimensões nos momentos antes e depois no grupo de controlo.

Tabela 7 - Resultados da correlação entre as dimensões dos estágios de mudança comportamental no grupo de controlo antes e após a aplicação da intervenção convencionalizada pela DGS

	Média	Desvio Padrão	t	Sig,	Intervalo Confiança 95%	
					inferior	Superior
Estágio Pré-contemplação (antes_depois)	2,625	3,998	1,857	0,106	-0,717	5,967
Estágio Contemplação (antes_depois)	-1,625	4,534	-1,014	0,344	-5,415	2,165
Estágio Ação (antes_depois)	-1,750	2,375	-2,084	0,076	-3,736	0,236
Estágio Manutenção (antes_depois)	-1,375	3,852	1,010	0,346	-1,846	4,596

Da análise da Tabela 8, que integra simultaneamente o grupo experimental e o de controlo, juntos (total da amostra), podemos concluir que existe uma correlação estatisticamente significativa no estágio de ação, entre o momento inicial e o final da aplicação da manobra de intervenção no grupo experimental e a introdução da intervenção convencionalizada pela

DGS no grupo de controlo (Sig.=0, 028; t= -2,497), sendo que o valor 0 não se encontra dentro do intervalo de confiança de 95%. Podemos concluir que aumentou o valor médio do estágio de Ação do estágio de mudança comportamental do antes para o após, o que revela ganhos em saúde no sentido de uma maior adesão, pela ação, a comportamentos salutogénicos.

Dos resultados obtidos podemos concluir aceitar parcialmente a hipótese H2- Existem diferenças na mudança de estágio comportamental do antes para após em cada grupo e o total da amostra e em entre o grupo experimental e de controlo. Verifica-se a existência de correlações estatisticamente significativas do antes para o após no estágio de ação no total da amostra, isto é, juntando o grupo experimental e de controlo.

Tabela 8- Resultados da correlação entre as dimensões dos estágios de mudança comportamental no total da amostra (grupo experimental e grupo de controlo) antes e após a aplicação da manobra de intervenção introduzida neste estudo ou convencionada pela DGS, consoante os grupos experimental e de controlo, respetivamente

	Antes		Após		Média	Desvio Padrão	t	Sig,	Intervalo Confiança 95%	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão					inferior	Superior
Estágio Pré-contemplação (antes_depois)	18,615	3,819	17,077	3,252	1,538	3,865	1,435	0,177	-0,797	3, 834
Estágio Contemplação (antes_depois)	31,154	3,051	33,000	3,162	-1,846	3,625	-1,836	0,091	-4,037	0,344
Estágio Ação (antes_depois)	30,077	1,801	31,615	1,195	-1,538	2,221	-2,497	<b>0,028</b>	-2,881	-0,196
Estágio Manutenção (antes_depois)	25,845	5,655	25,615	3,8190	0,231	4,902	0,170	0,868	-2,731	3,193



## 5. Discussão

---

Este capítulo descreve a adaptação transcultural da EEM para português de Portugal realizado em famílias com crianças dos 6-9 anos com sobrepeso ou obesidade, analisando as opções metodológicas tomadas e os resultados, sintetizando o rigor metodológico da adaptação. Neste capítulo é ainda discutido os resultados do teste de hipóteses formuladas.

### **Adaptação transcultural da EEM**

O processo de validação transcultural da EEM para português de Portugal seguiu uma metodologia rigorosa, contemplando tradução, assegurando a fidelidade ao conteúdo original, a análise por enfermeiros peritos em ECESF, com recolha das sugestões de reformulação, e finalmente a consolidação das versões finais após análise das propostas e validação interna pelos autores deste estudo. Este processo obedeceu ao preconizado na literatura a adaptação transcultural não se limita à tradução literal, mas exige a garantia de equivalência semântica, idiomática, cultural e conceptual relacionada com o construto (Minosso & Toso, 2021; Rodrigues et al., 2023; Swami & Barron, 2019).

Neste estudo, as reformulações de determinados itens tiveram como objetivo assegurar clareza linguística coerência cultural, mantendo a fidelidade conceptual ao modelo teórico original da escala. A prioridade atribuída à clareza, naturalidade linguística e sensibilidade cultural permitiu não apenas preservar o modelo teórico original, mas também reforçar a validade de conteúdo e a aplicabilidade da escala no contexto português, sem comprometer a comparabilidade internacional dos resultados. (Moreira et al., 2024).

Os enfermeiros peritos em ECESF sugeriram algumas alterações na escala de ordem gramatical, inversão de palavras, substituição de termos por sinónimos, exclusão de palavras e inclusão de artigos e preposições, o que também foi realizado em outros estudos (Madruga et al., 2022).

### **Caraterização da Amostra**

A amostra deste estudo foi composta por 13 participantes, famílias com crianças de 6 a 9 anos com sobrepeso ou obesidade. Este grupo etário é particularmente relevante no contexto de intervenções centradas na família, uma vez que, de acordo com Lutaud et al. (2023), as crianças mais jovens tendem a beneficiar mais intensamente de intervenções que envolvem os pais, dado o seu elevado grau de dependência nas rotinas e decisões familiares. Comparando com a literatura existente, verifica-se que os resultados são coerentes com estudos que indicam que intervenções familiares têm maior impacto em crianças mais novas,

tornando-se mais recetivas a mudanças promovidas no contexto familiar, especialmente quando acompanhadas por profissionais de saúde capacitados em estratégias como a EM (De Laat et al., 2019; Vicente, 2024).

No entanto, importa reconhecer algumas limitações associadas ao perfil desta amostra. O número reduzido de participantes representa uma limitação considerável, restringindo o poder estatístico do estudo e, conseqüentemente, a possibilidade de generalizar os resultados para outras populações. Estudos prévios indicam que amostras de pequena dimensão aumentam o risco de resultados não estatisticamente significativos que, por conseguinte, dificultam a identificação de padrões robustos (Boom et al., 2022). Esta situação é evidenciada neste estudo, em que os grupos experimental e de controlo não obtêm diferenças estatisticamente significativas, mas juntando as amostras numa só, já se obtêm resultados estatisticamente significativos do antes para o depois, revelando, uma evolução positiva no sentido da mudança.

Relativamente à idade das crianças, verificou-se que a média no grupo experimental ( $7,38 \pm 1,06$  anos) foi ligeiramente inferior à do grupo de controlo ( $8,8 \pm 0,45$  anos), embora ambas se situem dentro do intervalo etário definido no estudo (6 a 9 anos), não se evidenciando diferenças marcadas entre os grupos.

Por outro lado, a distribuição equitativa por sexo entre os grupos constitui um ponto forte do presente estudo, uma vez que foi intencionalmente assegurada através do emparelhamento da amostra. Esta estratégia metodológica é reconhecida por reduzir fatores de confusão e minimizar potenciais efeitos de género na resposta à intervenção, reforçando assim a validade interna e permitindo que as diferenças observadas sejam atribuídas com maior confiança à intervenção aplicada e não a características demográficas (Fortin et al., 2016).

A análise da distribuição da escolaridade dos pais e das mães no presente estudo revelou diferenças pouco expressivas entre os grupos experimental e de controlo, sem que se verificasse qualquer tendência clara ou consistente, funcionando esta variável apenas como elemento de caracterização da amostra.

### **Resultados da CESIJ/EM**

Os resultados da grelha de auto-registo indicam que a maioria das entrevistas/consultas foi conduzida em conformidade com os princípios fundamentais da EM, da comunicação terapêutica, mas também com os objetivos preconizados na CESIJ.

Relativamente à dinâmica comunicacional estabelecida durante as consultas, observou-se que a duração das falas diferiu em função da intervenção aplicada. No grupo experimental,

conduzido segundo os princípios da EM, verificou-se maior participação dos familiares em que tiveram mais espaço para se expressar, enquanto no grupo de controlo predominou a fala do enfermeiro. Este resultado é consistente com os pressupostos da EM, que privilegiam a escuta ativa, a formulação de questões abertas e a valorização da narrativa do cliente, reduzindo o caráter diretivo da intervenção (Miller & Rollnick, 2013).

A literatura recente confirma que a redistribuição dos tempos de fala, dando maior espaço à pessoa, favorece o envolvimento, a expressão emocional e a motivação para a mudança, aspetos que se revelaram igualmente no presente estudo (Bischof et al., 2021). Estes achados sugerem que a maior oportunidade de expressão concedida aos familiares poderá ter constituído um fator facilitador da progressão motivacional observada, reforçando a importância da comunicação terapêutica centrada na pessoa como catalisador de mudança comportamental (Kao et al., 2023; Herschbach et al., 2025; Resnicow et al., 2024).

O planeamento prévio, a definição clara de objetivos, a escuta ativa e a empatia demonstradas pelo enfermeiro, bem como a utilização consistente de perguntas abertas, refletem práticas coerentes com as diretrizes propostas por (Miller & Rollnick, 2013).

O estudo de Bischof et al. (2021) confirma que a qualidade da relação terapêutica, a escuta ativa e o envolvimento empático são determinantes no sucesso da mudança comportamental, associando a eficácia da EM à reformulação de discursos internos dos participantes. Estes aspetos também se tornaram visíveis no presente estudo, uma vez que os participantes expressaram emoções, verbalizaram resistência e, em alguns casos, referiram sentir alívio ao abordar o tema.

Segundo Figlie & Guimarães (2014), os quatro processos centrais da EM são: ligar, focar, evocar e planear. Segundo os autores, estes processos ocorrem num ambiente de escuta ativa e respeito, com ênfase no uso de questões abertas e reflexões empáticas, elementos diretamente observados no auto-registo da intervenção realizada. Além disso, a presença de sinais emocionais como desconforto, resistência ativa, ou alívio são compreendidos como naturais no decurso da EM, refletindo a ambivalência e a evolução da motivação.

De acordo com Marcus et al. (2022) torna-se importante a criação do ambiente terapêutico preparado intencionalmente, bem como da comunicação não-diretiva na eficácia da EM. A observação de que apenas uma das consultas não teve ambiente previamente preparado reforça o rigor metodológico e o cuidado em garantir que o ambiente da intervenção é acolhedor, não estigmatizante, adequado às necessidades das crianças e das famílias, e capaz de oferecer os recursos necessários para suportar mudanças duradouras.

Os resultados obtidos no presente estudo, nomeadamente a ênfase na criação de um ambiente acolhedor, o envolvimento ativo das famílias, a escuta empática e a gestão das expressões emocionais durante as consultas, estão alinhados com as evidências apresentadas por Narzisi & Simons (2021). Estes autores, numa revisão sistemática sobre intervenções em crianças até aos cinco anos, destacam que os programas mais eficazes integram simultaneamente componentes nutricionais, de atividade física, comportamentais e familiares, atuando de forma coordenada para promover mudanças duradouras. Reforçam ainda que o envolvimento parental direto é determinante para o sucesso das intervenções, e que é fundamental remover barreiras de acesso para garantir a adesão sustentável das famílias, aspetos que vão ao encontro das práticas observadas neste estudo e confirmam a relevância do contexto relacional e familiar como facilitador de mudanças comportamentais saudáveis (Narzisi & Simons, 2021).

A criação de um ambiente acolhedor, assegurada na maioria das entrevistas/consultas, reforça a preocupação com o contexto da intervenção, fator que, segundo Marcus et al. (2022), influencia diretamente a qualidade da interação e o conforto dos participantes durante o processo de partilha. Estes achados corroboram os resultados do presente estudo, ao sustentarem que um ambiente físico e relacional positivo atua como facilitador da abertura emocional e da adesão ao processo de mudança, elementos centrais observados nas intervenções realizadas.

O estudo de Moussouami et al. (2023) foca os efeitos comportamentais mediados pela qualidade relacional, sublinhando que a expressão emocional, tanto positiva quanto negativa, é esperada e desejável em intervenções motivacionais, pois reflete o processo interno de confronto com a mudança. Estes achados corroboram e reforçam os resultados do presente estudo, no qual foram observados sorrisos, choro, resistência e verbalizações de alívio por parte dos participantes, evidenciando o envolvimento emocional como parte integrante e significativa do processo de mudança comportamental.

A expressão de emotividade positiva (como sorrisos, escuta ativa e verbalizações de segurança) e negativa (como choro e desconforto), observada em todas as sessões, reflete uma dimensão relacional profunda, característica da EM mas também observados neste estudo na CESIJ. Este aspeto foi amplamente discutido por Bischof et al. (2021), que destacam que o reconhecimento e acolhimento das emoções no contexto da EM favorecem a ligação terapêutica e atuam como catalisadores da mudança. Estes achados dão suporte aos resultados do presente estudo, demonstrando que a expressão emocional não é apenas esperada, mas desejável no processo, pois contribui para que o participante avance no ciclo motivacional com maior consciência, intencionalidade e adesão à mudança comportamental.

As manifestações emocionais observadas durante as consultas, como sorrisos, choro, expressões de desconforto e motivação, refletem a criação de um espaço relacional seguro, que facilita a expressão genuína dos sentimentos pelos participantes. A literatura evidencia que uma comunicação empática e estruturada fortalece a aliança terapêutica, promovendo confiança, adesão e compromisso com a mudança (Hummel et al., 2022; Lutaud et al., 2023). Os dados do presente estudo evidenciaram resistência verbal e argumentativa por parte de oito participantes sendo interpretada como uma manifestação natural da ambivalência que a EM procura explorar, e não como oposição direta ao processo, entendimento este reforçado por Figlie & Guimarães (2014) que enfatizam que a ambivalência faz parte do processo de mudança e que, quando gerida com reflexividade e sem confronto direto, a resistência não só fortalece a aliança terapêutica como pode constituir um marcador positivo de envolvimento no processo motivacional, corroborando assim a interpretação feita dos resultados obtidos.

O relato de alívio sentido por um participante ao poder expressar abertamente questões familiares sugere que a EM proporcionou um espaço seguro e acolhedor. Esta observação está em consonância com os achados de Schmied et al. (2023), que destacam que o envolvimento parental em intervenções familiares está fortemente associado a níveis de funcionamento familiar e motivação para a mudança, sendo que ambientes que favorecem a expressão emocional facilitam a adesão e o sucesso das intervenções.

As implicações psicossociais da obesidade infantil incluem sentimentos de inferioridade e fracasso, tornando a partilha emocional durante o acompanhamento nutricional e psicológico um elemento essencial para promover autoestima e bem-estar (Bezerra & Lins, 2021).

Lister et al. (2023) sublinham ainda que a gestão do peso infantil deve incorporar uma abordagem familiar, livre de estigma, que reconheça o impacto emocional e psicológico da obesidade, promovendo espaços de acolhimento e partilha. Assim, os resultados obtidos neste estudo encontram apoio na literatura, destacando o papel da expressão emocional como catalisador de motivação intrínseca, de mudança comportamental assim como a verbalização de emoções como uma via essencial para o fortalecimento da relação terapêutica.

Assim, o padrão de resposta emocional e comunicacional observado entre os participantes sustenta a relevância do papel do enfermeiro como facilitador do processo de mudança e confirma que a qualidade da comunicação terapêutica, quando estruturada nos princípios da

EM, favorece não apenas a escuta ativa, mas também o envolvimento e o compromisso das famílias.

Os dados empíricos recolhidos estão alinhados com a literatura nacional e internacional, apoiando a pertinência da integração da EM nas consultas de Saúde Infantil e Juvenil. Este alinhamento é sustentado por Miller & Rollnick (2013) que destacam a eficácia da EM como abordagem centrada na pessoa para promover mudança comportamental.

Neste sentido, o envolvimento parental, a literacia em saúde e a construção de ambientes familiares acolhedores, que favoreçam o diálogo e a expressão emocional, são apontados como aspetos fundamentais (Flynn et al., 2022; Schmied et al., 2023). Em complemento, Figueiredo & Martins (2009), no âmbito do MDAIF, reforça a necessidade de compreender a família como unidade de cuidado, integrando as suas dinâmicas, funções e recursos no processo de intervenção e destacando a centralidade do contexto familiar para alcançar mudanças significativas e sustentáveis.

Na continuidade da análise, procedeu-se à avaliação dos estágios de motivação para a mudança comportamental, considerando tanto a evolução média dos scores ao longo do tempo como a análise das correlações entre os diferentes momentos, de forma a compreender o impacto da intervenção no grupo experimental em comparação com o grupo de controlo e no total da amostra.

Os resultados obtidos no presente estudo evidenciaram uma tendência positiva na progressão das famílias para estágios mais avançados de mudança comportamental no grupo experimental, especialmente no aumento dos scores nos estágios de contemplação e ação, e na redução do score de pré-contemplação. Este padrão sugere que a EM pode ser eficaz na promoção da mudança comportamental, facilitando a transição das famílias para fases mais ativas do processo de alteração dos estilos de vida.

Contudo, registou-se uma ligeira diminuição no score de manutenção no grupo experimental após a intervenção, o que pode indicar que, apesar da evolução para o estágio de ação, a consolidação de comportamentos sustentáveis ainda requer um acompanhamento mais prolongado. De facto, a EM é habitualmente aplicada ao longo de um conjunto de consultas, ao passo que, neste estudo, foi realizada apenas uma sessão. Revisões recentes confirmam que a eficácia da EM tende a ser superior em intervenções longitudinais e de maior intensidade, sendo, contudo, condicionada por barreiras contextuais à mudança (Amiri et al. 2022; Sánchez-Miguel et al., 2020; Bischof et al., 2021). Acredita-se que, caso tivesse sido implementado um seguimento mais alargado, os resultados poderiam ter sido mais expressivos e diferenciadores. Ainda assim, destaca-se positivamente o resultado

estatisticamente significativo obtido no total da amostra, sugerindo que a associação entre a CESIJ e a EM poderá revelar-se promissora.

O avanço observado no grupo experimental, especialmente no aumento dos scores de contemplação e ação, reflete uma maior prontidão das famílias para iniciar mudanças concretas no estilo de vida. Este resultado é relevante, uma vez que o estágio de ação representa o momento em que os participantes começam efetivamente a implementar comportamentos saudáveis, ultrapassando a mera intenção ou preparação.

Estudos recentes apoiam estes achados. A meta-análise de Kao et al. (2023) confirmou a eficácia da EM em intervenções pediátricas, associando-a a melhorias significativas nos comportamentos alimentares e na promoção da atividade física. Estes resultados são compatíveis com a evolução positiva observada no grupo experimental do presente estudo, onde as famílias demonstraram maior predisposição para a adoção de práticas saudáveis.

Além disso, programas centrados na família, como os descritos por Kao et al. (2023) e Baygi et al. (2023), mostram-se particularmente eficazes, reforçando o papel dos pais na criação de ambientes promotores de saúde. No presente estudo, a intervenção direcionada às famílias pode ter favorecido esta progressão comportamental, evidenciada pelo aumento dos estágios de contemplação e ação.

A tendência de progressão observada é também consistente com os resultados de Baygi et al. (2023), que demonstraram que intervenções que incluam educação alimentar, promoção da atividade física e envolvimento familiar são eficazes na promoção da mudança e no avanço para estágios comportamentais mais ativos. O envolvimento familiar ativo poderá ter contribuído, no presente estudo, para os resultados positivos observados.

Além da mudança comportamental, a literatura recente destaca a importância dos fatores psicológicos associados à mudança. A revisão sistemática da literatura de Leão et al. (2024) evidencia que a EM contribui para a melhoria da motivação intrínseca, da autoestima e da capacidade de autogestão em crianças com obesidade. Estes fatores podem ter influenciado o progresso das crianças no presente estudo, mesmo que não tenham sido avaliados diretamente.

A evidência atual, incluindo a revisão sistemática de Bischof et al. (2021), reforça que a EM é mais eficaz do que as abordagens convencionais na promoção de mudanças comportamentais sustentadas, particularmente devido à sua abordagem empática, colaborativa e centrada na pessoa. Estes princípios podem ter facilitado a progressão das famílias para os estágios de contemplação e ação no presente estudo, enquanto o grupo de controlo apresentou evolução mínima ou discreta.

Apesar das tendências positivas observadas, é importante salientar que a redução no score de manutenção no grupo experimental sugere que a consolidação dos novos comportamentos poderá necessitar de acompanhamento continuado e de estratégias adicionais para evitar retrocessos, o que está em consonância com resultados de Bischof et al. (2021), que salientam as barreiras contextuais à mudança.

Embora no presente estudo não tenha sido possível demonstrar diferenças estatisticamente significativas, os resultados apontam para uma evolução positiva nos scores de contemplação e ação no grupo experimental, contrastando com a estabilidade ou ligeira regressão do grupo de controlo. Esta tendência está em linha com a evidência de que a EM pode acelerar o processo de mudança comportamental e favorecer a progressão para estágios mais avançados mesmo quando comparada com abordagens convencionais baseadas em aconselhamento prescritivo ou protocolado (Amiri et al., 2022; Sánchez-Miguel et al., 2020).

Neste sentido, reforça-se a importância de considerar o suporte a longo prazo nas intervenções comportamentais para garantir a manutenção de comportamentos saudáveis (Hamilton et al., 2025). Assim, as orientações emanadas pela DGS no PNSIJ afirmam-se como uma intervenção fundamental; contudo, os resultados sugerem que a sua complementaridade com a EM potencia significativamente as mudanças alcançadas, já que grande parte destas advém precisamente da intervenção motivacional implementada nesse contexto.

Seguidamente, foram analisadas as correlações entre as dimensões dos estágios de mudança comportamental, permitindo explorar as inter-relações entre os diferentes níveis motivacionais nos grupos em estudo e no total da amostra.

A análise dos resultados obtidos no grupo experimental revelou que a diferença mais expressiva se verificou na dimensão do estágio de contemplação, onde foi registada uma tendência estatisticamente marginal. Embora este resultado não atinja o limiar convencional de significância estatística, aproxima-se desse valor, sugerindo que a intervenção com EM poderá ter exercido um impacto relevante na progressão das famílias para este estágio comportamental.

A proximidade ao valor de significância reforça a possibilidade de que, com uma amostra maior ou com um acompanhamento mais prolongado, os efeitos observados poderiam atingir níveis estatísticos mais robustos, com significado estatístico. Este dado é especialmente relevante, uma vez que o estágio de contemplação representa o momento em que as famílias começam a reconhecer a necessidade de mudança, e a considerar e ponderar ativamente a adoção de novos comportamentos.

Os resultados obtidos para as dimensões de pré-contemplação, ação e manutenção não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas. Contudo, estas dimensões apresentaram variações médias que, apesar de não serem conclusivas, poderão refletir movimentos iniciais no processo de mudança comportamental. Este padrão sugere que a EM poderá ter influenciado mais fortemente a transição da fase de resistência para a fase de reflexão, o que está em conformidade com a literatura, que frequentemente aponta a contemplação como uma etapa crítica no início da mudança (Miller & Rollnick, 2013).

Neste sentido, os resultados alinham-se com as conclusões de Schmied et al. (2023), que identificaram a prontidão para a mudança dos cuidadores e o funcionamento familiar como preditores fundamentais do envolvimento parental em intervenções de prevenção e controlo da obesidade infantil. As famílias com maior prontidão e melhor funcionamento familiar tendem a apresentar maior adesão e participação, o que favorece avanços nos processos motivacionais das crianças. Segundo Hamilton et al. (2025), as evidências apontam que, mesmo em intervenções de curta duração, o apoio familiar e a criação de um contexto relacional positivo podem ser decisivos para mobilizar participantes nos estágios iniciais de mudança, criando condições para progressos futuros.

Os achados do presente estudo alinham-se com os resultados de estudos recentes, como os de Kao et al. (2023) e Baygi et al. (2023) que demonstraram que intervenções baseadas em EM são eficazes na promoção da progressão para estágios mais avançados da mudança. Contudo, tal como evidenciado também por Resnicow et al. (2024), o impacto da EM pode variar dependendo da intensidade da intervenção, da formação dos profissionais e da motivação intrínseca das famílias, sendo fundamental garantir uma implementação consistente.

Segundo Michaelsen & Esch (2022), intervenções eficazes em mudança comportamental não atuam apenas sobre aspetos cognitivos, mas também sobre recursos afetivos, como emoções, motivações e impulsos internos, reforçando a importância de trabalhar a ambivalência presente no estágio de contemplação. Este entendimento é corroborado por Ludwig et al. (2021), que salientam a relevância de estratégias multifacetadas que incluam o alívio emocional e a autorreflexão nas fases iniciais, criando condições para progressões futuras no processo de mudança. De forma consistente Smriti et al. (2022) demonstram que intervenções baseadas em EM são eficazes para aumentar a motivação e o envolvimento familiar nos estágios iniciais, ainda que sublinhem a importância de apoio continuado e estratégias personalizadas para garantir a manutenção das mudanças.

Como sublinham Figlie & Guimarães (2014), a EM acolhe a resistência verbal e argumentativa como um componente natural do processo de mudança, entendendo-a não como oposição, mas como sinal de envolvimento e oportunidade para fortalecer a aliança terapêutica através de uma gestão empática. Assim, os resultados empíricos obtidos confirmam que trabalhar a contemplação e acolher a resistência representam etapas críticas para aprofundar intervenções centradas na pessoa, na relação terapêutica e no contexto familiar, sobretudo em famílias que enfrentam desafios relacionados com o sobrepeso ou obesidade infantil. Este enquadramento é enriquecido pela perspectiva do MDAIF que, conforme salientado por Figueiredo (2012), enfatiza a necessidade de compreender a família como unidade de cuidado, reconhecendo as suas funções, dinâmicas e recursos como elementos fundamentais para transformar a reflexão em ação e alcançar mudanças comportamentais sustentadas. Delbosq et al. (2022) salientam ainda a influência determinante de fatores como a literacia em saúde, o contexto familiar e as condições socioeconómicas nos resultados das intervenções, reforçando a necessidade de estratégias adaptadas e ajustadas à realidade das famílias.

Por fim, Trecroci et al. (2022) sublinham que apenas programas de educação física devidamente estruturados, que promovam motivação autónoma, consciência corporal e competência motora, são capazes de gerar mudanças comportamentais duradouras, ultrapassando as barreiras associadas ao sobrepeso infantil.

No grupo experimental, embora a evidência estatística não permita afirmar com certeza a eficácia da EM em todas as dimensões avaliadas, a tendência observada na dimensão de contemplação aponta para o seu potencial como ferramenta útil para fomentar a tomada de consciência e a reflexão sobre a necessidade de mudança comportamental (Miller & Rollnick, 2013; Smriti et al., 2022).

Em contraste, no grupo de controlo os resultados demonstraram ausência de correlações estatisticamente significativas entre os scores dos diferentes estágios de mudança comportamental nos momentos pré e pós-intervenção. As dimensões avaliadas, pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção, apresentaram valores de significância superiores a 0,05, indicando que não ocorreram alterações comportamentais estatisticamente significativas decorrentes da intervenção.

Esta estabilidade sugere a manutenção dos padrões comportamentais previamente existentes, apontando para uma menor eficácia da intervenção convencional em termos de promover motivação para a mudança nas famílias acompanhadas. Estes resultados estão alinhados com evidências descritas na literatura, que destacam as limitações das abordagens tradicionais centradas em aconselhamento prescritivo, protocolado ou informativo,

sobretudo quando não acompanhadas de estratégias motivacionais ou componentes adicionais.

Jebeile et al. (2022) reforçam que intervenções eficazes no tratamento da obesidade pediátrica requerem uma combinação de componentes comportamentais intensivos, envolvimento familiar ativo, elementos trabalhados de forma muito ligeira nas intervenções convencionais observadas neste estudo.

Schmied et al. (2023), acrescentam que fatores como a prontidão para a mudança e o funcionamento familiar são cruciais para o sucesso das intervenções, sendo que recomendações generalistas, como as habitualmente fornecidas em consultas de enfermagem infanto-juvenil, tendem a ter impacto reduzido, especialmente em famílias com baixa adesão ou motivação.

Moss et al. (2022) apontam ainda que intervenções psicológicas eficazes para gestão de peso incorporam práticas validadas, como autoafirmação, definição de metas ambiciosas, reforço positivo e, quando necessário, estratégias adaptadas de maior intensidade. Neste mesmo sentido, Narzisi & Simons (2021) destacam a importância de intervir precocemente e de forma culturalmente ajustada, maximizando o impacto preventivo.

Estes resultados reforçam a evidência de que as abordagens tradicionais baseadas em aconselhamento prescritivo ou informativo, quando não acompanhadas de estratégias motivacionais, apresentam eficácia limitada na promoção da mudança comportamental sustentável, particularmente em contextos familiares com crianças com sobrepeso ou obesidade.

Face a este enquadramento, os dados do presente estudo reforçam a necessidade de repensar as práticas e orientações emanadas pelo PNSIJ, promovendo o desenvolvimento e a implementação de intervenções mais estruturadas, dinâmicas e centradas na pessoa, como a EM fundamentadas em modelos teóricos de mudança comportamental, como o MTT, e modelos teóricos de avaliação e intervenção familiar, como o MDAIF, de forma a potenciar mudanças comportamentais eficazes.

Importa ainda salientar que, para tal, será essencial investir na capacitação dos profissionais de saúde, permitindo-lhes integrar abordagens inovadoras e eficazes nas consultas de enfermagem em saúde infantil e juvenil, como a EM, assegurando uma prática centrada na família e orientada para ganhos efetivos em saúde (De Laat et al., 2019).

A análise do total da amostra revelou uma correlação estatisticamente significativa no estágio de ação, refletindo uma adesão efetiva a comportamentos saudáveis após a intervenção.

A intervenção utilizada neste estudo parece ter incentivado as famílias a passarem da intenção para a ação, um avanço fundamental descrito no Modelo de Mudança Comportamental. Este movimento é consistente com os achados de Ziser et al. (2021), que identificaram que a EM fortalece a motivação intrínseca e ajuda a superar barreiras psicológicas e práticas que frequentemente bloqueiam a mudança.

Embora as dimensões de pré-contemplação, contemplação e manutenção não tenham apresentado correlações significativas, o progresso observado no estágio de ação sugere que a EM é eficaz para promover comportamentos saudáveis, mesmo quando comparada a intervenções convencionais. Esta constatação reforça a importância de estruturar intervenções familiares prolongadas e articuladas com os recursos comunitários disponíveis, de forma a consolidar e sustentar a mudança comportamental a médio e longo prazo.

Além disso, os resultados do presente estudo estão alinhados com a revisão sistemática de Lutaud et al. (2023) que destaca que intervenções baseadas na EM têm efeitos positivos na motivação e nos comportamentos relacionados com a saúde, sobretudo quando integradas em programas multicomponentes e familiares. Por outro lado, Resnicow et al. (2024) alertam que, em contextos reais, estas intervenções nem sempre produzem alterações significativas em indicadores antropométricos, sublinhando a necessidade de garantir intensidade, duração e fidelidade adequadas na sua implementação. Adicionalmente, Ling et al. (2023) chamam a atenção para os custos económicos elevados associados à obesidade infantil, reforçando a urgência de desenvolver intervenções eficazes, sustentadas e custo-efetivas.

Desta forma, os resultados do presente estudo corroboram parcialmente a evidência internacional, apontando para o potencial das abordagens motivacionais para desencadear mudanças iniciais, mas também para a necessidade de estratégias múltiplas (EM e CESIJ) robustas, contínuas e adaptadas ao contexto familiar, que permitam assegurar a manutenção e a consolidação dessas mudanças ao longo do tempo.

### **Limitações do estudo e implicações para a prática e investigação**

Apesar dos resultados encorajadores, é importante reconhecer as limitações do presente estudo. Em primeiro lugar, o tamanho reduzido da amostra poderá ter condicionado a análise estatística dos dados, limitando a capacidade de detetar relações estatisticamente significativas, sobretudo nas dimensões em que foram observadas apenas tendências. Estudos futuros deverão, por isso, incluir amostras maiores e mais representativas, de forma a reforçar a validade externa e permitir análises mais robustas.

Outra limitação deste estudo prende-se com o carácter pontual da intervenção, baseada numa única aplicação da EM, o que poderá não ter sido suficiente para permitir a consolidação das mudanças comportamentais iniciadas. A literatura reforça que intervenções com maior duração e frequência, distribuídas ao longo do tempo, são essenciais para sustentar progressos e prevenir recaídas (Lutaud et al., 2023; Smriti et al., 2022). Assim, futuras investigações deverão explorar diferentes intensidades e modalidades de aplicação da EM, testando abordagens híbridas que combinem sessões presenciais, apoio digital e acompanhamento remoto, de forma a amplificar o impacto e dar continuidade ao processo iniciado.

Outra limitação metodológica prende-se com o facto de o enfermeiro-investigador não possuir ainda um nível avançado de competência em EM (já que se trata de um enfermeiro em formação especializada), encontrando-se numa fase inicial de aprendizagem. A literatura recente mostra que a eficácia desta abordagem depende fortemente da experiência e da capacidade técnica do profissional, sendo que níveis mais elevados de competência estão associados a maior impacto e consistência na intervenção (Massouh et al., 2024; Cheffer et al., 2025).

Adicionalmente, importa referir que o mesmo enfermeiro-investigador conduziu tanto a intervenção experimental (EM) como a de controlo (CESIJ). Embora esta opção assegure uniformidade nos procedimentos, pode ter introduzido viés de desempenho, dado que o conhecimento dos objetivos do estudo poderá, mesmo sem intenção consciente, ter influenciado a condução das sessões. A literatura confirma que, em ensaios de intervenção, a ausência de separação clara de papéis pode comprometer a validade interna dos resultados (Arienti et al., 2024).

Adicionalmente, destaca-se como limitação a utilização exclusiva de medidas de comportamento autorrelatadas, nomeadamente hábitos alimentares, atividade física, não tendo sido incluídas métricas clínicas objetivas, como o índice de massa corporal (IMC) ou o z-score do IMC. A integração de medidas mistas permitiria uma avaliação mais abrangente do impacto das intervenções, possibilitando cruzar dados comportamentais com indicadores antropométricos e de saúde metabólica, facto que no horizonte temporal em que ocorreu o estudo, os resultados seriam também limitados (Ling et al., 2023; Resnicow et al., 2024).

Finalmente, importa salientar que fatores contextuais, como a literacia em saúde das famílias, a disponibilidade de recursos comunitários e o envolvimento parental, podem ter influenciado os resultados obtidos. Estes aspetos deverão ser considerados e controlados em

estudos futuros, dado que afetam significativamente a adesão e os resultados das intervenções (Schillinger, 2021; Gupta, 2019).

Durante a realização deste estudo, foram sentidos diversos desafios que importa salientar. Um dos principais desafios prendeu-se com o processo de mobilização e adesão das famílias, sendo necessário um esforço acrescido para garantir o envolvimento e a continuidade ao longo da intervenção, especialmente considerando o contexto sensível da temática sobrepeso ou obesidade infantil. Algumas famílias demonstraram resistência inicial em abordar questões relacionadas com hábitos alimentares, atividade física e peso, o que exigiu uma abordagem particularmente empática e cuidadosa por parte dos enfermeiros especialistas/profissionais de saúde.

Outro desafio relevante relacionou-se com a gestão emocional durante as sessões, tendo sido observadas reações de frustração, ansiedade ou receio por parte dos participantes, exigindo competências específicas de escuta ativa, validação emocional e suporte por parte dos enfermeiros envolvidos.

Estes desafios reforçam a importância de, em estudos futuros, serem considerados mecanismos adicionais para promover a adesão e o compromisso das famílias, estratégias de apoio emocional continuado, de forma a maximizar a eficácia e a sustentabilidade das intervenções motivacionais aplicadas ao contexto da obesidade infantil.

Em suma, apesar de o presente estudo não ter identificado impactos estatisticamente significativos em todas as dimensões avaliadas, os sinais positivos observados sugerem que a EM poderá ser uma ferramenta promissora para promover mudanças comportamentais em famílias com crianças com sobrepeso ou obesidade. Será, no entanto, necessário aprofundar e consolidar esta linha de investigação através de estudos de maior escala, duração e complexidade metodológica, de modo a clarificar o seu verdadeiro potencial e contributo para a saúde pública e familiar.

## 6. Conclusão

---

A obesidade infantil representa um desafio crescente de saúde pública, com repercussões físicas, emocionais e sociais que impactam significativamente o bem-estar das crianças e das suas famílias. O presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto da Entrevista Motivacional (EM) na promoção da mudança de estágio comportamental em famílias com crianças entre os 6 e os 9 anos com sobrepeso ou obesidade, procurando compreender se esta abordagem seria eficaz para estimular mudanças no quotidiano familiar.

Os resultados obtidos permitiram responder à questão de investigação e confirmar parcialmente as hipóteses delineadas. No grupo experimental, verificou-se que os familiares tiveram mais espaço para se expressar e participaram mais ativamente durante as consultas, ao contrário do que aconteceu no grupo de controlo, onde predominou a fala do enfermeiro. Este resultado demonstra que a EM favorece uma comunicação mais aberta e centrada na família, em linha com os seus princípios fundamentais.

No que respeita à evolução motivacional, observou-se uma progressão significativa no estágio de ação e uma tendência positiva no estágio de contemplação, sugerindo que a EM não só facilitou a reflexão sobre a necessidade de mudança, como também promoveu a sua implementação prática. Apesar de outras dimensões, como a pré-contemplação e a manutenção, não terem apresentado diferenças estatisticamente significativas, os resultados apontam para uma influência positiva da intervenção nos processos de mudança. A análise correlacional não revelou resultados estatisticamente significativos, o que limita a possibilidade de afirmar uma associação robusta entre a EM e a mudança de estágios. Ainda assim, os dados sugerem que a intervenção poderá ter favorecido ganhos motivacionais, sobretudo quando acompanhada de maior envolvimento familiar, aspeto que deverá ser explorado em estudos futuros.

Este estudo contribui para o avanço do conhecimento científico ao reforçar a evidência de que intervenções motivacionais estruturadas, sustentadas em modelos teóricos sólidos como o MTT e o MDAIF são promissoras na promoção de mudanças comportamentais sustentáveis em saúde familiar.

Na prática clínica, os achados sublinham a importância de integrar a EM nas CESIJ superando modelos de intervenção exclusivamente prescritivos. A utilização de estratégias contínuas, sistemáticas e centradas na família, que combinem sessões motivacionais periódicas, envolvimento ativo dos pais, educação em saúde, apoio comportamental e articulação com contextos escolares e comunitários, revela-se essencial para potenciar mudanças consistentes.

Ao nível das políticas públicas, os resultados evidenciam que a EM potencia a participação familiar e facilita a progressão nos estágios de mudança, aspetos fundamentais em estratégias de prevenção e controlo da obesidade infantil. Torna-se, por isso, necessário investir no desenvolvimento de programas culturalmente adaptados e no reforço da capacitação dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, para a aplicação de abordagens motivacionais baseadas em modelos de mudança comportamental. Estas medidas permitirão assegurar intervenções mais eficazes, duradouras e alinhadas com as necessidades reais das famílias.

No campo da investigação, destaca-se a necessidade de desenvolver estudos futuros com amostras mais amplas, de modo a aumentar a robustez estatística e a validade externa dos resultados. Além disso, deverão ser exploradas intervenções de maior duração e frequência, bem como metodologias mistas capazes de integrar indicadores subjetivos e objetivos, incluindo métricas antropométricas e metabólicas, garantindo uma avaliação mais completa e fiável do impacto das intervenções.

Em síntese, apesar de algumas limitações metodológicas, este estudo permitiu responder à questão de investigação e confirmou parcialmente as expectativas formuladas. A EM demonstrou potencial como ferramenta de apoio à mudança comportamental em famílias com crianças com sobrepeso ou obesidade, salientando-se a importância de intervenções centradas na família, conduzidas por enfermeiros especializados e apoiadas em políticas de saúde consistentes, que visem promover ganhos efetivos em saúde individual, familiar e comunitária.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Aguilar Liendo, A. M., Sillo Mamani, L., Velásquez Mariscal, S. P., Navia Bueno, M. P., & Weisstaub, G. (2023). Validity of the neck circumference for the diagnosis of obesity in school children living at high altitude. *Nutricion Hospitalaria*, 40(4), 711–716. <https://doi.org/10.20960/nh.04463>
- Ahmadi, F., & Karamitanha, F. (2023). Health literacy and nutrition literacy among mother with preschool children: What factors are effective? *Preventive Medicine Reports*, 35. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2023.102323>
- Alcántara-Porcuna, V., Sánchez-López, M., Martínez-Vizcaíno, V., Martínez-Andrés, M., Ruiz-Hermosa, A., & Rodríguez-Martín, B. (2021). Parents' perceptions on barriers and facilitators of physical activity among schoolchildren: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 1–27. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063086>
- Aleid, A. M., Sabi, N. M., Alharbi, G. S., Alharthi, A. A., Alshuqayfi, S. M., Alnefaie, N. S., Ismail, G. M., Allhybi, A. K., Alrasheeday, A. M., Alshammari, B., Alabbasi, Y., & Al Mutair, A. (2024). The Impact of Parental Involvement in the Prevention and Management of Obesity in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Children*, 11(6). <https://doi.org/10.3390/children11060739>
- Almeida, S. L. A. C., Oliveira, D. C. de, Faria, L. L. F. de, Godoy, M. C. S., Oliveira, M. M. C. de, Loch, M. A. L., Pascotto, S. L., Moreira, M. L. A., & Abi-Habib, Y. G. S. (2021). Uma análise crítica das vacinas disponíveis para Sars-cov-2 / A critical analysis of the vaccines available for Sars-cov-2. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 4537–4555. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-044>
- Amiri, P., Mansouri-Tehrani, M. M., Khalili-Chelik, A., Karimi, M., Jalali-Farahani, S., Amouzegar, A., & Kazemian, E. (2022). Does Motivational Interviewing Improve the Weight Management Process in Adolescents? A Systematic Review and Meta-analysis. In *International Journal of Behavioral Medicine* (Vol. 29, Issue 1, pp. 78–103). Springer. <https://doi.org/10.1007/s12529-021-09994-w>
- Antonogeorgos, G., Papadimitriou, A., Panagiotakos, D. B., Priftis, K. N., & Nikolaidou, P. (2021). Physical activity patterns and obesity status among 10- to 12-year-old adolescents living in Athens, Greece. *Journal of Physical Activity and Health*, 7(5), 633–640. <https://doi.org/10.1123/jpah.7.5.633>
- Arienti, C., Armijo-Olivo, S., Ferriero, G., Feys, P., Hoozeboom, T., Kiekens, C., Lazzarini, S. G., Minozzi, S., Negrini, S., Oral, A., Pollini, E., Puljak, L., Todhunter-Brown, A., Walshe, M., Battel, I., Ceravolo, M. G., Colvin, C., Cordani, C., Côté, P., ... Wong, J. (2024). The

- influence of bias in randomized controlled trials on rehabilitation intervention effect estimates: what we have learned from meta-epidemiological studies. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 60(1), 135–144. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.23.08310-7>
- Aygun, O., & Topcu, M. (2023). The relationship between parental health literacy levels and anthropometric measurements of children in Turkey. *BMC Pediatrics*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-023-04385-4>
- Ballarin, G., Gallè, F., Dinacci, L., Liberti, F., Cunti, A., & Valerio, G. (2024). Self-Perception Profile, Body Image Perception and Satisfaction in Relation to Body Mass Index: An Investigation in a Sample of Adolescents from the Campania Region, Italy. *Children*, 11(7). <https://doi.org/10.3390/children11070805>
- Bánfai-Csonka, H., Betlehem, J., Deutsch, K., Derzsi-Horváth, M., Bánfai, B., Fináncz, J., Podráczky, J., & Csima, M. (2022). Health Literacy in Early Childhood: A Systematic Review of Empirical Studies. In *Children* (Vol. 9, Issue 8). Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). <https://doi.org/10.3390/children9081131>
- Barbosa Filho, V. C., Quadros, T. M. B. de, Souza, E. A. de, Gordia, A. P., & Campos, W. de. (2010). A utilização do critério da Organização Mundial de Saúde para classificação do estado nutricional em crianças. *Motriz. Revista de Educação Física. UNESP*. <https://doi.org/10.5016/1980-6574.2010v16n4p811>
- Baygi, F., Djalalinia, S., Qorbani, M., Larrabee Sonderlund, A., Kousgaard Andersen, M. K., Thilsing, T., Heitmann, B. L., & Nielsen, J. B. (2023). The effect of psychological interventions targeting overweight and obesity in school-aged children: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16339-7>
- Bezerra, B. P. de A., & Lins, G. dos S. (2021). *Obesidade Infantil e fatores psicológicos*. Centro Universitário Brasileiro- UNIBRA.
- Bischof, G., Bischof, A., & Rumpf, H. J. (2021). Motivational interviewing: An evidence-based approach for use in medical practice. In *Deutsches Arzteblatt International* (Vol. 118, Issue 7, pp. 109–115). Deutscher Ärzte-Verlag GmbH. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0014>
- Boom, S. M., Oberink, R., Zonneveld, A. J. E., van Dijk, N., & Visser, M. R. M. (2022). Implementation of motivational interviewing in the general practice setting: a qualitative study. *BMC Primary Care*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01623-z>
- Boyland, E. (2025). Would Reducing Children’s Exposure to Food Advertising Prevent Unhealthy Weight Gain? In *Current Obesity Reports* (Vol. 14, Issue 1). Springer. <https://doi.org/10.1007/s13679-025-00648-6>

- Broadbent, P., Shen, Y., Pearce, A., & Katikireddi, S. V. (2024). Trends in inequalities in childhood overweight and obesity prevalence: a repeat cross-sectional analysis of the Health Survey for England. *Archives of Disease in Childhood*, *109*(3), 233–239. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-325844>
- Cabral, S., Soares, L., & Faria, A. L. (2023). Obesity in Childhood and Adolescence: A Review. *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*, *51*(3). <https://doi.org/10.26717/bjstr.2023.51.008102>
- Campos, B. T. L., Pantaliao, A. A., Carvalho, L. V. de O., Sarto e Silva, J. C., Simões, Y. B. J., da Costa, G. V. R., Boas, G. G. V., & Araujo, L. P. (2023). Obesidade infantil na atualidade: fatores de risco e complicações futuras. *Brazilian Journal of Health Review*, *6*(2), 5838–5845. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n2-111>
- Cheffer, N., Barnett, E., & Bullara, A. (2025). Effectiveness of asynchronous motivational interviewing training for pediatric nurse practitioner students: A mixed-methods evaluation. *Nurse Education Today*, *153*. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2025.106790>
- Costa, T. G., Rodrigues, L., & Ramos-Urrea, C. (2020). Effectiveness training type on body composition and metabolic parameters in adolescents with obesity: review. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, *70*(4), 290–299. <https://doi.org/10.37527/2020.70.4.007>
- Dahmer, A. D. S. F. S., & Maciel, D. M. (2021). Obesidade Infantil E Os Impactos Na Qualidade De Vida. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo Do Conhecimento*, 161–171. <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/impactos-na-qualidade>
- Davidson, K. W., & Scholz, U. (2020). Understanding and predicting health behaviour change: a contemporary view through the lenses of meta-reviews. *Health Psychology Review*, *14*(1), 1–5. <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1719368>
- De Laat, S., De Vos, I., Jacobs, M., Van Mil, E., & Van De Goor, I. (2019). The evaluation of an integrated network approach of preventive care for children with overweight and obesity; Study protocol for an implementation and effectiveness study. *BMC Public Health*, *19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7304-1>
- Delbosq, S., Velasco, V., Vercesi, C., & Vecchio, L. P. (2022). Adolescents' Nutrition: The Role of Health Literacy, Family and Socio-Demographic Variables. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(23). <https://doi.org/10.3390/ijerph192315719>
- Demir, H., & Dinç, S. (2024). Evaluation of The Relationship Between Communication Skills and Psychosocial Care Skills of Nurses. *Journal of Nursology*, *27*(3), 195–201. <https://doi.org/10.17049/jnursology.1436727>

- Dicken, S. J., & Batterham, R. L. (2024). Ultra-processed Food and Obesity: What Is the Evidence? In *Current Nutrition Reports* (Vol. 13, Issue 1, pp. 23–38). Springer. <https://doi.org/10.1007/s13668-024-00517-z>
- DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover* (1st ed.). The Guilford Press.
- Driessen, C., Kelly, B., Sing, F., & Backholer, K. (2022). Parents' Perceptions of Children's Exposure to Unhealthy Food Marketing: a Narrative Review of the Literature. In *Current Nutrition Reports* (Vol. 11, Issue 1, pp. 9–18). Springer. <https://doi.org/10.1007/s13668-021-00390-0>
- Ernest, D. K., Onugha, E. A., Singh, B., Sharma, S. V., & Dave, J. M. (2025). A Scoping Review of the Social Determinants of Pediatric and Adolescent Obesity. In *International Journal of Pediatrics (United Kingdom)* (Vol. 2025, Issue 1). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1155/ijpe/8871022>
- Faria, C. C. de G., Alves Azevedo, S., Nunes Andrade, S., & de Oliveira, F. (2021). Alimentação e obesidade de crianças na fase pré-escolar: significados atribuídos pelos pais. *Nursing (São Paulo)*, 24(274), 5389–5400. <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i274p5389-5400>
- Figlie, N. B., & Guimarães, L. P. (2014). • A Entrevista Motivacional: conversas sobre mudança The Motivational Interview: conversations about changes La Entrevista Motivacional: conversaciones sobre mudanza. *Boletim de Psicologia da Academia Paulista de Psicologia*, 34(87), 472–489.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. (Lda. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Ed.).
- Figueiredo, M. H. de J., & Martins, M. M. F. P. da S. (2009). Dos contextos da prática à (co)construção do modelo de cuidados de enfermagem de família Dos contextos da prática à (co)construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. In *Rev Esc Enferm USP* (Vol. 43, Issue 3). [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)
- Flynn, A. C., Suleiman, F., Windsor-Aubrey, H., Wolfe, I., O'Keeffe, M., Poston, L., & Dalrymple, K. V. (2022). Preventing and treating childhood overweight and obesity in children up to 5 years old: A systematic review by intervention setting. In *Maternal and Child Nutrition* (Vol. 18, Issue 3). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/mcn.13354>
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2016). *Fundamentos e Etapas do processo de investigação* (5th ed.). Lusociência.
- Frade, F., Carteiro, D., Pereira, F., Marques, J., & Frade, J. (2021). Prevalence of Childhood Obesity in Portugal: A Narrative Review of the Literature. In *Portuguese Journal of Public*

- Health* (Vol. 38, Issue 2, pp. 119–128). S. Karger AG. <https://doi.org/10.1159/000511792>
- Freitas, M. G., Martinho, C., Machado, G. S., Alves, I., Tavares, J., Ferreira, P., Rocha, S., & Montez, T. (2021). *Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*.
- Gil-Cosano, J. J., Plaza-Florido, A., Gracia-Marco, L., Migueles, J. H., Cadenas-Sanchez, C., Olvera-Rojas, M., Ubago-Guisado, E., Labayen, I., Lucia, A., & Ortega, F. B. (2024). Effects of combined aerobic and resistance training on the inflammatory profile of children with overweight/obesity: A randomized clinical trial. *Pediatric Obesity*, 19(10). <https://doi.org/10.1111/ijpo.13152>
- Gregório, M., Casimiro, A., Lima, R., Bico, P., Castela, I., Lopes, D., & Figueira, M. (2024). *Estudo de avaliação de impacto da Lei n.º 30/2019, de 23 de abril, que introduziu restrições à publicidade alimentar dirigida a menores de 16 anos: Relatório do grupo de trabalho criado pelo Despacho n.º 12980/2023, de 19 de dezembro* (Direção-Geral da Saúde, D.-G. da E. Direção-Geral do Consumidor, & Direção-Geral de Alimentação e Veterinária, Eds.).
- Gregório, M. J., Diana Lopes, J. C., Marta Figueira, Gonçalves, M., & Castela, I. (2023). *Programa Nacional Para a Promoção da Alimentação Saudável*. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Gualdi-Russo, E., Rinaldo, N., & Zaccagni, L. (2022). Physical Activity and Body Image Perception in Adolescents: A Systematic Review. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 19, Issue 20). MDPI. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013190>
- Gupta, S. & G. (2019). *Padrões de comunicação familiar Questionário: Desenvolvimento e Validação*.
- Ha Nguyen, T., Götz, S., Kreffter, K., Lisak-Wahl, S., Dragano, N., Weyers, S., Ha Nguyen ThuyHaNguyen, T., Götz SimonGoetz, S., Kreffter KatharinaKreffter, K., & Dragano Dragano, N. (2021). Neighbourhood deprivation and obesity among 5656 pre-school children-findings from mandatory school enrollment examinations. *European Journal of Pediatrics*, 180(11), 1947–1954. <https://doi.org/10.1007/s00431-021-03988-2/Published>
- Hamilton, V., Sartore, G. M., Macvean, M., Avdagic, E., Petrovic, Z., Hunter, C., & Wade, C. (2025). Brief Interventions for Families Seeking Support from Family Services: A Scoping Review. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 22, Issue 6). Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). <https://doi.org/10.3390/ijerph22060841>
- Herschbach, A., Wels, A., Dieckmann, P., Erschens, R., Junne, F., Eehalt, S., Zipfel, S., Giel, K. E., & Ziser, K. (2025). The role of motivation in weight reduction programs for children

- and adolescents with overweight or obesity: a systematic review. In *Eating and Weight Disorders* (Vol. 30, Issue 53). Springer Science and Business Media Deutschland GmbH. <https://doi.org/10.1007/s40519-025-01763-y>
- Hickmann, E., Richter, P., & Schlieter, H. (2022). All together now – patient engagement, patient empowerment, and associated terms in personal healthcare. *BMC Health Services Research*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08501-5>
- Homs, C., Berruezo, P., Según, G., Estrada, L., de Bont, J., Riera-Romaní, J., Carrillo-Álvarez, E., Schröder, H., Milà, R., & Gómez, S. F. (2021). Family-based intervention to prevent childhood obesity among school-age children of low socioeconomic status: study protocol of the FIVALIN project. *BMC Pediatrics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02697-x>
- Hummel, T. G., Cohen, F., Gessulat, J., & Anders, Y. (2022). Measuring interaction quality between parents and professionals and its relation to preschool characteristics. *International Journal of Educational Research Open*, 3. <https://doi.org/10.1016/j.ijedro.2022.100195>
- Jakobsen, D. D., Brader, L., & Bruun, J. M. (2023). Association between Food, Beverages and Overweight/Obesity in Children and Adolescents—A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. In *Nutrients* (Vol. 15, Issue 3). MDPI. <https://doi.org/10.3390/nu15030764>
- Jebeile, H., Professora, L. A., & Baur, S. (2022). *Endocrinologia e Diabetes Saúde Infantil Irlanda em Lancet Diabetes Endocrinol.* <https://doi.org/10.1016/Publicado>
- Kao, T. S. A., Ling, J., Vu, C., Hawn, R., & Christodoulos, H. (2023). Motivational Interviewing in Pediatric Obesity: A Metaanalysis of the Effects on Behavioral Outcomes. In *Annals of Behavioral Medicine* (Vol. 57, Issue 8, pp. 605–619). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/abm/kaad006>
- Karakitsiou, G., Plakias, S., Christidi, F., & Tsiakiri, A. (2024). Unraveling Childhood Obesity: A Grounded Theory Approach to Psychological, Social, Parental, and Biological Factors. In *Children* (Vol. 11, Issue 9). Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). <https://doi.org/10.3390/children11091048>
- Kwansa, A. L., Akparibo, R., Cecil, J. E., Solar, G. I., & Caton, S. J. (2022). Risk Factors for Overweight and Obesity within the Home Environment of Preschool Children in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. In *Nutrients* (Vol. 14, Issue 9). MDPI. <https://doi.org/10.3390/nu14091706>
- LaFata, E. M., Allison, K. C., Audrain-McGovern, J., & Forman, E. M. (2024). Ultra-Processed Food Addiction: A Research Update. In *Current Obesity Reports* (Vol. 13, Issue 2, pp. 214–223). Springer. <https://doi.org/10.1007/s13679-024-00569-w>

- Lafontaine, J., Hanson, I., & Wild, C. (2025). The impact of the social media industry as a commercial determinant of health on the digital food environment for children and adolescents: a scoping review. *BMJ Global Health*, *10*(2). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-014667>
- Leão, M. G., Jerónimo, A. M., & Pereira, H. V. (2024). Impacto de intervenções para a autogestão da saúde nos mediadores e outcomes psicológicos de jovens com obesidade: Revisão sistemática da literatura. *Retos. Nuevas Tendencias En Educación Física, Deporte y Recreación*, *59*, 455–474.
- Ling, J., Chen, S., Zahry, N. R., & Kao, T. S. A. (2023). Economic burden of childhood overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. In *Obesity Reviews* (Vol. 24, Issue 2). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/obr.13535>
- Lister, N. B., Baur, L. A., Felix, J. F., Hill, A. J., Marcus, C., Reinehr, T., Summerbell, C., & Wabitsch, M. (2023). Child and adolescent obesity. *Nature Reviews Disease Primers*, *9*(1). <https://doi.org/10.1038/s41572-023-00435-4>
- Liu, X., Li, Q., Lu, F. X., & Zhu, D. (2024). Effects of aerobic exercise combined with resistance training on body composition and metabolic health in children and adolescents with overweight or obesity: systematic review and meta-analysis. In *Frontiers in Public Health* (Vol. 12). Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1409660>
- Lotfi, M., Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., & Khajehgoodari, M. (2019). Assessment of nurse–patient communication and patient satisfaction from nursing care. *Nursing Open*, *6*(3), 1189–1196. <https://doi.org/10.1002/nop2.316>
- Ludwig, M. W. B., Dutra, N. S., de Melo Boff, R., Feoli, A. M. P., da Silva Gustavo, A., Macagnan, F. E., & da Silva Oliveira, M. (2021). Intervention Protocol Based on Transtheoretical Model of Behavior Change for Metabolic Syndrome. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *37*. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e37401>
- Lutaud, R., Mitilian, E., Forte, J., Gentile, G., Reynaud, R., Truffet, C., & Bellanger, T. (2023). Motivational interviewing for the management of child and adolescent obesity: a systematic literature review. *BJGP Open*, *7*(4). <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2022.0145>
- Madruga, K. M. de A., Pagliuca, L. M. F., França, I. S. X. de, Nóbrega, M. M. L. da, Pimenta, C. J. L., & Costa, K. N. de F. M. (2022). Adaptação transcultural do instrumento General Self Efficacy Scale-12 para o português do Brasil. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, *24*, 68125. <https://doi.org/10.5216/ree.v24.68125>
- Mahmood, L., Flores-Barrantes, P., Moreno, L. A., Manios, Y., & Gonzalez-Gil, E. M. (2021). The influence of parental dietary behaviors and practices on children’s eating habits. In *Nutrients* (Vol. 13, Issue 4). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/nu13041138>

- Marcus, C., Danielsson, P., & Hagman, E. (2022). Pediatric obesity—Long-term consequences and effect of weight loss. In *Journal of Internal Medicine* (Vol. 292, Issue 6, pp. 870–891). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/joim.13547>
- Massouh, A., Alayan, N., Shatila, M., & Wehbeh, S. (2024). Assessing REflective simulation-based e-Training on motivational interviewing among multidisciplinary healthcare practitioners [RESeT-MI]: a mixed methods pilot study. *BMC Medical Education*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05711-9>
- Mc Carthy, C. M., de Vries, R., & Mackenbach, J. D. (2022). The influence of unhealthy food and beverage marketing through social media and advergaming on diet-related outcomes in children—A systematic review. In *Obesity Reviews* (Vol. 23, Issue 6). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/obr.13441>
- McConaughy, E. N., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20(3), 368–375.
- Medina-Vera, I., Infante-Sierra, H., Gabriel González-Garay, A., Guevara-Cruz, M., Pérez-Monter, C., & Elizabeth Serralde-Zúñiga, A. (2019). Emotional Eating and Poor General Lifestyle Prevalent among Obese Young Adults. *Journal of Food and Nutrition Research*, 7(9), 639–645. <https://doi.org/10.12691/jfnr-7-9-3>
- Michaelsen, M. M., & Esch, T. (2022). Functional Mechanisms of Health Behavior Change Techniques: A Conceptual Review. In *Frontiers in Psychology* (Vol. 13). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.725644>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interview – Helping people change (3 ed.)*. The Guilford Press. (The Guilford Press, Ed.; 3rd ed.).
- Mineshita, Y., Kim, H. K., Chijiki, H., Nanba, T., Shinto, T., Furuhashi, S., Oneda, S., Kuwahara, M., Suwama, A., & Shibata, S. (2021). Screen time duration and timing: effects on obesity, physical activity, dry eyes, and learning ability in elementary school children. *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10484-7>
- Minosso, K. C., & Toso, B. R. G. de O. (2021). Transcultural validation of an instrument to evaluate Advanced Nursing Practice competences in Brazil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0165>
- Mohd Saat, N. Z., Abd Talib, R., Alarsan, S. F., Saadeh, N., & Shahrour, G. (2023). Risk Factors of Overweight and Obesity Among School Children Aged 6 to 18 Years: A Scoping Review. *Nutrition and Dietary Supplements, Volume 15*, 63–76. <https://doi.org/10.2147/nds.s420370>
- Molina-García, J., Menescardi, C., Estevan, I., & Queralt, A. (2022). Associations between park and playground availability and proximity and children’s physical activity and body mass

- index: The beach study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph19010250>
- Moore, E., Vallejo, J., Sidell, M. A., Li, X., Delacroix, E., Young, D. R., Kunani, P., Resnicow, K., & Koebnick, C. (2025). Training in motivational interviewing for pediatricians was associated with a higher uptake of health behavior and lifestyle treatment: Results from the KP Wellness Coaching for Families and Kids (WC4K) Program. *Patient Education and Counseling*, 137. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2025.109173>
- Moreira, J., Domingues, L., Silva, M., & Caeiro, C. (2024). Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Person-Centered Therapeutic Relationship in Physiotherapy Scale to European Portuguese. *Healthcare (Switzerland)*, 12(23). <https://doi.org/10.3390/healthcare12232455>
- Moss, S. A., Serbetci, D., O'Brien, K., & Alexi, N. (2022). The Validated Features of Psychological Interventions for Weight Loss: An Integration. In *Behavioral Medicine* (Vol. 48, Issue 3, pp. 147–161). Routledge. <https://doi.org/10.1080/08964289.2020.1842316>
- Moussouami, S. I., Agbodjogbe, D. D. W. K., Tonon, B., Bio Nigan, I., Boussana, A. M., Gouthon, P., & Mbemba, F. (2023). Acceptability, accessibility and effectiveness of a form of physical exercise session adapted to obese adolescents attending school in Brazzaville: Comparative study. *International Journal of Biological and Chemical Sciences*, 17(6), 2337–2346. <https://doi.org/10.4314/ijbcs.v17i6.16>
- Mullenbach, L. E., Larson, L. R., Floyd, M. F., Marquet, O., Huang, J.-H., Alberico, C., & Aaron Hipp, J. (2021). Peer Reviewed Research Neighborhood Built Environment Impacts Park Use of Diverse, Low-Income Mothers With Their. *Journal of Healthy Eating and Active Living*, 2021(3), 108–120.
- Nally, S., Carlin, A., Blackburn, N. E., Baird, J. S., Salmon, J., Murphy, M. H., & Gallagher, A. M. (2021). The effectiveness of school-based interventions on obesity-related behaviours in primary school children: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Children*, 8(6). <https://doi.org/10.3390/children8060489>
- Narzisi, K., & Simons, J. (2021). Interventions that prevent or reduce obesity in children from birth to five years of age: A systematic review. *Journal of Child Health Care*, 25(2), 320–334. <https://doi.org/10.1177/1367493520917863>
- Naz, R., Khaleel, S., & Naz, S. (2024). Evaluation of nurse-patient communication and its impact on patient satisfaction. *Biological and Clinical Sciences Research Journal*, 2024(1), 936. <https://doi.org/10.54112/bcsrj.v2024i1.936>
- Neri, D., Steele, E. M., Khandpur, N., Cediél, G., Zapata, M. E., Rauber, F., Marrón-Ponce, J. A., Machado, P., da Costa Louzada, M. L., Andrade, G. C., Batis, C., Babio, N., Salas-

- Salvadó, J., Millett, C., Monteiro, C. A., & Levy, R. B. (2022). Ultraprocessed food consumption and dietary nutrient profiles associated with obesity: A multicountry study of children and adolescents. *Obesity Reviews*, 23(S1). <https://doi.org/10.1111/obr.13387>
- Nygaard, H. S., & Øen, K. G. (2024). Public health nurses' experiences following up children with overweight and obesity according to national guidelines. A qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 19(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2306658>
- Olateju, I. V., Ogwu, D., Owolabi, M. O., Azode, U., Osula, F., Okeke, R., & Akabalu, I. (2021). Role of Behavioral Interventions in the Management of Obesity. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.18080>
- Oliveira, R. C., Souto, R. Q., Santos, J. L. G. dos, Reichert, A. P. da S., Ramalho, E. L. R., & Collet, N. (2022). Manejo do sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes por enfermeiras: estudo de métodos mistos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30(spe). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6294.3790>
- Padial-Ruz, R., Puga-González, M. E., Céspedes-Jiménez, Á., & Cabello-Manrique, D. (2021). Determining factors in the use of urban parks that influence the practice of physical activity in children: A systematic review. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 18, Issue 7). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073648>
- Palit, S., Sufyani, T., Inungu, J. N., Cheng, C. I., & Nartey, E. (2024). Behavioral Determinants of Childhood Obesity in the United States: An Exploratory Study. *Journal of Obesity*, 2024(1). <https://doi.org/10.1155/2024/9224425>
- Pereira, C. M., & Fernandes, M. I. (2020). A família como foco da intervenção de enfermagem: Aplicação do MDAIF em contexto comunitário. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar*, 25.
- Polyzou, E. A., & Polyzos, S. A. (2024). Outdoor environment and obesity: A review of current evidence. *Metabolism Open*, 24, 100331. <https://doi.org/10.1016/j.metop.2024.100331>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Qasrawi, R., Ajab, A., Cheikh Ismail, L., Al Dhaheri, A., Alblooshi, S., Abu Ghoush, R., Vicuna Polo, S., Amro, M., Thwib, S., Issa, G., & Al Sabbah, H. (2025). What drives weight status among female university students? A machine learning analysis of sociodemographic, dietary, and lifestyle determinants. *Frontiers in Nutrition*, 12. <https://doi.org/10.3389/fnut.2025.1574063>

- Rademakers, J., Hahnraaths, M. T. H., van Schayck, O. C. P., & Heijmans, M. (2022). Children's Health Literacy in Relation to Their BMI z-Score, Food Intake, and Physical Activity; a Cross-Sectional Study among 8–11-Year-Old Children in The Netherlands. *Children*, 9(6). <https://doi.org/10.3390/children9060925>
- Regulamento número 126/2011. (2011). *Diário da República*, 2.ª série-N.º 35-18 de Fevereiro de 2011.
- Resnicow, K., Delacroix, E., Sonnevile, K. R., Considine, S., Grundmeier, R. W., Shu, D., Faerber, J. A., Fiks, A. G., Steffes, J., Harris, D., Woo, H., Proctor, T., Wright, M. E., Shone, L. P., Barlow, S. E., Wasserman, R. C., Siegel, R., & Stockwell, M. S. (2024). Outcome of BMI21: Motivational interviewing to reduce BMI through primary care AAP PROS practices. *Pediatrics*, 153.
- Rito, A., Mendes, S., Figueira, I., Faria, M. C., Carvalho, R., Santos, T., Cardoso, S., Feliciano, E., Silvério, R., Sancho, T., Dinis, A., & Rascôa, C. (2023). *Childhood Obesity Surveillance Initiative WHO Collaborating Centre for Nutrition and Childhood Obesity Nacional de Saúde \_ Instituto*.
- Robinson, T. N., Banda, J. A., Hale, L., Lu, A. S., Fleming-Milici, F., Calvert, S. L., & Wartella, E. (2017). Screen Media Exposure and Obesity in Children and Adolescents. In *PEDIATRICS* (Vol. 140). [http://publications.aap.org/pediatrics/article-pdf/140/Supplement\\_2/S97/907704/peds\\_20161758k.pdf](http://publications.aap.org/pediatrics/article-pdf/140/Supplement_2/S97/907704/peds_20161758k.pdf)
- Rodrigues, E. S. A., Alves, D. F. dos S., Mendes-Castillo, A. M. C., São-João, T. M., Bueno, G. C. V., Hill-Rodriguez, D., & Gasparino, R. C. (2023). Escala Humpty Dumpty: adaptação transcultural e validação para cultura brasileira. *Acta Paulista de Enfermagem*, 36. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023ao009332>
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2009). *Entrevista motivacional no cuidado à saúde: Ajudando pacientes a mudar comportamento*. Artmed. (Artmed, Ed.).
- Sánchez-Miguel, P. A., Leo, F. M., Alonso, D. A., Hortigüela-Alcalá, D., Tapia-Serrano, M. A., & De La Cruz-Sánchez, E. (2020). Children's physical self-concept and body image according to weight status and physical fitness. *Sustainability (Switzerland)*, 12(3). <https://doi.org/10.3390/su12030782>
- Santos, E. M. S., Rocha, M. M. S., & Dias, T. de O. (2020). Obesidade infantil: Uma revisão bibliográfica sobre fatores que contribuem para a obesidade na infância. *Revista Brasileira de Reabilitação e Atividade Física*, 9(1), 57–62.
- Schaeffer, D., Berens, E. M., Vogt, D., Gille, S., Griese, L., Klinger, J., & Hurrelmann, K. (2021). Health Literacy in Germany. *Deutsches Arzteblatt International*, 118(43), 723–729. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0310>

- Schillinger, D. (2021). Social Determinants, Health Literacy, and Disparities: Intersections and Controversies. In *Health literacy research and practice* (Vol. 5, Issue 3, pp. e234–e243). NLM (Medline). <https://doi.org/10.3928/24748307-20210712-01>
- Schmied, E. A., Madanat, H., Chuang, E., Moody, J., Ibarra, L., Cervantes, G., Strong, D., Boutelle, K., & Ayala, G. X. (2023). Factors predicting parent engagement in a family-based childhood obesity prevention and control program. *BMC Public Health, 23*(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15359-7>
- Shenoy, M. T., & Ramdas Nayak, V. K. (2023). Childhood obesity: Impact, outcome and preventive strategies. *Clinical Epidemiology and Global Health, 21*. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2023.101304>
- Silva, A. S., Germano Ferreira, N., Da Silva Jardimino, D., Alves do Nascimento, L., & Minervina Moraes de Sabino, L. (2022a). APLICAÇÃO DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL NO ÂMBITO DA SAÚDE. *Revista Enfermagem Atual In Derme, 96*(40). <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.40-art.1452>
- Smriti, D., Kao, T.-S. A., Rathod, R., Shin, J. Y., Peng, W., Williams, J., Mujib, M. I., Colosimo, M., & Huh-Yoo, J. (2022). *MICA: Motivational Interviewing Conversational Agent for Parents as Proxies for their Children in Healthy Eating (Preprint)*. <https://doi.org/10.2196/preprints.38908>
- Swami, V., & Barron, D. (2019). Translation and validation of body image instruments: Challenges, good practice guidelines, and reporting recommendations for test adaptation. *Body Image, 31*, 204–220. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.08.014>
- Trecroci, A., Invernizzi, P. L., Monacis, D., & Colella, D. (2022). Physical Illiteracy and Obesity Barrier: How Physical Education Can Overpass Potential Adverse Effects? A Narrative Review. In *Sustainability (Switzerland)* (Vol. 14, Issue 1). MDPI. <https://doi.org/10.3390/su14010419>
- Vaughan, E., Muc Da Encarnacao, M., Brown, E., Nealon Lennox, O., Kelly, C., & Tatlow-Golden, M. (2025). A scoping review of children’s and parents’ attitudes to and awareness of digital food marketing. *Health Promotion International, 40*(2). <https://doi.org/10.1093/heapro/daae189>
- Vicente, R. F. (2024). *6º Curso Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Familiar Relatório Final de Estágio O papel do enfermeiro de família na prevenção do excesso de peso em crianças, que frequentam a consulta em cuidados de saúde primários.*
- Wang, L., Li, J., Zhang, M., Chan, M. M. K., & Ho, M. H. (2025). Effectiveness of Transtheoretical Model-Based Motivational Interviewing on Glycemic Control Among Adults With Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized

- Control Trials. In *Worldviews on Evidence-Based Nursing* (Vol. 22, Issue 3). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/wvn.70041>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). . *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention (6th ed.)*. F.A. Davis (6ª).
- Wyszyńska, J., Ring-Dimitriou, S., Thivel, D., Weghuber, D., Hadjipanayis, A., Grossman, Z., Ross-Russell, R., Dereń, K., & Mazur, A. (2020). Physical Activity in the Prevention of Childhood Obesity: The Position of the European Childhood Obesity Group and the European Academy of Pediatrics. In *Frontiers in Pediatrics* (Vol. 8). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.535705>
- Yoshida, E. M. P., Primi, R., & Pace, R. (2003). Validade da escala de estágios de mudança. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 20(3), 7–21. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2003000300001>
- Ziser, K., Decker, S., Stuber, F., Herschbach, A., Giel, K. E., Zipfel, S., Eehalt, S., & Junne, F. (2021). Barriers to Behavior Change in Parents With Overweight or Obese Children: A Qualitative Interview Study. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.631678>



## **ANEXOS**

---



## **ANEXO I: GUIÃO DE CESIJ**

---



<b>GUIÃO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL</b>
<p><b>Aplicação:</b> Aos participantes do grupo de controlo (pai/mãe, díade parental ou outro familiar, doravante designada por familiares, de crianças com sobrepeso ou obesidade, dos 6 aos 9 anos).</p> <p><b>Contexto:</b> Intervenção com familiares de uma criança com sobrepeso ou obesidade. A consulta é planeada de acordo com a disponibilidade da família sendo que a criança não estará presente na consulta. O foco está na sensibilização dos familiares para estilos de vida saudáveis.</p> <p>Os objetivos são:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar e capacitar os familiares para apoiar estilos de vida saudáveis;</li> <li>- Promover comportamentos e ambientes familiares saudáveis;</li> <li>- Apoiar os familiares na promoção da saúde e bem-estar dos seus filhos.</li> </ul>
<b>PREPARAÇÃO</b>
<p>Boa tarde. Obrigado/a por estarem aqui. O nosso objetivo hoje é conversar sobre a saúde e o bem-estar da criança, perceber as vossas preocupações e necessidades enquanto familiares e, juntos, pensarmos em formas de melhorar o que considerarem importante.</p>
<b>AVALIAÇÃO e INTERVENÇÃO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perguntar se há preocupações familiares específicas sobre a saúde ou o desenvolvimento da criança.</li> <li>• <u>História Clínica:</u> Antecedentes pessoais e atualização do historial de saúde: Doenças agudas/crónicas, alergias, internamentos e atualização do estado vacinal segundo o Programa Nacional de Vacinação (PNV), confirmar o seu cumprimento (nomeadamente a vacina DTPa e VASPR aos 5 anos).</li> <li>• <u>História alimentar:</u> Avaliar a qualidade da alimentação: Ingestão de pequeno-almoço diário; Consumo de alimentos ricos em cálcio (leite e derivados); Quantidade de fruta e vegetais (pelo menos 5 porções/dia); Consumo de alimentos processados, com açúcares adicionados e refrigerantes; Hidratação adequada (água). Reforçar a importância da alimentação saudável e diversificada; Atividade física regular</li> <li>• <u>Higiene corporal, oral e do Sono:</u> Horário e frequência do banho e da higiene oral (escovagem com pasta fluoretada 2-3 vezes/dia e cheques dentista); Horário de deitar e acordar (garantir 9 a 12 horas de sono); Qualidade do sono (problemas em adormecer, despertares noturnos, sonolência diurna).</li> <li>• <u>Atividade física e tempo de ecrã:</u> Verificar a prática regular de atividade física (mínimo de 60 minutos/dia); explorar o tempo de exposição a ecrãs (máximo 2 horas/dia); incentivar atividades ao ar livre; reduzir o tempo de ecrã e incentivar brincadeiras ao ar livre; Atividades desportivas e culturais – tempos livres.</li> </ul>

- Desenvolvimento escolar e psicossocial- Refletir sobre o bem-estar emocional da criança explorando com os familiares: Avaliar o desempenho escolar; Identificar dificuldades de aprendizagem ou comportamentais; Avaliar a relação com colegas e professores despistando sinais de stress e ansiedade; Relação emocional/comportamento; Explorar a interação familiar.
- Segurança em casa e na comunidade: Uso do cinto de segurança e cadeirinha no automóvel; Supervisão em atividades aquáticas (prevenção de afogamentos); Prevenção de acidentes domésticos.

#### **FINALIZAÇÃO**

Em termos de conclusão hoje discutimos algumas mudanças importantes que podem ajudar na promoção da saúde da criança:

- Reforçar os aspetos positivos já existentes na dinâmica familiar;
- Apresentar orientações ou recomendações específicas;
- Esclarecer dúvidas da família;
- Agendar nova consulta de seguimento, se aplicável

## **ANEXO II: GUIÃO DE EM**

---



<b>GUIÃO ENTREVISTA MOTIVACIONAL</b>
<p><b>Aplicação:</b> Aos participantes do grupo experimental (pai/mãe, díade parental ou outro familiar de crianças com sobrepeso ou obesidade, dos 6 aos 9 anos)</p>
<p><b>Preparação:</b> Intervenção do pai/mãe, díade parental ou outro familiar com filho (a) que apresenta sobrepeso ou obesidade cuja entrevista foi planeada de acordo com a sua disponibilidade sendo que a criança não estará presente na entrevista.</p> <p>Os objetivos são:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explorar a perceção do problema por parte do pai/mãe, díade parental ou outro familiar, doravante designados de familiares;</li> <li>- Avaliar a fase do modelo de mudança comportamental em que os familiares se encontram face ao problema de sobrepeso/ obesidade;</li> <li>-Reforçar a motivação para a mudança;</li> <li>- Explorar estratégias práticas com os familiares, adaptadas às suas necessidades para a mudança comportamental.</li> </ul>
<b>PRÉ CONTEMPLAÇÃO</b>
<p><b>1. LIGAR (Estabelecer Relação empática e colaborativa Enfermeiro Família vs Família)</b></p>
<p>Boa tarde. Obrigado/a por estarem aqui. O nosso objetivo hoje é conversar sobre a saúde e o bem-estar do/a vosso/a filho/a, entender as vossas preocupações e necessidades e, juntos, pensarmos em formas de melhorar o que considerarem necessário.</p>
<p><b>2. FOCAR (Avaliação – exploração e identificação do problema)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Como descrevem os hábitos alimentares da vossa família?</li> <li>- Consideram que há comportamentos que possam ser melhorados? Quais?</li> <li>- Quando pensam na saúde e peso do/a vosso/a filho/a, acham que existe um problema? Em que medida?</li> <li>- Que sentimentos têm relativamente à situação atual?</li> <li>- Como percecionam o vosso papel enquanto familiares no apoio à mudança?</li> </ul>
<b>CONTEMPLAÇÃO</b>
<p>(Passaram da fase de pré-contemplação para contemplação? Se sim, vamos planear a mudança. Se não, vamos motivar para a mudança).</p>
<p><b>3. EVOCAR (Intervenção - Núcleo de trabalho contínuo com as famílias)</b></p>
<p>Dado que reconhecem o sobrepeso do/a vosso/a filho/a como uma situação a acompanhar, e parabéns por essa tomada de consciência, que estratégias pensam que poderiam ser úteis em casa para promover hábitos mais saudáveis?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Num dia típico, como descrevem as refeições feitas em casa? Que alimentos são mais comuns ao pequeno-almoço, almoço, jantar e lanches?</li> <li>- Em forma de reflexão, o que consideram estar a fazer bem e o que poderia ser melhorado? Porquê?</li> <li>- Com base na roda dos alimentos (se disponível), que aspetos da variedade e das porções acham que poderiam ser ajustados?             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sabiam que o estômago, funciona como um músculo, se adapta ao volume de alimentos que recebe? À semelhança de um elástico, se for muito esticado, pode tornar-se menos eficiente, exigindo maiores quantidades para gerar saciedade. Isso ajuda a compreender comportamentos de consumo alimentar mais compulsivo.</li> <li>- Quais são, na vossa perceção, os alimentos que a criança aprecia mais? E há frutas ou vegetais que sabem que ele/ela aceita melhor?</li> </ul> </li> <li>- Se pudessem introduzir um novo alimento saudável nas refeições em família, qual escolheriam? Porquê?</li> <li>- Já consideraram substituir alguns doces ou snacks habituais por opções mais saudáveis, como fruta? Como acham que a vossa família reagiria a essa mudança?</li> </ul>

<p>- Como costumam preparar refeições saudáveis?</p> <p>- Que estratégias identificam como importantes para melhor programarem as refeições?</p> <p>- Já experimentaram envolver as crianças no processo (ex.: escolher ou ajudar a preparar a refeição)?</p> <p>- Costumam planejar as refeições? Que critérios usam nessa programação? Pensam na qualidade, na quantidade e na diversidade? E como é o ambiente onde comem? (ex.: uso de televisão, telemóveis, distrações?)</p> <p>- Já falámos da alimentação, mas que outros aspetos acham que poderiam ser trabalhados para melhorar os hábitos da família – como a atividade física?</p> <p>- Conseguem estimar quantos minutos por semana a criança pratica atividade física? Que tipo de atividades?</p> <p>- Quais acham que seriam as principais dificuldades para mudar os hábitos familiares (alimentação, exercício físico)?</p>
<p><b>4. PLANEAR (Finalização- Reforço positivo, motivar para pequenas mudanças e compromissos assumidos)</b></p>
<p>Em termos de conclusão e resumo da Entrevista Motivacional podemos concluir: Chegaram aqui sem que tenham identificado o problema e agora temos o problema identificado e sabemos como resolver, temos as estratégias a adotar e as dificuldades que temos de contornar.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Agradecemos a presença e pela vossa abertura em falar sobre este tema.</li><li>• Se precisarem de apoio ou sugestões, estarei disponível. Acredito que se esforçarem iremos atingir passo a passo o objetivo.</li><li>• Naturalmente não será fácil e que será necessário estarem muito focados no objetivo. Neste percurso podem acontecer recaídas, que não devem ser negativamente valorizadas, podendo constituir-se como uma oportunidade para novas tentativas, com novas estratégias e soluções.</li><li>• Agendamento da próxima entrevista.</li></ul>

### **ANEXO III: GRELHA DE OBSERVAÇÃO DA DINÂMICA DA EM/CESIJ**



**Grelha de Observação da Dinâmica da Entrevista Motivacional/ Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil/Juvenil**

O uso da grelha de observação tem como objetivo ajudar a operacionalizar a avaliação da dinâmica da comunicação numa consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil e numa entrevista motivacional.

**I. Identificação da Entrevista**

- **Data:** \_\_\_\_\_
- **Código da entrevista:** \_\_\_\_\_
- **Identificação do grupo:**
  - Grupo Controlo
  - Grupo Experimental
- **Duração total da entrevista:** \_\_\_ minutos \_\_\_ segundos
- **Investigador responsável:** \_\_\_\_\_

**II. Avaliação do Tempo de Fala e Turnos de Fala**

**Tempo de Fala (em minutos e segundos)**

<b>Tempo total de fala</b>	
Investigador responsável	
Pai/mãe, díade parental	
Outro familiar	

### III. Avaliação de Competências Comunicacionais

Avaliação com escala de Likert de 1 (Muito Insatisfatório) a 5 (Muito Satisfatório), sendo o 3 Nem Insatisfatório e Nem Satisfatório.

<b>Dimensão</b>	<b>Descrição</b>	<b>Classificação</b>
<b>Planeamento da consulta/entrevista</b>	A consulta/ entrevista foi planeada previamente, com um objetivo claro definido pelo profissional.	[1 2 3 4 5]
<b>Acolhimento do utente/família</b>	O enfermeiro acolheu a família de forma adequada, com apresentação e contacto visual.	[1 2 3 4 5]
<b>Ambiente da consulta</b>	A disposição do espaço e mobiliário facilitou uma interação confortável e acolhedora.	[1 2 3 4 5]
<b>Clareza do objetivo da consulta/ entrevista</b>	O enfermeiro apresentou claramente o objetivo da consulta/ entrevista no início.	[1 2 3 4 5]
<b>Escuta ativa e concentração</b>	O enfermeiro demonstrou escuta ativa, através de respostas adequadas empáticas e reflexivas. Apresentou tom assertivo e acolhedor.	[1 2 3 4 5]
<b>Disponibilidade e empatia</b>	O enfermeiro evitou interrupções, demonstrou abertura para responder a questões e mostrou empatia durante toda a consulta/ entrevista.	[1 2 3 4 5]
<b>Clareza e consistência da informação</b>	A informação foi apresentada de forma clara, compreensível, congruente e adaptada ao nível de compreensão dos elementos da família.	[1 2 3 4 5]
<b>Adaptação cultural e social</b>	O enfermeiro utilizou discurso alinhado com o contexto cultural e social da família.	Sim/Não
<b>Utilização de perguntas abertas</b>	O enfermeiro utilizou perguntas abertas, permitindo que a família explore os temas livremente.	[1 2 3 4 5]
<b>Reformulação e clarificação</b>	O enfermeiro reformulou ou clarificou a informação dada pela família, para assegurar uma compreensão mútua.	[1 2 3 4 5]

<b>Encerramento claro</b>	O enfermeiro encerrou a consulta com um resumo claro e objetivos acordados.	Sim/Não
---------------------------	---	---------

#### IV. Observação das Reações e Comportamento da Família

Dimensão	Descrição	Observação
<b>Manifestações de emotividade positiva</b>	Sorrisos, expressões de alívio, afirmações de concordância ou encorajamento, silêncio aberto.	Sim/Não (Se sim quais? _____)
<b>Manifestações de emotividade negativa</b>	Expressões de frustração, choro, desconforto verbal ou não verbal, resistência ativa (argumentação), silêncio fechado ou neutro.	Sim/Não (Se sim quais? _____)
<b>Demonstração de ambivalência</b>	Momentos em que a família demonstrou hesitação ou ambivalência relativamente ao tema abordado.	
<b>Aceitação das propostas do enfermeiro</b>	A família mostrou-se receptiva às propostas e orientações apresentadas.	[ 1 2 3 4 5 ]
<b>Demonstração de compreensão</b>	A família compreendeu as orientações (acenos, reformulação das recomendações).	[ 1 2 3 4 5 ]

#### Instruções de Preenchimento

1. **Tempo de fala:** Registrar o tempo total de fala do enfermeiro e do pai/mãe, díade parental ou outro familiar em minutos e segundos.
2. **Competências comunicacionais:** Avaliar cada competência do enfermeiro utilizando a escala de Likert de 1 a 5, onde 1 representa "Muito Insatisfatório" e 5 "Muito Satisfatório".
3. **Reações e comportamento da família:** Registrar episódios significativos de emotividade (positiva ou negativa) e situações de ambivalência observadas durante a entrevista.

Esta grelha foi construída para ser **neutra** e igualmente aplicável a ambos os grupos, controlando possíveis viés na análise.

A análise das entrevistas gravadas será realizada de forma independente pelo investigador principal e orientador, sendo posteriormente consensualizados os resultados obtidos pelos investigadores.



**ANEXO IV: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE DADOS  
SOCIODEMOGRÁFICOS DE MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA**

---



## Questionário de avaliação de dados sociodemográficos, de motivação para a mudança

### Parte I – Dados socio-demográficos:

Idade da criança: \_\_\_\_\_

Sexo da Criança: \_\_\_\_\_

Escolaridade da mãe: \_\_\_\_\_

Escolaridade do pai: \_\_\_\_\_

Escolaridade do outro familiar: \_\_\_\_\_

### Parte II Escala de Estágios de Mudança

Leia atentamente cada afirmação e selecione a opção que melhor descreve a sua situação atual em relação aos comportamentos e hábitos familiares. Responda com sinceridade, considerando como se sente e pensa no momento. Não existem respostas certas ou erradas.

As questões que a seguir se apresentam têm um formato de resposta que varia de 1 a 5, de acordo com: 1 - Discordo totalmente; 2 - Discordo; 3 - Nem discordo e nem concordo; 4 - Concordo; 5 - Concordo totalmente.

Item	Conteúdo	1	2	3	4	5
		Discordo totalmente	Discordo	Nem Discordo e nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
1	No que me diz respeito, não tenho problemas que precisem ser mudados.					
2	Acho que talvez esteja pronto para algum tipo de autoaperfeiçoamento.					
3	Estou a fazer alguma coisa a respeito dos problemas que me vêm incomodando.					

4	Talvez valha a pena trabalhar no meu problema.					
5	Não sou o problema. Não faz sentido para mim estar aqui.					
6	Preocupa-me talvez poder voltar a um problema que já mudei; então estou aqui para procurar ajuda.					
7	Finalmente estou a trabalhar nos meus problemas.					
8	Venho a pensar que talvez queira mudar alguma coisa a respeito de mim mesmo.					
9	Tenho tido êxito em trabalhar no meu problema, mas não estou certo de poder manter os meus esforços.					
10	Às vezes, o meu problema é difícil, mas eu estou a trabalhar nele.					
11	Estar aqui é uma perda de tempo para mim, porque o problema não tem nada a ver comigo.					
12	Espero que esta consulta me ajude a compreender-me melhor.					
13	Acho que tenho defeitos, mas nenhum que eu realmente precise mudar.					
14	Realmente, estou a trabalhar muito para mudar					
15	Tenho um problema e acho realmente que deveria trabalhar nele.					
16	Não estou a prosseguir com o que já havia mudado tão bem quanto esperava, mas estou aqui para evitar uma recaída do problema.					
17	Mesmo que nem sempre tenha conseguido mudar, estou pelo menos a trabalhar no problema.					
18	Achei que já tinha resolvido o problema, que estaria livre, mas às vezes ainda luto contra ele.					
19	Gostaria de ter mais ideias sobre como resolver o meu problema.					
20	Comecei a trabalhar nos meus problemas, mas gostaria de receber ajuda.					
21	Talvez aqui possa obter ajuda.					
22	Talvez neste instante precise de um incentivo para me ajudar a manter as mudanças que já fiz.					
23	Posso ser parte do problema, embora não ache realmente que o seja.					
24	Espero que alguém aqui tenha algum bom conselho para mim.					

25	Qualquer um pode falar sobre mudanças, mas eu estou realmente a fazer alguma coisa a esse respeito.					
26	Toda esta conversa sobre psicologia é chata. Por que é que as pessoas simplesmente não conseguem esquecer os seus problemas?					
27	Estou aqui para ver se consigo evitar uma recaída no meu problema.					
28	É frustrante, mas acho que estou a ter uma recaída num problema que pensava já ter resolvido.					
29	Tenho preocupações como todo mundo. Porquê gastar tempo pensando nelas?					
30	Estou a trabalhar ativamente no meu problema					
31	Prefiro conviver com os meus defeitos a tentar mudá-los.					
32	Depois de tudo o que fiz para tentar mudar o meu problema, de vez em quando ele volta para me assombrar.					

*\*Pontuação em escala de tipo Likert de cinco pontos que variam desde 1 - Discordo totalmente; 2 - Discordo; 3 - Nem discordo e nem Concordo; 4 - Concordo; 5 - Concordo totalmente.*



## **ANEXO V: CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO**





**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO**

**PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

**DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA<sup>1</sup> E A CONVENÇÃO DE OVIEDO<sup>2</sup>**

*Este documento, designado **Consentimento, Informado, esclarecido e Livre**, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi como convidado a participar. Por favor, leia com atenção este documento. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor, assine.*

**Título do estudo:** Entrevista Motivacional como facilitador na mudança: famílias de crianças com sobrepeso ou obesidade

**Enquadramento:** O presente estudo, desenvolvido por Catarina Isabel Dias Moura, estudante do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar pela Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, e orientado por Maria Manuela Henriques Pereira Ferreira, com o objetivo de avaliar o impacto da Entrevista Motivacional no processo de mudança comportamental em famílias com crianças de 6 a 9 anos, com sobrepeso ou obesidade. A investigação será realizada numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da Região Norte de Portugal.

**Explicação do estudo:**

O estudo pretende compreender como a Entrevista Motivacional, em comparação com a Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, pode promover mudanças sustentáveis nos hábitos alimentares e na prática de atividade física das famílias participantes, contribuindo para a prevenção e gestão do sobrepeso ou obesidade infantil.

A participação no estudo envolve:

1. **Entrevista/ Consulta gravadas em áudio e vídeo**, para análise das interações

<sup>1</sup> [http://portal.larsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.larsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

verbais, não verbais e paraverbais;

2. **Preenchimento de questionário;**

A entrevista ou consulta serão agendadas de forma flexível, respeitando a disponibilidade das famílias e minimizando interferências na sua rotina familiar, sendo que a criança não estará presente na entrevista/ consulta. Cada entrevista/ consulta terá uma duração estimada de 20 a 30 minutos.

**Riscos e benefícios:**

Os riscos são mínimos, estando limitados a uma eventual exposição emocional durante a entrevista / Consulta. Um ambiente acolhedor será garantido para minimizar qualquer desconforto. Espera-se que os participantes beneficiem de maior consciência e motivação para adotar hábitos saudáveis, promovendo a saúde e bem-estar da família.

**Direitos do participante:**

A participação é voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento sem qualquer prejuízo para o acompanhamento de saúde das famílias. O pai/mãe, díade parental ou outro familiar das crianças poderão solicitar mais informações ou esclarecer dúvidas em qualquer fase do estudo.

**Condições e financiamento:**

O estudo não prevê qualquer tipo de remuneração ou compensação financeira para os participantes. Todos os custos relacionados com a realização do estudo, incluindo materiais e equipamentos, serão suportados pelo investigador e financiado através de recursos próprios. Não existem conflitos de interesse declarados pelos investigadores.

**Princípios éticos:**

Este estudo segue os princípios éticos da Declaração de Helsínquia e da Convenção de Oviedo, garantindo o respeito pela dignidade, autonomia e direitos dos participantes. O Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) será integralmente respeitado, assegurando a confidencialidade e o anonimato das informações. Todos os participantes terão o direito de desistir do estudo a qualquer momento, sem prejuízo para o seu acompanhamento de saúde ou relação com os profissionais envolvidos.

**Confidencialidade e anonimato:**

Todos os dados recolhidos serão anonimizados e codificados, sendo armazenados de forma segura em

suporte digital protegido por senha. Os registos áudio e vídeo serão eliminados após cinco anos, conforme as orientações éticas e legais. Nenhuma informação identificável será divulgada em publicações ou apresentações científicas.

**Resultados finais:**

Os resultados finais deste estudo serão apresentados em relatórios académicos e, possivelmente, em publicações científicas ou congressos, assegurando que nenhuma informação identificável dos participantes seja divulgada. Estes resultados contribuirão para a melhoria das intervenções no âmbito da saúde familiar e pública.

Agradeço pela oportunidade de contribuir para este estudo, cujo impacto pode beneficiar a investigação em saúde e o bem-estar familiar.

Contato do Investigador: Catarina Isabel Dias Moura

E-mail: catarinadiasmoura@gmail.com

**Assinatura do investigador:** \_\_\_\_\_

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

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Assinatura do participante/representante legal:** \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:**

**ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, DUPLICADO PARA A PESSOA QUE CONSENTE**



## **ANEXO VI: PEDIDO E AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO EEM**

---



## **PEDIDO E AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO EEM**

Assunto: Pedido de Autorização para Utilização da Escala de Estágios de Mudança (EEM)

Exma. Sra. Dra. Eyoshida,

O meu nome é Catarina Moura, sou mestranda do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Familiar pela Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, em Portugal, sob a orientação da Professora Doutora Maria Manuela Pereira Ferreira e encontro-me a desenvolver um projeto de dissertação intitulado: “Entrevista Motivacional como Facilitador na Mudança Pré-contemplação-Contemplação: Famílias de Crianças com Sobrepeso e Obesidade”.

O objetivo deste estudo é avaliar o impacto da Entrevista Motivacional no processo de mudança comportamental em famílias com crianças entre os 6 e 9 anos, com sobrepeso ou obesidade, contribuindo para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes e sustentáveis no âmbito da saúde familiar.

Neste sentido, venho, por este meio, solicitar a sua autorização para utilizar a Escala de Estágios de Mudança (EEM), desenvolvida por McConaughy et al. (1983), validada e traduzida para português do Brasil por vós. Solicitamos ainda autorização para adequação da escala aos termos de português de Portugal.

Esta escala será fundamental para a análise e monitorização das mudanças comportamentais ao longo das entrevistas realizadas com as famílias participantes.

Adicionalmente, gostaria de informar que estamos totalmente disponíveis para partilhar consigo os resultados do referido estudo, após a sua conclusão, como forma de contribuir para a disseminação do conhecimento científico nesta área.

Desde já, agradecemos a sua atenção e disponibilidade para colaborar. Estamos inteiramente à disposição para fornecer mais informações ou esclarecer quaisquer dúvidas sobre o projeto.

Com os melhores cumprimentos,

Catarina Moura

Mestranda em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem Familiar  
Escola Superior de Saúde do Norte – Cruz Vermelha Portuguesa  
Email: [2023102377@essnorte.cvp.pt](mailto:2023102377@essnorte.cvp.pt); [catarinadiasmoura@gmail.com](mailto:catarinadiasmoura@gmail.com)

**Enviar para:** [eyoshida.tln@terra.com.br](mailto:eyoshida.tln@terra.com.br)

**[psychologicalstudies@puc-campinas.edu.br](mailto:psychologicalstudies@puc-campinas.edu.br)**

**[sbi.editoracao5@puc-campinas.edu.br](mailto:sbi.editoracao5@puc-campinas.edu.br)**

Pedido de Autorização para Utilização da Escala de Estágios de Mudança (EEM) (Pedido de Autorização para Utilização da Escala de Estágios de Mudança (EEM))

**Catarina Moura <[catarinadiasmoura@gmail.com](mailto:catarinadiasmoura@gmail.com)>** 18/03/2025  
5, 11:20 (há 6 dias)

para epeixoto\_6, evandro.peixoto, [sbi.editoracao5](mailto:sbi.editoracao5@puc-campinas.edu.br), [ritacastro@uefs.br](mailto:ritacastro@uefs.br), [ricardo.primi](mailto:ricardo.primi@uefs.br)

Exmos. Srs. Drs. Eyoshida e Evandro Peixoto,

O meu nome é Catarina Moura e sou mestranda no curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem Familiar, pela Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, em Portugal, sob a orientação da Professora Doutora Maria Manuela Pereira Ferreira.

Atualmente, encontro-me a desenvolver um projeto de dissertação intitulado “Entrevista Motivacional como Facilitador na Mudança Pré-contemplação-Contemplação: Famílias de Crianças com Sobrepeso e Obesidade”, cujo objetivo é avaliar o impacto da Entrevista Motivacional no processo de mudança comportamental em famílias com crianças entre os 6 e os 9 anos, com sobrepeso ou obesidade. A intenção é contribuir para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes e sustentáveis no âmbito da saúde familiar.

Neste sentido, venho, por este meio, solicitar a vossa autorização para a utilização da Escala de Estágios de Mudança (EEM), originalmente desenvolvida por McConaughy et al. (1983) e posteriormente validada e traduzida para português do Brasil por vós. Além disso, gostaria de obter permissão para proceder à adaptação terminológica da escala para português europeu, assegurando a sua adequação ao público-alvo do estudo.

Desde o dia 30 de janeiro de 2025, tenho tentado obter autorização para o uso da referida escala, sem sucesso. Recentemente, entrei em contato com o Dr. Ricardo Prim, que, conforme indicado no e-mail em cópia, encaminhou-me para vós a fim de obter o necessário consentimento.

Saliento que estamos inteiramente disponíveis para partilhar os resultados do estudo após a sua conclusão, como forma de contribuir para a disseminação do conhecimento científico nesta área.

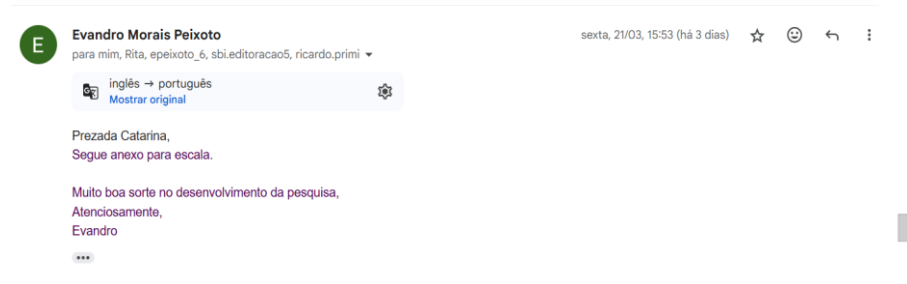
Desde já, agradeço imensamente a vossa atenção e disponibilidade, e fico ao dispor para fornecer qualquer informação adicional que se revele necessária.

Com os melhores cumprimentos,

Catarina Moura

Mestranda em Enfermagem Comunitária – Área de Enfermagem Familiar  
Escola Superior de Saúde do Norte – Cruz Vermelha Portuguesa  
Email: [2023102377@essnorte.cvp.pt](mailto:2023102377@essnorte.cvp.pt); [catarinadiasmoura@gmail.com](mailto:catarinadiasmoura@gmail.com)

**RESPOSTA:**



**Escala de Estágios de Mudança**  
(Stages of Change Scales )

(McConaughy, DiClemente, Prochaska & Velicer, 1989)

Este questionário é composto por 32 afirmações sobre o que as pessoas pensam sobre seus problemas. Sua tarefa é dizer se concorda ou discorda destas afirmações. RESPONDA, por favor, TODAS AS PERGUNTAS fazendo um X no quadradinho da resposta que você escolheu. Se nenhuma das alternativas corresponde à sua resposta, mesmo assim escolha aquela que mais se aproxima daquilo que você pensa.

Afirmação	Discordo Totalmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo Totalmente
1. No que me diz respeito, não tenho problemas que precisem ser mudados.					
2. Acho que talvez esteja pronto para algum tipo de auto-aperfeiçoamento.					
3. Estou fazendo alguma coisa a respeito dos problemas que vêm me					

incomodando.					
4. Talvez valha a pena trabalhar no meu problema.					
5. Não sou o problema. Não faz sentido para mim estar aqui.					
6. Me preocupa talvez poder voltar a um problema que já mudei; então estou aqui para procurar ajuda					
7. Finalmente estou trabalhando nos meus problemas.					
8. Venho pensando que talvez queira mudar alguma coisa a respeito de mim mesmo.					
9. Tenho tido êxito em trabalhar no meu problema, mas não estou certo de poder					

manter meus esforços.					
10. Às vezes, meu problema é difícil, mas eu estou trabalhando nele.					
11. Estar aqui é uma perda de tempo para mim, porque o problema não tem nada a ver comigo.					
12. Espero que este lugar me ajude a me compreender melhor.					
13. Acho que tenho defeitos, mas nenhum que eu realmente precise mudar.					
14. Realmente, estou trabalhando duro para mudar.					
15. Tenho um problema e acho realmente que deveria trabalhar nele.					



## **ANEXO VII: AUTORIZAÇÃO PARECER COMISSÃO ÉTICA**

---



## AUTORIZAÇÃO PARECER COMISSÃO ÉTICA



*10  
2025  
07/05/2025*

Exmo. (a) Senhor (a)  
Presidente do Conselho de Administração,

**ASSUNTO:**

Pedido de autorização para a realização de  
trabalho de investigação



*Deliberação autorizar.*

**Registo CES N.º 07\_2025**



07 de maio de 2025

**Designação do trabalho de Investigação**

Entrevista motivacional como facilitador na mudança pré-contemplação-contemplação: famílias de  
crianças com sobrepeso e obesidade.

**Proponente(s)**

Enf.ª Catarina Isabel Dias Moura;  
[2023102377@essnortecvp.pt](mailto:2023102377@essnortecvp.pt)

**Parecer da Comissão de Ética**

Favorável.



**2025-006 Aceite**

**SU**

Secretariado UID

seg, 2025-05-12 14:17

Estimada Investigadora, Informo que o estudo de investigação com a designação 2025-003 | Entrevista Motivacional como facilitador na mudança pré-contemplação-contemplação: famílias de crianças com sobrepeso ou obesidade submetido à Unidade de Investigação e Secretariado UID

Para:CATARINA MOURA

Cc:Manuela Ferreira

seg, 2025-05-12 14:30

Estimada Investigadora,

Informo que o estudo de investigação com a designação

**2025-006 | Entrevista Motivacional como facilitador na mudança pré-contemplação-contemplação: famílias de crianças com sobrepeso ou obesidade**

submetido à Unidade de Investigação e Desenvolvimento (UID) da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP)

obteve os seguintes resultados ao longo do processo de análise:

- Parecer favorável pela UID
- Parecer favorável pela Comissão de Ética da ULS
- Autorização pelo Cons. Administração da ULS
- Integração na UID

Atento que a equipa investigadora deverá cumprir com as obrigações, nomeadamente o envio de Relatório Intercalar, anual, e Relatório Final (modelo Q171), bem como, poderá usufruir dos benefícios constantes do Regulamento da UID.

Apresentamos os nossos melhores cumprimentos,

**P'la Comissão Organizadora**

Sónia Peneda & Sandra Paiva

Rua da Cruz Vermelha – Cidacos, Apartado 1002

3720-126 Oliveira de Azeméis

Tlf: +351 256 661 430 | Tlm.: +351 919612565

[sec.dir@essnortecvp.pt](mailto:sec.dir@essnortecvp.pt)

[www.essnortecvp.pt](http://www.essnortecvp.pt)